ISSN 0800-5680

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4 1987 ÅRGANG 16

The form of an Hand made artificially of iron.

This figure following ſheweth the back-ſide of an Hand artificially made, and ſo that it may bee tied to the arm or ſleev.

FORSKNING I ALMENPRAKSIS

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret 6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S 9662.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073 65217
Tlf. priv. 073 66 185

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 Heian
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: Orkla Grafiske a.s, 7300 Orkanger.

MELD ADRESSEFORANDRING!

NSAMs forskningsfond

Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) har opprettet et forskningsfond. Avkastningen, kr. 10 000, kan brukes til å støtte forskningsprosjekter, ideutvikling og utredningsoppgaver innen almenmedisin eller som reisestipend i tilknytning til slike oppgaver:

Søkander utenom de sentrale forskningsmiljøer vil bli prioritert.

Beløpet kan, hvis særlige grunner taler for det, deles på flere søkere.

Søknad om støtte fra Fondet med beskrivelse av hva støtten skal brukes til, sendes til NSAM's sekretariat, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2, innen 1. oktober 1987.

Det forutsettes at den eller de som mottar støtte gir en redegjørelse for sitt prosjekt på årsmøtet i NSAM høsten 1988.

Nr. 4, 1987

INNHOLD:

Redaksjonelt:
Om misbrukere og deres ofre ..... s. 153

Eivind Meland:
Vondt i halsen I ..... s. 154

Nina H. Ingebrigtsen, Knut Jarl Jøsok, Eivind Meland:
Vondt i halsen II ..... s. 156

Ellen Myraker og Inger Marie Steinsholt:
NSAM's Kongsvollseminar ..... s. 161

Steinar Westin:
Metoder i almenmedisinsk forskning — en annotert bibliografi ..... s. 166

Gunnar Mouland:
Referat fra kurs — «Frågeställningar och metoder i Allmänmedicinsk forskning» ..... s. 173

Aldo Pagni/Nils Lønberg:
Almenmedisin i Italia ..... s. 175

Ernst Horgen:
Casefinding i en almenpraksis ..... s. 178

Kurs:
Metoder i geriatrisk forskning ..... s. 180

Nymoralistisk(?) om misbrukere og deres ofre, familiene

Alle som arbeider i første linje kjenner problemet:

Misbrukere som gjennom år ødelegger seg sjøl, som gjennom tyveri, hærverk, vold og trusler om vold på tragisk vis ødelegger livet for sine foreldre, søsken og andre i familien, som representerer en stadig større fare for personell i primærhelsetjenesta. Ute i samfunnet markerer de seg gjennom hærverk, tyverier, vold, prostitusjon og etterhvert også som HIV-reservoar.

Misbruk av alkohol, narkotika og medikamenter kan av samfunnet møtes med utgangspunkt i mange forskjellige menneske- og samfunnssyn. For meg er det etterhvert blitt klart at det store og uansvarlige "VI"/"samfunnet" sannsynligvis har valgt de dårligste løsningene. F.eks. er det grunnleggende i samfunnskontrakten at samfunnet er til for å beskytte de svakeste og at samfunnet skal ha monopol på å bruke makt og tvang overfor enkeltindivider.

Gjeldende veiledning til Lov om psykiske helsevern gir ikke anledning til å holde misbrukere tilbake med medhold av §§3 eller 5 sjøl om de åpenbart fyller lovas krav om at "det er til beste for den syke selv eller nødvendig for den offentlige orden eller for å avverge en vesentlig fare for andres liv og helse". Lovteksten er klar, men i senere år er den altså blitt tolket slik at den bare gjelder for pasienter med psykoser. Noen psykiatriske sykehus nekter å ta i mot misbrukere i rus. Først skal de avruses i fyllearrest, og når de er avruset, kan de altså ikke defineres som alvorlig sinnslidende. En ekte Catch 22!

Her står vi overfor et problem. De som skriver veiledning til loven vil ikke definere misbruk som en medisinsk tilstand, dvs. som "sykdom". Heller ikke Lov om folketrygd og veiledningene til denne er misbruk godtatt som årsak til medisinsk og/eller ervervsmessig uførhet. Hvorfor skal misbruk i noen sammenhenger være definert som "sykdom", mens det altså i en del svært relevante sammenhenger defineres som "ikke-sykdom"?

Kronisk og ødeleggende misbruk er heller ikke definert som "ulovlig" i seg sjøl. Alle kjenner vi eksempler på misbrukere som i rusen har brukt vold på familien og som er blitt satt til avrusning i fyllearresten. Naturligvis rammes slik vold av Straffelovens bestemmelser og vil vel i sin tid medføre dom og soning. Det er ingen fare for "forspillelse av bevis", så etter avrusning slipper misbrukeren ut igjen, sjøl om alle vet at han er både uberegnelig og farlig for den familien som skal ta imot ham eller henne.

Fra fengselsleger har jeg hørt at de stadig opplever at det for misbrukere kan være akutt livreddende å få komme inn til soning. Simpel retensjon kan altså være livreddende. Tenk om en kunne kombinere retensjon og aktiv behandling under mer ideelle forhold enn i fengsel?

Dagens praksis må ha sin bakgrunn i en misforstått idealisme, kanskje vil noen kalle det "humanisme" eller "liberalisme", men i alle fall må det foreligge en brist i logikken. Kanskje er det tanker om at det misbrukeren er den "svakeste" part og som trenger beskyttelse? Mange observasjoner har lært meg at det rundt hver misbruker er en sirkel av mennesker som uforskyldt lider overlast i år etter år, og at alle disse er de virkelige offer for dagens politikk overfor utagerende misbrukere.

Er jeg blitt nymoralist? Er det en alderdommelig intoleranse som melder seg? For at ingen andre skal stille diagnosen, har jeg for sikkerhets skyld presentert muligheten allerede i overskrifta. Utgangspunktet mitt var også idealistisk nok: Toleranse og tanker om at misbruksproblemer kunne betraktes som et symptom, og at behandling av de grunnleggende nervøse problema nærmest automatisk skulle lede misbrukeren ut av de onde og ødeleggende sirklene.

Samfunnets håndtering av dette problemet mangler i dag en vesentlig ingrediens, nemlig en anledning til å retinere misbrukere. Lovgrunnlaget har vi godt nok i §§3 og 5 i Lov om psykisk helsevern. Kanskje innebærer det at vi må ha fantasi til bygge opp en ny type institusjoner. Dersom vi velger å definere misbruk som "ikke-sykdom", må det nærmest ligge til Justisdepartementet å finne løsninger som kan komme de til hjelp som lider mest, nemlig misbrukernes familier.

Denne diskusjonen er ikke ny: Nå er det på tide å handle!

Vondt i h

En hodepine for klinikeren

Eivind Meland
bydelslege, Olsvik legesenter, Bergen

Luftvegsinfeksjoner forekommer svært hyppig i almenmedisinsk klinisk hverdag. Vi kan regne med at ca. 15% av de diagnoser som stilles, utgjøres av infeksjons- og luftvegsinfeksjoner (1). Tidligere forskningsresultat tyder på at klinisk undersøkelse som eneste diagnostikum er usikkert og gir både høy forekomst av falsk negativitet (lav sensitivitet) og hyppig falsk positivitet (lav spesifisitet) (2,3,4,5).

I klinisk praksis fører det til at for mange med tonsillo-pharyngitt ikke får anti-mikrobiell behandling, og for mange med virusbetennelse får unødvendig antibiotika.

I de siste år er det kommet på markedet dyrkningsmetoder for påvisning av beta-hemolytiske streptokokker (Streptocult) der legen selv eller medhjelperen foretar den mikrobiologiske diagnostikk. Denne metode har vist seg svært nyttig som redskap for klinikeren, og er anbefalt tatt i bruk i almenpraksis (4,5,6).

I mange situasjoner vil imidlertid den kliniske undersøkelse være eneste rettesnor for vår beslutning om antibiotika-behandling, blant annet fordi mange av disse pasientene undersøkes og behandles på legevakt og i hjemmene. Det vil fortsatt være slik at klinikken er basis for diagnostikk, valg av utredning og behandling. Det må derfor være maktpåliggende å fremme den kliniske diagnostikks kvalitet. En del undersøkelser kan nemlig vise til rimelig god sensitivitet og spesifisitet av klinisk undersøkelse, og det er derfor ingen grunn til nihilisme overfor de enkle kliniske metoder (3,5,7).

Denne artikkelen har til formål å gi en framstilling av de kliniske parametre som bør vektlegges ved presentasjonssymptomet: vondt i halsen.

Streptokokker eller ei - det er spørsmålet

I vurderingen av den kliniske undersøkelsens verdi, sammenliknes denne oftest med bakteriologisk diagnose fra hals-sekret. Det er enighet om at beta-hemolytiske streptokokker, Lancefields grupper A, C og G er humanpatogene. I vurderingen av hvilken mikro-organisme som er etiologisk agens, må en som kliniker imidlertid ta noen viktige forbehold:

- Isolering av streptokokker fra hals kan være uttrykk for bærertilstand av bakteriene. Ca. 7% av normalbefolkningen (kontrollgruppe uten symptomer) var bærere av Streptocossus pyogenes i en dansk undersøkelse (5).

- Dersom vi krever signifikant antistoffstigning i rekonvalesentserum for å stille diagnosen streptokokk-infeksjon, vil et stort antall med positivt dyrkningsresultat måtte oppfattes som bærere (8).

- Prøvetakingsprosedyren vil gi en del tilfeller av falsk negative dyrkningsresultat. Dersom prøvetakingen forbedres med to-pinneprøve vil antallet positive funn øke med maximalt 10% (3,8).

- Vår kunnskap om halsinfeksjonens mikrobiologi er mangelfull. I 50% av tilfellene finnes intet etiologisk agens selv om bakteriologisk, virologisk og serologisk prøvetaking iverksettes (9). Det er også usikkert

halsen I

hvor vidt andre bakterier enn de tidligere aksepterte Lancefields grupper av streptokokker kan ha patogenetisk betydning. Av andre bakterier som nevnes i denne forbindelse er gruppe B streptokokker, pneumokokker, hemofilus influenzae, mycoplasma, pneumoniae, meningokokker, corynebacterium hemolyticus og gonokokker (4,8,10,11).

Spørsmålet om etiologisk agens vil også være avhengig av behandlingsmessig målsetting. For 30 år siden var diagnostikk ved halsinfeksjon utelukkende interessant for forebygging av de non-suppurative senkomplikasjoner, febris rheumatica og akutt glomerulonephritt. Fortsatt vil det være en viktig behandlingsgrunn, men symptomatisk bedring og forkortning av sykdomsforløpet spiller idag en større rolle for klinikeren.

At ankelte studier synes å tyde på behandlingseffekt også i de tilfeller der man ikke verifiserer infeksjon med beta-hemolytiske strekptokokker gruppe A, C og G, kan tjene som en illustrasjon på at vi har manglende kunnskap om halsbetennelsens etiologi (2,3,10). På tross av dette vil det være riktig å hevde at diagnostikk av bakteriell tonsillo-pharyngitt først og fremst er et spørsmål om påvisning av streptococcus pyogenes, eller Lancefields grupper A, C og G.

Klinisk undersøkelse

I dette nummer av Utposten presenterer vi et lite selvevaluerings-forsøk hvor vi har sammenliknet vår kliniske undersøkelse med Streptocult dyrkningssvar. Denne studien og flere andre undersøkelser der man ikke har gjenomført systematisering av den kliniske diagnostikk, viser at der er store individuelle variasjoner og gjennomsnittlig for lav nøyaktighet til at vi kan være fornøyd med klinikken som eneste diagnostikum (3,4).

Det er gjort mange forsøk på å systematisere den kliniske undersøkelsen med henblikk på å avdekke streptokokkinfeksjon i halsen. I denne artikkelen skal jeg kort referere tre arbeider (5,7,12) som illustrerer hvilke kliniske parametre som bør vektlegges. For definisjon av begrepene sensitivitet, spesifisitet, prediksjonsverdi og nøyaktighet vises til artikkelen: Vondt i halsen II. Et selvevalueringsforsøk i almenpraksis i dette nummer av Utposten.

Walsh og medarbeidere utarbeidet et flyte-kart for klinisk beslutning etter å ha undersøkt voksne (15-40 år) med sår hals (12). De delte de undersøkte i tre grupper: høy, moderat og lav risiko for streptokokkbetinget pharyngitt. Følgende fem kliniske parametre lå til grunn for inndelingen: forstørrede eller ømme halsglandler, pharynxexsudat, smittekontakt med streptokokksyke, oral temperatur lik eller høyere enn 38,3 C og hoste (negativt korrelert). Gruppene inndeltes slik som figur 1 viser.

Dersom høy og moderat risiko utgjør den gruppe som vi på grunnlag av klinikken velger å oppfatte som streptokokkbetinget pharyngitt, vil sensitivitet, spesifitet og prediksjonsverdi for den kliniske undersøkelse bli henholdsvis 91%, 37% og 21% (i denne undersøkelsen var prevalensen svært lav). Med denne metode vil vi med andre ord fange opp de aller fleste voksne med sykdommen, og den falske negativitet er ikke mye større enn forventet bærerfrekvens. Spesifisiteten er imidlertid lav, og metoden vil være mindre egnet dess lavere prevalensen av streptokokk-sykdom er i den populasjon som søker legen.

Breese utarbeidet på 60- og 70-tallet et skåring-system for barn som han kalte "det enkle skårings-kort" (7). Det anvendte 9 kliniske-, laboratoriemessige og epidemiologiske variabler:

1. Alder (mest poeng for alder 5-10 år, minst for alder under 3 år)
2. Årstid (mest poeng for vår- og vintermånedene)
3. Leukocytt-tall
4. Feber over 38
5. Sår hals
6. Hoste (negativt korrelert)
7. Hodepine
8. Abnorme svelgfunn
9. Abnorme halsglandler

Legene som deltok i denne studien klassifiserte de undersøkte i fire grupper: "ja", "kanskje ja", "nei" og "kanskje nei". Etter bruk av skåringssystemet, var det stor overensstemmelse mellom diagnose bygd på klinisk skjønn henholdsvis 87%, 71%, 78% og 78% sammenlignet med bakteriologisk dyrkning. Prevalensen av sykdommen var i denne undersøkelsen over 50%.

I den undersøkelsen som Schmidt og medarbeiderne gjorde i Danmark (5), benyttet legene fire kliniske parametre som var positivt korrelert til streptokokksykdom og fire parametre som var negativt korrelert. Følgende kliniske funn var positivt korrelert: grad av feber, størrele av halsglandler, grad av rubor i svelget og tilstedeværelse av belegg. Følgende fire parametre var negativt korrelert til sykdommen: rhinorroe, heshet eller larynxhoste, bronkial hoste eller expectorasjon og rubor i bakre svelgvegg.

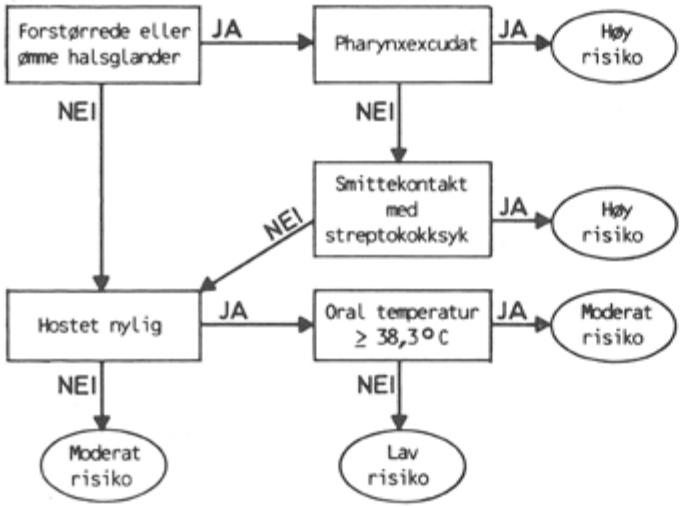
Dersom poeng over 3 ble lagt til grunn for diagnosen, var sensitivitet, spesifisitet, prediksjonsverdi og nøyaktighet henholdsvis 73%, 56%, 46% og 62%. Prevalensen av sykdommen var i denne undersøkelsen 34%.

Det framgår av det ovenstående at den kliniske diagnostikk kan bedres ved at vi kjenner de kliniske tegn og symptomer som bør vektlegges i diagnostikken. Det er noe varierende oppfatning om vilken vekt de enkelte variabler bør tillegges, men rimelig sammenfatning kan være: konstant sår hals, feber, rubor i svelget, belagte tonsiller og svelgvegg,

forstørrede tonsiller, cervical lymfadenitt, hodepine og leukocytose er forbundet med streptokokksykdom.

Hoste er negativt korrelert til streptokokksykdom. belagte tonsiller og cervikal lymfadenitt er de to enkeltfaktorer som mest konstant og sterkest er korrelert til positivt dyrkningsresultat. Feber heller enn grad av feber synes mest velegnet i diagnostikken. Av epidemiologiske faktorer som legges vekt på, er alder mellom 4 og 14 år og årstidsvariasjon med opphopning i vår- og vintermånedene (5,7,10).

Undersøkelsene synes å tyde på at vi er rasjonelle som diagnostikere og behandlere når vi stiller diagnosen "tonsillitt", mens det er ved vurdering av den diffuse inflammasjn ved pharyngitt at diagnostikken svikter (9). Det er viktig å være klar over at excudativ tonsillitt i alderen under 3 år i de aller fleste tilfeller ikke er forårsaket av beta-hemolytiske streptokokker. Adenovirusbetinget pharyngitt i denne aldersgruppe lar seg ikke skille fra streptokokk-hals på grunnlag av klinikken■



Figur 1.
Flytekart for klinisk beslutning ved sår hals
(etter Walsh og medarbeidere (12))

Vond

Nina H. Ingebrigtsen
turnuskandidat

Knut Jarl Jøsok
bydelslege

Eivind Meland
bydelslege, Olsvik legesenter, Bergen

lt i halsen II

Et selvevalueringsforsøk i almenpraksis

Presentasjonssymptomet: vondt i halsen, konfronteres vi svært ofte med i almenpraksis. Som klinikere er vi stilt overfor spørsmålet: bakteriell eller viral etiologi? Vi treffer vårt terapeutiske valg på grunnlag av hvordan vi besvarer dette spørsmål.

Målsetningen med denne undersøkelsen har vært:

1. Å evaluere vår kliniske undersøkelse som diagnostisk verktøy og grunnlag for behandling.

2. Å undersøke om Gram-farging av halsutstryk bedrer diagnostikken ved denne tilstand.

Definisjoner

For å evaluere den kliniske undersøkelse (eller andre testmetoder som brukes i diagnostisk øyemed) er det nødvendig å kjenne noen begreper.

Sensitiviteten av en undersøkelse eller diagnostisk test sier noe om testens evne til å identifisere de syke. Den fremkommer som verdien av en brøk der de sant positive (SP) utgjør teller, mens nevneren er summen av de sant positive og de falsk negative (SP+FN). En sensitvitet på 60% av en undersøkelse vil gjøre oss i stand til å finne 6 av 10 med sykdommen dersom vi baserer diagnosen bare på denne undersøkelse/test.

Spesifiteten sier noe om undersøkelsens evne til å identifisere de friske. Den fremkommer som verdien av en brøk der de sant negative (SN) er teller mens summen av de sant negative og falsk positive (SN+FP) er nevner. En spesifisitet på 60% av en test vil gjøre oss i stand til å identifisere 6 av 10 friske. De 4 øvrige har urettmessig fått diagnosen "syk" på grunn av testens lave spesifisitet.

Prediksjonsverdien (eller testens prediktive verdi) forteller oss hvor stor muligheten er for at pasienter som har fått diagnosen på grunnlag av testen, virkelig skal lide av sykdommen. Verdien fremkommer av en brøk der de sant positive er teller og summen av de sant positive og falsk positive er nevner. Dersom en test eller undersøkelse har en prediktiv verdi på 60%, vil 6 av 10 pasienter som har fått diagnosen på grunnlag av testen virkelig lide av sykdommen.

Prediksjonsverdien av testen avhenger sterkt av prevalensen av sykdommen i den undersøkte populasjon (forutsatt at spesifisiteten ikke er lik eller nær 100). I vårt regneeksempel med sensitivitet og spesifisitet lik 60% vil prediksjonsverdien for en test bli redusert fra 60 til 33% dersom prevalensen av sykdommen i befolkningen som vi undersøker, reduseres fra 1/2 til 1/4.

Nøyaktighet av en test forteller om testens evne til å identifisere de syke og de friske. Nøyaktigheten fremkommer som verdien av en brøk der summen av de sant positive og de sant negative er teller, og hele den undersøkte populasjon er nevner.

Materialer og metode

Samtlige pasienter som konsulterte Olsvik Legesenter med akutt vondt i halsen eller mistanke om halsinfeksjon i perioden fra august 1985 til og med januar 1986, til sammen 114 pasienter, inngikk i studien.

Hver av de 3 deltakende legene skulle ta stilling til hvor vidt det på grunnlag av anamnese og kliniske funn forelå bakteriell tonsillitt/pharyngitt forårsaket av beta-hemolytiske streptokokker (streptokokk-angina) eller viralt betinget tonsillo-pharyngitt (angina catharralis). Vi la vekt på at undersøkelsen skulle avspeile klinisk praksis slik den arter seg i en travel legesenterpraksis. Den kliniske diagnostikk var derfor ikke systematisert.

Samtlige pasienter fikk en kullpensel ført over bakre svelgvegg og en eller begge tonsiller. Mucus ble omgående sådd ut på blod-agar (Streptocult) og deretter strøket over objektglass til framstilling av Gram-preparat.

Gramfarging ble foretatt etter en modifisert hurtigmetode (15 sekund fargetid for Gentiana-violett og Safranin). Vurdering av Gram-preparat ble gjort uten forhåndsopplæring av samme lege som foretok den kliniske undersøkelse. Når Gram-farget utstryk ble brukt i tillegg til klinikken, ble positiv klinikk og/eller streptokokker til stede

i preparatet regnet som diagnostisk for sykdommen.

Vurdering av Streptocult-resultat ble gjort av legemedhjelpere som hadde deltatt på et 1-times kurs om utsæd og avlesning. Streptocult-rørene ble inkubert på kontoret i 37 C og avlest påfølgende dag. Prøver tatt på fredag ble inkubert i værelsestemperatur og avlest mandag. Legene var blindet for Streptocult-resultatet i og med at tolkning av Gram-preparat ble gjort før svaret forelå. Streptocultrørene ble ikke sendt inn til bakteriologisk laboratorium hverken for konfirmering av positive eller negative funn.

Resultater

Pasientenenes fordeling på de 3 legene, den aldersmessige sammensetning og prosentandelen med positivt dyrkningsresultat framgår av tabell 1. Kjønnsfordelingen var lik både i totalmaterialet og for hver undersøker. Prevalensen av streptokokksykdom er 40% i totalmaterialet, men varierer mellom undersøkerne. Dette har betydning for vurderingen av prediksjonsverdi.

Av figur 1 framgår de positive prøvers fordeling på alder og i forhold til totalt antall undersøkte i hver aldergruppe. Vekst av beta-hemolytiske streptokokker forekom ikke i aldersgruppen under 3 år. 3 av 4 i denne aldersgruppe hadde klinikk tolket som streptokokk-angina. vekst av betahemolytiske streptokokker forekom heller ikke i aldersgruppen over 40 år.

I tabell 2 er undersøkelsenes sensitivitet framstilt. Klinisk undersøkelse alene er i stand til å identifisere noe flere enn 6 av 10 med sykdommen. Sensitiviteten er nemlig 63% i gjennomsnitt, men der er stor variasjonsbredde mellom undersøkerne. Ved å supplere den kliniske undersøkelse med Gram-farging økte sensitiviteten til 86%. Det vil si at nær 9 av 10 med sykdommen vil kunne identifiseres med denne prosedyre.

Tabell 3 gir en framstilling av undersøkernes spesifisitet. Også her er det forskjell fra undersøker til undersøker. Høy sensitivitet er korrelert til lav spesifisitet når vi sammenlikner de deltakende legene. Ved å bruke kombinasjonen av klinikk og Gramfarging som grunnlag for diagnosen, reduseres spesifisiteten med 15%. Prisen for å fange opp 23% flere med sykdommen er at 15% flere uten sykdommen feilaktig oppfattes som syke. I denne undersøkelse vil hver annen uten sykdom feilaktig oppfattes som syk når vi baserer diagnosen på positiv klinikk og/eller positivt Gram-utstryk.

I tabell 4 er prediksjonsverdien for de ulike undersøkelser framstilt. Vel halvparten av dem som får diagnosen på grunnlag av undersøkelsene vil ha sykdommen. Sammenfattende kan vi si at av 100 undersøkte med akutt vondt i halsen, vil 40 ha streptokokksykdom. Av disse vil vi identifisere 34 ved hjelp av klinisk undersøkelse og Gram-farging av halssekret. Av de 60 uten sykdom vil vi identifisere 29, mens 31 urettmessig vil få diagnosen. 29 pluss 34 vil få korrekt diagnose. Dette tilsvarer en nøyaktighet på 63% (tabell 5).

Diskusjon

En innvending mot denne studien vil være at den bakteriologiske diagnose ikke er konfirmert ved et bakteriologisk laboratorium. En vektigere innvending mot undersøkelser av denne typen er imidlertid at vi ikke kjenner "fasit" selv om bakteriologisk, virologisk og serologisk diagnostikk er tatt i bruk med assistanse fra mikrobiologisk laboratorium.

I en egen artikkel i dette nummer av Utposten er det nærmere redegjort for en del forbehold klinikeren bør ta før han/hun aksepterer bakteriologisk dyrkning som "fasitsvar".

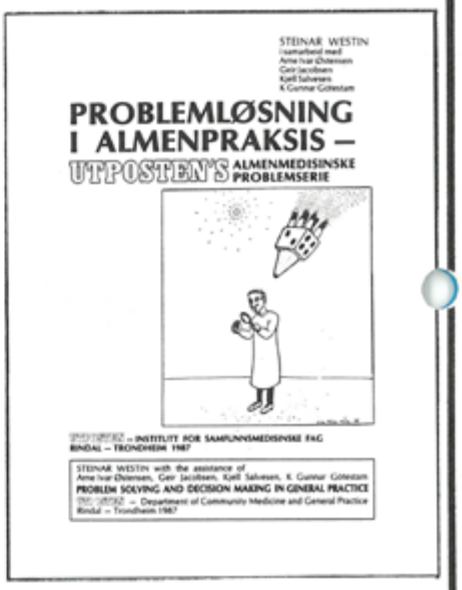
Det mest restriktive standpunkt vil være krav om vekst av betahemolytiske streptokokker, gruppe A, C eller G samt signifikant anti-streptolysin titerstigning i rekonvalesent-serum (8). Dersom bakteriell tonsillo-pharyngitt behandles utelukkende i preventivt øyemed for senkomplikasjonene febris rheumatica og akutt glomerulonephritt, vil dette være et rasjonelt standpunkt. Bare 50% av de bakteriologisk verifiserte streptokokkhalser vil da tilfredsstille kriteriene for sykdom (8).

I klinisk praksis idag vil hensynet til symptomatisk bedring og forkorting av sykdomsforløpet være hovedindikasjon for antibakteriell behandling. Dette taler til fordel for en diagnostisk prosedyre som administreres av legen i praksis. Dess tidligere antibakteriell behandling iverksettes, dess mer rasjonell er bruken av antibiotika fra en slik synsvinkel (3, 13).

annonse

Nå i bokform

UTPOSTENs almenmedisinske problemserie -



med seks kliniske oppgaver, løsninger, kommentarer og flere etterfølgende artikler om problemløsning i almenpraksis.

Boka er på 114 sider og kan bestilles for kr. 100,-.(fritt tilsendt) ved innsending av slippen nedenfor til:

"Problemløsning"
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gate 10
7030 TRONDHEIM

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100.- til

Navn

.....

Adresse

.....

Denne studien benyttet egenavlesning av Streptocult som "fasitsvar" for diagnosen. Denne metode har god sensitivitet (få falsk negative) sammenliknet med vurdering av bakteriolog. Imidlertid er spesifiteten noe dårligere ved at den ukyndige ikke vil kunne identifisere gruppe B streptokokker og ofte vil tolke hemophilus hemolyticus som positivt funn (4,5). Dersom gruppe B streptokokker er av patogenetisk betydning for sykdommen, vil spesifisiteten være bedre.

Denne undersøkelsen bekrefter hva andre tidligere har funnet: nemlig at klinisk undersøkelse har lav sensitivitet og spesifisitet sammenliknet med bakteriologisk dyrkningssvar (2,3,4,5). At spesifisiteten er lav vil kunne aksepteres ettersom peroral antibakteriell terapi er ufarlig og relativt komplikasjonsfri. Dessuten er prevalensen av sykdommen i den befolkning som konsulterer legen i denne undersøkelsen så høy at det er relativt få som får antibakteriell behandling på sviktende grunnlag.

Det vil være mindre akseptabelt med lav sensitivitet for den kliniske undersøkelse. Antibiotika har forebyggende effekt mot senkomplikasjoner og symptomatisk virkning administrert tidlig i sykdomsforløpet.

Forekomsten av streptokokk-hals var størst både tallmessig og relativt i aldersgrupen 3-8 år. Dette er typisk for streptokokksykdommens epidemiologi. Streptokokker ble ikke påvist hos barn under 3 år. 3 av de 4 pasientene hadde klinikk tolket som streptokokk-angina. Adenovirusbetinget pharyngitt presenterer seg med en klinikk som er identisk med streptokokk-hals i denne aldersgruppe (3,8).

De positive Streptocult-svar utgjorde 40% av samtlige undersøkte. Dette er ubetydelig høyere enn hva andre har funnet i tilsvarende undersøkelser (4,5). Ved å ta i bruk Gram-farget utstryk som supplement til den kliniske undersøkelse, ble sensitiviteten markert bedret i denne undersøkelsen. Prisen for denne bedrede sensitivitet i forhold til klinisk underøkelse alene, er at spesifisiteten reduseres noe. Prevalensen av sykdommen i den undersøkte populasjon er imidlertid så høy at den prediktive verdi av undersøkelsene er over 50%.

Forsøket var dårlig designet for å evaluere Gram-farging som selvstendig metode i diagnostikk av streptokokkhals. Undersøkerne var ikke blindet for resultatet av den kliniske undersøkelse. Opplæringen var dårlig, og undersøkerne var ikke kjent med de diagnostiske kriterier som Crawford og medarbeidere har utarbeidet (11). Det er først og fremst i identifiseringen av de friske at Gram-farget utstryk har sin styrke med denne metodikk (høy spesifisitet), og det er derfor tvilsomt om det er rasjonelt å bruke Gram-farging på en slik måte vi har gjort.

Crawford og medarbeidere anbefaler følgende strategi i klinikken overfor pasienter med sår hals:

A. Behandle dem med streptokokker til stede i utstryket.

B. Dyrke dem med negativt Grampreparat og feber over 38,3 C eller halsglandelsvulst. Basisk fuchsin anvendes istedet for safranin slik at leukocyttene farges bedre. Dersom ingen leukocytter finnes i preparatet, tolkes dette som negativt. Med denne metodikk vil 73% av dem med streptokokkinfeksjon få behandling samme dag som de konsulterer legen . 95% av dem med streptokokker i hals-sekret får behandling totalt. Bare 4% med negativt dyrkningsresultat vil få antibakteriell behandling.

Konklusjon

Vi har i denne undersøkelsen vist hvordan vi kan evaluere vår kliniske undersøkelse stilt overfor pasienten med vondt i halsen. Dette er en hyppig forekommende konsultasjonsgrunn i almenpraksis. Vi har vist at vi kan bedre sensitiviteten ved den almenmedisinske diagnostikk ved å vurdere Gramfarget utstryk av hals-sekret. Prisen for denne bedrede sensitivitet er lavere spesifisitet. Før vi anbefaler bruk av Gram-farging som diagnostisk metode, må vi undersøke metoden nøyere med en annen forsøksdesign. (Se tab. og fig. s. 160)

Takk til:

Collett-Marwell Hauge har subsidiert Streptocult-rørene. Den norske Lægeforening, Almenmedisinsk forskningsfond har gitt stipend. Per Fugelli, Institutt for Almenmedisin i Bergen har veiledet under utarbeidelse av artiklene■

Litteratur:

1. O Rutle: Pasienten fram i lyset - analyse av legekontaktar i primærhelsetjenesta. Rapport nr. 1 1983.

2. M J Haverkorn, H A Valkenburg, W R O Goslings: Streptococcal Pharyngitis in the General Population. I. A Controlled Study of Streptococcal Pharyngitis and its complications in the Netherlands. J. Infect Dis. 124, 4, 339 - 47, 1971.

3. J H Merenstein, K D Rogers: Streptococcal Pharyngitis, Early Treatment and Management by Nurse Practitoners. J A M A , 227, 11, 1278 - 82, 1974.

4. P Hjortdahl, L Haugli, J Pederstad et al.: Halsinfeksjoner forårsaket av beta-hemolytiske streptokokker. Tidssk Nor Lægeforen, 9, 104, 673-76, 1984.

5. H Schmidt, J G Hansen, N Bitsch: Halsbetændelse - klinisk og mikrobiologisk diagnostik. Ugeskr Læger 144, 25, 1834 - 38, 1982.

6. P Hjortdal: Differensialdiagnostikk når pasienten har vondt i halsen. Nordisk Medicin 100, 10, 250-51, 1985.

7. B B Breese.: A simple Scorecard for the Tentative Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis. Am J Dis Child, 131, 514-17 1977.

8. E L Kaplan, F H Top Jr., B A Dudding et al.: Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis: Differentiation of Active Infection from the Carrier State in the Symptomatic Child. J Infect Dis. 123, 5, 490-501, 1971.

9. M Arhammer, P Christensen, B Hovelius et al.: Luftvagsinfektioner i öppen vård - en undersökning vid vårdcentralen i Dalby. Lækartidningen, 75, 15, 1492 - 96, 1978.

10. J H Chretien, C G McGinnis, J Thompson et al.: Group B Beta-Hemolytigc Streptococci Causing Pharyngitis. J Clin Microbiol, 10, 3, 263-66,1979.

11. G Crawford, F Brancato, K K Holmes: Streptococcal Pharyngitis: Diagnosis by Gram Stain. Ann Intern Med, 90, 293-297, 1979.

12. B T Walsh, W W Bookheim, R C Johnson et al.: Recognition of Streptococcal Pharyngitis in Adults. Arch Intern Med, 135, 1493 - 97, 1975.

13. M S Krober, J W Bass, G N Michels: Streptococcal Pharyngitis J A M A, 253, 9, 1271 - 74, 1985.

Tabell 1.

Pasientenes fordeling på de tre undersøkerne

	Undersøker I	II	III	Totalt
Antall	51	32	31	114
Gjennomsnittsalder	25,2	11,8	20,3	20,1
Aldersspredning	3-67	2-35	1-57	1-67
Prosent med streptokokksykdom	29	47	52	40

Tabell 2.

Sensitivitet av klinisk undersøkelse, grampreparat og klinisk undersøkelse og grampreparat kombinert.

Sensitivitet = $\frac{SP}{SP + FN}$	Undersøker I	II	III	Gjennom-snitt
Klinisk undersøkelse	47	80	63	63
Grampreparat	62	79	88	77
Klinisk undersøkelse og grampreparat	69	100	88	86

Tabell 3.

Spesifisitet av klinisk undersøkelse, grampreparat og klinisk undersøkelse og grampreparat kombinert.

Spesifisitet = $\frac{SN}{SN + FP}$	Undersøker I	II	III	Gjennom-snitt
Klinisk undersøkelse	75	41	73	63
Grampreparat	58	47	73	59
Klinisk undersøkelse og grampreparat	45	35	67	48

Tabell 4.

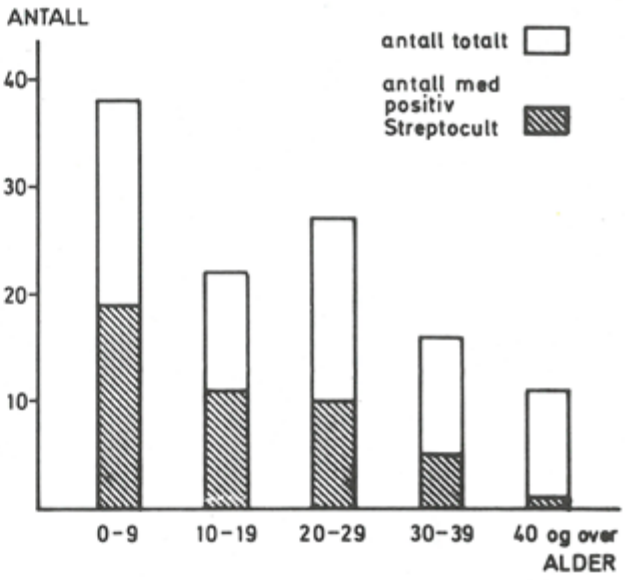
Prediksjonsverdi av klinisk undersøkelse, grampreparat og klinisk undersøkelse og grampreparat kombinert

Prediksjonsverdi = $\frac{SP}{SP + FP}$	Undersøker I	II	III	Gjennom-snitt
Klinisk undersøkelse	44	55	71	52
Grampreparat	38	58	78	57
Klinisk undersøkelse og grampreparat	33	58	74	53

Tabell 5.

Nøyaktighet av klinisk undersøkelse og grampreparat kombinert

Nøyaktighet = $\frac{SP + SN}{Alle}$	Undersøker I	II	III	Gjennom-snitt
Klinisk undersøkelse og grampreparat	52	66	77	63



Figur 1.
Streptokokksykdommens epidemiologi i undersøkelsen.
Antall med og uten streptokokker påvist ved Streptocult fordelt på alder.

«Du er heldig. For ti år siden hadde vi ikke disse anti-biotiske dansene.»

Full konsentrasjon

NSAM's Kongsvoldseminar 1987

Ellen Myraker og Inger Marie Steinsholt

Norsk Selskap for Almenmedisin arrangerte 7.-9. mai 1987 sitt fjerde Kongsvoldseminar. Seminaret har etablert seg som et forum for almenmedisinsk ideologi og fagutvikling. Denne gangen samlet det ca. 50 deltakere fra hele landet. Ca. halvparten av deltakerne var der for første gang, slik at det ble en fin blanding av "gamle" og "nye" krefter. De vakre omgivelsene på Dovres eldste skysstasjon dannet en stemningsfull ramme om møtet som ble preget av tett faglig og menneskelig kontakt.

Dilemma

Den første dagen var temaet: Hva er så spesielt med almenmedisinen - om å leve med ansvar og usikkerhet. Det almenmedisinske dilemma, å forvalte sammfunnsmedisinske ressurser samtidig med at de faglige kvaliteter og den enkelte pasients behov og ønsker blir ivaretatt, ble belyst. Hele forsamlingen deltok i et rollespill der den unge kvinnelige lege møtte den etablerte samfunnsborger (mannlig) som krevde henvisning til hjertespesialist. En kort diskusjon om hvordan vi møter - bør møte pasientenes krav fulgte. Olav Rutle skisserte så en ansvarlig almenmedisinsk modell ut fra konfliktsituasjonen mellom epidemiologisk kunnskap og enkeltpasientens ønsker. Pasienten vil utelukke det verste mens legens viten tilsier at sjansen for dette er liten. Når legen er usikker på diagnosen, eller pasientens oppfatning ikke stemmer med legens, vil det være duket for konflikt. Hvordan skal man møte dette? For det første må pasientens ønsker på bordet. Deretter pekte Rutle på 3 hovedpoeng nyttige i den praktiske hverdag: Man skal legge vekt på de negative funnene. Vi har en tendens til å henge oss opp i de positive funn, men spesielt når det gjelder sjeldne sykdommer vil den postive predikative verdi, selv for tester med høy sensitivitet, være lav. For det andre vil flere og flere data ofte kunne virke forvirrende, slik at flere data ikke alltid er løsningen. For det tredje vil en planmessig ob-

servasjon over tid med åpen dør og ny avtale ofte kunne avklare situasjonen - tiden er altså viktig i almenpraksis. Man må forene helsemessige og økonomiske hensyn, men samtidig er det å avvise i konsultasjonssituasjonen vanskelig eller nesten umulig. I diskusjonen ble det bl.a. pekt på at undersøkelser viser at "doctors delay" ved f.eks. kreftdiagnoser kan være urimelig lang. Dilemmaet ble altså igjen understreket.

Om ansvar og usikkerhet

Lege/pasientforholdet og det å leve med ansvar, usikkerhet og skyld som almenmedisiner ble så belyst av psykiater John Fredrik Thaulow. Å bringe fram pasientens egne ressurser til mestring av sin sykdom er svært viktig. Lege/pasient forholdet er tradisjonelt et makt-/avmaktforhold, men skal dette lykkes må man tilstrebe et likeverdig forhold hvor man samarbeider om avgjørelser og har en sunn ansvarsfordeling. Han trakk også fram Østens psykiatri med den positive vektlegging på sosiale avhengighetsrelasjoner med den helbredende kraft i samvær, samarbeid og samhold. Dette i motsetning til den vestlige ideologi om betydningen av autonomi og selvstendighet. Han mente også at vi må skjære gjennom mytene om legers ufeilbarlighet. Det er mer helbredende å møte en doktor som også er trygg og sikker på egne begrensninger enn å møte dem som overser at dette eksisterer. Leger begår feil og får skyldfølelse. Thaulow skilte mellom skyldfølelse som skyldes legens "samvittighetsregnskap" og den mer objektive skyld i henhold til "gjeldende praksis". Når leger faktisk begår feil har vi behov for å dele dette i et kollegialt fellesskap. Samtale - og så sjansen til å forandre seg. I diskusjonen ble det foreslått en konsensuskonferanse om våre begrensninger!

Etter middag holdt Ragna Følling Elgjo et betagende kåseri om "Forholdet mellom pasienten og legen - tar vi vare på det?" Med den lange erfaring hun har med svært syke mennesker, og også innflettet personlige opplevelser som pasient, ble det både en opplevelse vi sent vil glemme, og kunnskap å ta med seg om lege/pasientforholdet.

Temaet for fredag 8. mai var "Sykdom og helse -grunnleggende begreper på dagsordenen (igjen?) Om å lære helse". Etter en god frokost, og en morgenjogg for de sprekeste, åpnet Ole Berg med "Helse- og sykdomsoppfatninger i samfunnet - og konsekvenser for almenmedisinen". Ole Berg er statsviter og knyttet til Senter for Helseadministrasjon ved Rikshospitalet, vel kjent som medredaktør i boken "Legen og samfunnet". Han ga i et noe tørrvittig og sarkastisk innlegg sitt syn på almenmedisinsk teoridannelse. Han hevdet at almenmedisin mangler både teori, lærebøker, fedre og mødre. Mens lege-pasientforholdet tidligere var basert på et klassemessig - patriarkalsk grunnlag uten særlig faglig autoritet, er det nå preget av et tjenesteytende kjøper- selger forhold. Han fant almenmedisin som sideordnet spesialitet selvmotsigende, hvis den skulle blir autonom måtte den overordnes de andre spesialitetene. Så lenge det reduksjonistiske grunnlag dominerer vår forståelse vil alltid noen kunne alt bedre enn almenmedisineren. Berg mente vi burde arbeide med å belyse grunnlaget for våre beslutninger og lange teorier om det. Han etterlyste også forskning i teoridannelse. (Dette er vel et felt som almenmedisinsk forskning er i full gang med å ta fatt på?). Både Berg og den neste foredragsholderen Jørgen Jørgensen belyste konstrasten mellom den reduksjonistiske og den holistiske vitenskapelige tilnærmingsmåte. Jørgensens innlegg: "Om sykdom og lidelse, trenger vi et paradigmeskifte?" var et fascinerende blikk på medisinsk historie, krydret med dikt av Rolf Jabobsen og tegninger av Serre. Han viste hvordan den objektive tilnærming og reduksjonistiske vitenskapsmodell i medisin har ført til fantastiske resultater, men viste også begrensninger av denne tilnærmingen. Vi har lært så lite om mye som er viktig i almenmedisin. Hva lærer vi om kommunikasjon, legerollens makt, placeboeffekten osv. Thomas S. Kuhns paradigmeteori om hvordan forandringer i vitenskapen ikke skjer v/ evolusjon, med v/sprangvise revolusjonære forandringer, ble belyst. Man får et paradigmeskifte. Jørgensen mente at det nye paradigme i medisin vil bli systemteori, sammenhengstenkning. Dette er en spesielt nyttig tilnæmingsmåte for almenmedisin. Han viste hvordan tradisjonell sykdomsanalyse bør kunne gå hånd i hånd med en holistisk. Dette ble belyst ved begrepene disease (organisk feilfunksjon) kontra illness (pasientens opplevelse av det å være syk) og cure (behandling av disease) kontra healing (gjenopprettelse av helhet som også omfatter pasientens egne iboende evner). Jørgensen understreket her selve konsultasjonsforholdet som en terapeutisk

kapasitet i seg selv. Et hjerteinfarkt ble brukt som et slående eksempel på hvor lite den reduksjonistiske modellen rommer, det er så utrolig mye mer enn bare de biokjemiske forandingene. I den livlige diskusjonen som fulgte ble det bl.a. trukket fram at sykepleierne i sin profesjon lenge har vært opptatt av holistisk sammenhengstenkning, og parallellen til feminine verdier ble trukket fram.

Egentlig kunne vi fortsatt med dette resten av dagen, minst, men det var mer på programmet. Otto Steenfeldt-Foss, almenpraktiker, psykiater og administrator, hadde også lege-pasientforholdet som tema. Han innledet med et overbevisende talent for enmannsrollespill, og gav på denne måten en enestående illustrasjon på hvilket énormt terapeutisk potensiale det ligger i selve konsultasjonen. Legens egen personlighet er på godt og vondt her det viktigste instrument. Det er viktig å fornemme den vanskelige pasients bestilling og respektere hans oppfatning av sin lidelse. Hvis vi makter å møte han rimelig uten å avvise ham på hans behov og å lytte med det tredje øret, er det som regel mulig å få til en fruktbar terapeutisk allianse. Legen må ikke gå i forsvar, vanskelige pasienter bør også få dekket sine behov i rimelig grad. Men når legen også har udekket behov og mangel på trygghet kan det blir komplisert. Han understreket også at det er viktig for legen å sette grenser og skjerme seg selv og sitt privatliv. Problemet med å involvere seg privat med pasienter ble berørt. Dette kan særlig være vanskelig når lege og pasient treffer udekket behov hos hverandre. Ansvaret vil alltid være legens, og det ble advart mot "tera-pills".

Etter middag tok Herman Anker oss alle sterkt og følelsesmessig med i pasienttilværelsen slik han opplevde det da han fikk slag. Det ble en gripende demonstrasjon om hvor liten del av det å være syk den reduksjonistiske naturvitenskap forklarer. Et lyrisk essay, som opplest gav den nødvendige distanse, og avsluttet med en fuge av Bach. Takk for at vi fikk dele denne opplevelsen med deg!

Sverige

Lørdag startet med innlegg fra den svenske og danske gjest på seminaret. Gunilla Hegardt fra Örebro tegnet et noe dystert bilde av svensk almenmedisin. Man regner 3500-4000 pasienter per lege som en bra dekning.

Glade ansikter i salongen

Jo Telje og Ellen Myraker

Riktignok er en del av de ting en almenpraktiker i Norge gjør, delegert til andre, og det er flere spesialister, men svenske almenleger har likevel en svært slitsom arbeidssituasjon. Dette henger antakelig sammen med hyppig forekomst av utbrenthet og høy suicidalrate, spesielt blant kvinnelige leger. Situasjonen preges også av "krig" mellom spesialister og almenmedisinere, med almenmedisinerne i forsvarsposisjon. En stram økonmisk situasjon er nok vesentlig for dette, man få ikke nok ressurser til almenmedisin lenger. Det var dog lyspunkter, f.eks. en stor forskningsaktivitet i svensk almenmedisin, og en entusiastisk gjeng i Umeå.

Danmark

Torstein Hviid fra Helsinge tegnet et noe annet bilde fra Danmark. Alle almenpraktikere er her i liberalt erverv, og hovedmotsetningen går mellom de yngre leger som vil etablere seg, og de eldre, veletablerte. Det er harde økonomiske tider og vansker med plass for alle. Et lyspunkt at almenmedisin er blitt eksamensfag i Danmark.

Referansegruppene

Deretter fulgte rapport fra referansegruppene i NSAM. Reidun Førde åpnet om svangerskapsomsorg, Odd Winge snakket om helseopplysning, Tor Carlsen om diabetes, Åsa Rytter Evensen om sexologi. Jostein Holmen om hjerte-kar, og Olav Rutle avsluttet med en oppsummering om andre grupper i aktivitet: helsestasjonsarbeid, skolelegearbeid, klinisk kjemisk/lab med,

urinveislidelser, astma/allergi, trygdemdisin, røntgen og kvinneforskning. Tanken bak disse gruppene er at de skal holde seg spesielt orientert om sitt område, og således fungere som en ressurs. Man kan formidle dette til andre via kurs, litteraturoversikter, publikasjoner osv. Gruppene kan brukes av andre almenpraktikere ved behov. De er dannet etter åpne invitasjon i Utposten og Tidsskriftet, og man gikk videre med de som meldte seg. Det er nå på trappene praktiske retningslinjer for hypertonibehandling og diabetes, utarbeidet av gruppene. Det er rom for flere, bl.a. mangler det grupper i så sentral almenmedisinske arbeidsområder som muskel/skjelettlidelser, og psykiatri. Flere av gruppene har med spesialister som konsulenter. Tanken om å lage en almenmedisinsk lærebok hvor gruppene sto for kapitelet om sitt område var fremme.

Formann i NSAM Olav Rutle stod for oppsummering og avslutning. Når vi nå skal se videre, hvor skal vi ta fatt når vi har vært igjennom de filosofiske/ideologiske diskusjonene? Kanskje skal vi hente mer fra pasientene, hva vi kan lære dem? Hvor trengs fagutviklingen mest? Viktigheten av å komme på offensiven overfor kolleger i andre spesialiteter ble understreket. Entusiasmen og engasjementet tilsier at det Kongsvollseminar helt uten foredragsholdere kunne være aktuelt. Så dro vi hjem, i strålende vårvær som vi kom, faglig stimulert og oppladet, og med ønske om at flest mulig almenpraktikere får med seg Kongsvoll. All ære til kurskomiteen, Signe Flottorp, Bibi Nore, John Aga og Reidun Førde for arrangementet! ■

Torstein Hviid, Odd Winge, Signe Flottorp og Gunnilla Hegardt

Geangin®

KALSIUMANTAGONIST **ATC-nr.: C02D E01**

INJEKSJONSVÆSKE: 2,5 mg/ml: 1 ml inneh: Verapamili hydrochlorid 2,5 mg, natrii chlorid 8,5 mg. aqua ad iniect. ad 1 ml.

TABLETTER: Hver tablett inneh: Verapamili hydrochlroid. 40 mg, resp 80 mg og 120 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioxid.

EGENSKAPER: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Effekt på supraventrikulære arytmier. **Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatt muskulatur i blodkar, virker ikke på skjelettmuskulaturen. Totalt nedsettes hjertets arbeid og oksygenbehovet minsker. Vasodilatasjon med nedsettelse av perifer karmotstand medfører nedsatt «afterload» og senkning av blodtrykket. Negativ inotrop effekt er observert i in vitro- og in vivostudier i høye doser, derimot ikke i terapeutiske doser da en reflektorisk sympatikus stimulering synes å kompensere for dette (pga. blodtrykksfallet). Perifer vasodilatasjon senker blodtrykket særlig hos pasienter med hypertensjon, mens det påvirkes lite hos pasienter med normalt blodtrykk. Den vasodilaterende effekt på koronarkarene medfører at oksygentilførselen til myokard ytterligere forbedres, og at evt. spasmer løses opp.
Supraventrikulære arytmier:
Kalsiumantagonismen fører til forsinket impulsoverledning ved at den effektive refraktærperiode i AV-knuten forlenges. Ved paroksystisk supraventrikulær tachykardi gir intravenøs verapamilbehandling ved anfall som regel omslag til sinusrytme, og peroral verapamilbehandling er ofte effektiv som residiv-profylakse. Dette gjelder også pasienter med WPW-syndrom. (Dette gjelder dog ikke hvis WPW-syndromet er ledsaget av anfall med atrieflimmer. Geangin kan da – i likhet med digitalis – forårsake ventrikulære tachyarytmier). Kan gi rask reduksjon av ventrikelfrekvensen ved atrieflimmer og -flutter, men gir sjelden omslag til sinusrytme. Preparatet kan anvendes hos pasienter med obstruktiv lungesykdom. **Absorpsjon:** Rask. Omfattende 1 pass metabolisme. Den biologiske tilgjengelighet er lav, varierende og øker ved gjentatt dosering. (Ca. 20% etter oral enkeltdose.) Tilgjengelighet kan også øke ved hjerte- og leversykdom. **Proteinbinding:** Høy (ca. 90%). **Halveringstid:** Ca. 3 – 7 timer etter oral enkeltdose. Ved gjentatt dosering kan halveringstiden øke, muligens grunnet metning av enzymsystemet i leveren og/eller reduksjon i den initalt forhøyede blodgjennomstrømning. Halveringstiden kan også øke ved hjerte- og leversykdom. **Metabolisme:** Omfattende metabolisme i lever, bl.a. til norverapamil med noe farmakologisk aktivitet. **Utskillelse:** Verapamil og dets metabolitter utskilles hovedsaklig via urinen. 50% utskilles renalt i løpet av 1 døgn.

INDIKASJON: Angina pectoris Variant-angina (Prinzmetals angina). Hypertensjon. Forsøksvis ved hypertensive kriser. Paroksystisk supraventrikulær tachykardi (også WPW-syndrom). Atrieflimmer og -flutter hvor en rask reduksjon av ventrikelfrekvensen er ønskelig.

KONTRAINDIKASJONER: Kardiogent sjokk. AV-blokk grad II og III, sinusknutedysfunksjon (sick sinus syndrome). Dårlig kontrollert hjertesvikt.

BIVIRKNINGER: Som regel av mild og forbigående natur. Mest vanlig er moderat obstipasjon. Hodepine, kvalme, ansiktsrødme, hudreaksjoner og perifere ødemer er rapportert. Meget sjelden kan intravenøs injeksjon gi hjertesvikt, hypotensjon, hjerteblokk og asystole. Det er rapportert mulig sammenheng med reversibel leverskade.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ved AV-blokk I, sinusbradykardi og hypotoni bør intravenøs bruk eller tilførsel av høye orale doser (>480 mg daglig) vurderes kritisk. Pasienter med hjertesvikt bør være digitalisert på forhånd. Bør ikke brukes ved WPW-syndrom ledsaget av atrieflimmer eller atrieflutter. Verapamil og betablokkere har synergisk virkning på AV-knuten. Preparatet bør derfor ikke gis til pasienter som står på behandling med beta-blokkere. Også i kombinasjon med øyedråper er muligheten for bradyrkardi til stede. Verapamil kan gi alvorlig bradykardi evt. hjertestans hos nyfødte og spebarn og må derfor bare brukes på strenge indikasjoner injiseres meget langsomt og under kontinuerlig overvåkning av hjerteaksjonen. Bør ikke gis til gravide, uten ved tvingende indikasjoner.

INTERAKSJON: Ved samtidig tilførsel av verapamil og farmaka som virker kardidepressivt og/eller hemmer AV-overledningen, bør man være oppmerksom på additive effekter. Ved pasienter som behandles med antihypertensiva bør Geangins blodtrykksenkende effekt tas med i betraktning (I:57 e verapamil).

DOSERING: Voksne: Tabletter: Individualiseres. 80 – 120 mg 3 - 4 ganger daglig; ved hypertensjon 120 – 240 mg 2 ganger daglig som vedlikeholdsdose. Ved langtidsbehandling bør man forsøke å unngå døgndoser >480 mg over lengre tid. **Injeksjonsvæske:** 1 ampulle (5 mg) injiseres langsomt intravenøst (i løpet av 2 - 3 min). **Barn: Tabletter:** 1 - 2 mg/kg kroppsvekt 3 ganger daglig. Injeksjonsvæske: Gis intravenøst:

Nyfødte:	0.75 – 1 mg (=0,3 – 0,4 ml)	
Spebarn:	0,75 – 2 mg (=0,3 – 0,8 ml)	Se forsiktighetsregler
Barn 1 – 5 år:	2 – 3 mg (=0,8 – 1,2 ml)	
Barn 6 – 14 år:	2,5 – 5 mg (=1,0 – 2,0 ml)	

Ofte kan effekten oppnås med lavere doser enn dem som er angitt ovenfor. Injeksjonen gis kun til effekten inntrer. Intravenøs tilførsel bør skje under observasjon av pasienten med samtidig EKG-overvåking. Ved behov kan dosen gjentas etter 5 – 10 min. **Infusjon:** Geangin injeksjonsvæske kan blandes til f.eks. isoton natriumkloridinfusjonsvæske eller isoton glucoseinfusjonsvæske i konsentrater svarende til 0,01 – 0,1 mg verapamilklorid pr. ml (10 – 100 mg/liter infusjonsvæske). Ved infusjon gis initalt 0,05 – 0,1 mg/kg/time. Ved manglende effekt kan denne dosen økes fra 2 til flere ganger med intervaller på 30 – 60 min. Den gjennomsnittlige totaldosen bør ikke overskride 1,5 mg/kg/dag.

PAKNINGER OG PRISER:
Injeksjonsvæske: 5 amp. á 2 ml kr. 18,20.

40 mg	100 stk. kr.	41,75
80 mg	100 stk. kr.	82,10
	250 stk. kr.	171,50
120 mg	100 stk. kr.	123,85

T:12

6/87

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

Geangin®

verapamil

Kalsiumantagonist mot høyt BT

2 ganger daglig.

HORNBURG & ØTTERLEI AS

Metoder i almenme
-En annotert biblio

Steinar Westin

Det er adskillige år siden, at jeg rørte en bog i denne reol, men det er en stor behagelighed at vide, at de står der. (Storm P.)

Denne oversikten er utarbeidet som en hjelp til kolleger som ønsker å orientere seg i litteratur som kan være til nytte for planlegging og gjennomføring av forskningsprosjekter i almenpraksis. Den omfatter dels bøker, dels vitenskapelige eller debattpregede artikler som vedrører metodespørsmål i almenmedisinsk forskning.

Listen er utarbeidet, og senere ajourført, av Steinar Westin i samarbeid med de øvrige innlederne til symposiet om "Metoder i almenmedisinsk forskning" under den 4. nordiske kongress i almenmedisin i Lund i juni 1985:

Niels Bentzen, Danmark
Svein Magnusson, Island
Magne Nylenna, Norge
Carl Edvard Rudebeck, Sverige
Klas Winell, Finland

Referansene i denne oversikten er ikke ordnet alfabetisk. "Det skyldes dels latskap", sier forfatteren, "men har nå likevel den fordel at det har vært mulig å la de enkelte omtaler gli over i hverandre, slik at bibliografien lettere kan leses som en sammenhengende tekst."

Bibliografien gjør ikke krav på å være fullstendig, og nye referanser mottas gjerne!

Bøker

Howie JGR. Research in general practice.
London: Croom Helms Ltd., 1979.

Denne boken har fått ganske stor internasjonal utbredelse som en første innføringsbok i almenmedisinsk forskning. Den gir gjennom behandling av seks konkrete forskningseksempler en klartenkt gjennomgåelse av metodiske spørsmål, og gir samtidig en begrunnelse for hvorfor almenmedisinen trenger egen forskning.

. Westin S (red). Forskning i almenpraksis.
Oslo: Universitetsforlaget, Almenpraktikerbiblioteket, 1983.

Boken består av en samling artikler som tilsammen gir en praktisk innføring i de viktigste leddene i forskningsprosessen, fra den første idé til den ferdige publikasjon. Forfatterne har alle deltatt som forelesere ved innføringskurser i forskningsmetodikk for almenpraktiserende leger.

. Carlsson B. Grundläggande forskningsmetodik för vårdvetenskap och beteendevetenskap.
Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag, 1984.

Forfatteren av denne boken er filosifie doktor og universitetslektor i pedagogikk. Også denne boken er en elementær innføringsbok, og har bl.a. en godt tilrettelagt presentasjon av målemetoders reliabilitet og validitet, og dertil et innsiktsfullt kapittel som betoner forskjellen mellom analyse og tolkning av data. For den som er ukjent med statistiske metoder gir boken en klargjørende gjennomgåelse av enkel tallbehandling, skalanivåer og fordelingsfunksjoner. Forskningsetikk berøres også.

. Gelbach SH. Interpreting the medical litterature. A clinician's guide.
Lexington Mass., Toronto: The Collamore Press, 1982.

Denne boken er, som tittelen sier, skrevet som en hjelp for lesere av medisinsk vitenskapelig

edisinsk forskning
ografi

litteratur. Den har sin spesielle styrke ved en oversiktlig drøfting av undersøkelsesdesign, og gir med enkle illustrasjoner et bilde av de prinsipielle sider ved tverrsnittsundersøkelser, kohort og case-kontroll studier, samt forskjellige eksperimentelle design. Den almenmedisinske forskningen har et stort behov for å utvikle og raffinere sin bruk av forskjellige undersøkelsesopplegg, og denne boken gir på dette felt en enkel innføring.

. Lindholm L. Hypertension and its risks. Epidemiological studies in Swedish primary health care.
Lund: Studentlitteratur, 1984.

Dette er en samling av enkeltstående artikler som tilsammen utgjør et doktorgradsarbeid. Den omtales her fordi forfatteren i de enkelte artiklene har vist hvordan forskjellige epidemiologiske metoder, både tverrsnitts, retrospektive og prospektive, kan anvendes til kartlegging av risikofaktorer, i dette tilfelle knyttet til hypertensjon, i et primærmedisinsk pasientmateriale.

. Campbell DT, Stanley JC. Eksperimentelle og quasi-eksperimentelle forskningsdesigns.
København: Hans Reitzels Forlag A/S, 1972.

Dansk oversettelse av en klassiker som opprinnelig ble utgitt på engelsk i 1963. Denne boken går detaljert inn på forskjellige eksperimentelle forskningsdesigns, og omtaler også viktige sider ved de kontrollerte studier der randomiseringsprosedyrer ikke kan utføres, de såkalte kvasieksperimentelle designs. Den viser dessuten hvordan enkle symboler kan brukes som terminologi ved beskrivelse av forskningsopplegg. En bruksbok for viderekomne.

. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation.
An approach to learning and teaching.
Oxford: Oxford University Press, 1984.

Denne boken er blitt til etter et flerårig samarbeid mellom sosialpsykologen David Pendleton og almenpraktikere i Oxfordområdet. Konsultasjonen som arbeidsform analyseres, både med bakgrunn i tidligere litteratur og som resultat av egen forskning. En sentral bruksbok for grupper av almenpraktikere som vil arbeide med å forbedre sin konsultasjonsferdighet. Boken gir dessuten nyttig innsikt i de forskningsmetoder som kan benyttes i studier som tar utgangspunkt i selve konsultasjonen, også når det gjelder bruk av video-teknikk som forskningsredskap.

. Rosenthal R, Rosnow RL (eds). Artifact in behavioral research.
New York: Academic Press, 1969.

Dette er en knapt 400 siders bok som behandler en del metodeproblemer i psykologi- og atferdsforskning. Blant annet behandles forventningseffekt og mulige kontrollmetoder. Boken har relevans også til forskning som angår konsultasjonen og lege-pasientforholdet.

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

Allerede en klassiker innenfor feltet klinisk beslutningsteori med en logisk og praktisk innføring i det begrepsapparatet som etter hvert blir sentralt også i almenmedisinsk forskning. Godt språk, klare illustrasjoner, og i det hele tatt opplysende lesning, også med henblikk på det daglige pasientarbeidet. Den er riktignok ikke skrevet spesielt med tanke på almenpraksis, men kan godt oppfattes slik, ikke minst fordi den så klart peker på poenget med diagnostisk sannsynlighetstenkning.

. Kvalitative metoder i dansk samfundsforskning, Lejerbosymposiet, 1978.
København: Nyt fra samfundsvitenskaberne, 1979.

Denne bog er absolut et "must" hvis man påtænker at kaste sig ud i kvalitative forskningsmetoder – den såkaldte hermeneutiske metode. Bogen beskriver forskellige aspekter ved den kvalitative forskningsmetode og er som sådan en indførelse i en helt ny verden for den naturvidenskabeligt uddannede læge.

. Sygdomsmønstret i almen praksis.
Århus: Lægekredsforeningen for Århus Amt, 1979.

Ikke nogen forskningsbog i sig selv, men en udmærket kontaktmønsterundersøgelse fra dansk almen praksis, hvor de praktiserende læger en dag hver har lavet detalierede registreringer over hvad de har set i almen praksis og hvad de har foretaget sig, specielt henvist. Bogen er ved at blive fulgt op af en ny og tilsvarende registrering af kontaktmønstret, og den vil herved kunne give os værdifuld information om ændringer i kontaktmønsteret over tid.

Gastrobitan® 800 mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni

H_2 - blokker med pris som antacida.

Preparat:	Pakning:	Styrke:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Gastrobitan	**30 stk.**	**800 mg**	**1 tabl. x 1**	**8,65**
Antacid tabl.	100 stk.	400 mg	4—6 tabl. x 8	8,50—12,75
Balancid mikst.	1000 ml		10—15 ml x 8	5,35— 8,05
Link mikst.	1000 ml	300 mg	5—10 ml x 4	2,10— 4,15
Link tabl.	10 x 60 stk.	1100 mg	2—3 tabl. x 4	5,60— 8,40
Link plastpute	96 x 10 ml	300 mg	1 plastp. x 4	6,85
Novaluzid mikst.	500 ml		5—10 ml x 4	2,40— 4,80
Novaluzid plastpute	50 x 10 ml		1 plastp. x 4	7,10

Gastrobitan refunderes etter § 9.37 ved bl.a. ulcus ventriculi og ulcus duodeni

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

THAU-BRA 25

Gastrobitan®

Engangsdosering ved ulcus duodeni og ulcus ventriculi en tablett 800 mg om kvelden.

GASTROBITAN «GEA» cimetidin
Histaminerg H_2 – reseptorantagonist.
INJEKSJONSVÆSKE/INFUSJONSKONSENTRAT: 100 mg/ml: 1 ml inneh.: Cimetidin. 100 mg, acidium hydrochloridum 33 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.
TABLETTER: 200 mg, 400 mg og 800 mg. Hver tablett inneh.: Cimetidin. 200 mg resp. 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 H_2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H_2-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H_2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.
Absorpsjon: Absorberes godt etter oral administrasjon som tabletter.
Proteinbinding: Ca. 20%.
Halveringstid: Ca. 2 timer.
Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance.
Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. 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 stressulcus hos kritisk syke.
BIVIRKNINGER: Diaré, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasti sees hos mindre enn 1% av pasientene, hovedsaklig ved høy dosering. 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-diagnosen skal **første** gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux øsofagitt ved endoskopi eller annen egnet metode. Instituering av langtidsbehandling bør skje av spesialist eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Da histaminerge H_2-reseptorantagonister kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkelcancer, er det viktig at malign lidelse utelukkes.
Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Det foreligger foreløpig begrenset viten om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved reflux øsofagitt. Bør ikke brukes ved graviditet og diegivning.
INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med flere legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. Se interaksjonskapitlet (I:51e).
DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved **duodenalsår** eller **ventrikkelsår** er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved duodenalsår og 4–8 uker ved ventrikkelsår. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3–4. Ved **reflux øsofagitt** anbefales 400 mg 2–4 ganger daglig i 4–12 uker. Ved langtidsbehandling av duodenalsår gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alt. 800 mg om kvelden. Ved **Zollinger-Ellisons syndrom** kan dosen økes til 2 g pr. døgn fordelt på 2–4 doser. Til pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance. Dersom man ikke har verdiene 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 (umol/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 med 20 ml sterilt vann eller fysiologisk saltvann. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon (3–5 min.) med 4–6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon eller intramuskulær injeksjon.
Intramuskulær injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) injeksjonsvæske gis med 4–6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn.
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.
Barn: Erfaringene er begrenset når det gjelder bruk av Gastrobitan hos barn. For dosering: Se spesiallitteratur.
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. 58,25
Tabletter 200 mg: 50 stk. kr. 122,65
200 stk. kr. 456,85
Tabletter 400 mg: 28 stk. kr. 137,00
56 stk. kr. 270,50
84 stk. kr. 384,60
100 stk. kr. 445,25
Tabletter 800 mg: 30 stk. kr. 259,25
60 stk. kr. 511,50
100 stk. kr. 800,15

KabiVitrum

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

. Foldspang A. Dansk Forskningsarbejde i den primære sundhedstjeneste 1950-1974. Januar 1976.

En kommenteret bibliografi over alt hvad der er skrevet af forskning fra den primære sundhedstjeneste i Danmark i den pågældende periode. En udmærket første bog at gå igennem inden man startet på sin egen "enestående og geniale" ide. Ofte er der andre der har haft den og endog skrevet noget om den før.

. Hvidman L, Foldspang A. Dansk forskning i den primære sundhedstjeneste 1975-1980. September 1981.

En opfølgen af den forrige bibliografi, hvor man bliver klar over at mange tænker det samme på samme tid, så kig efter hvis I tror I har tænkt noget nyt for første gang.

. Almenmedisinsk forskningsutvalg (Fugelli P, Bruusgaard D, Westin S). Forslag til støtteprogram for forskning i almenmedisin. Oslo: Rådet for medisinsk forskning, NAVF, 1984.

Dette er et 80 siders forskningspolitisk dokument som redegjør for behovet å styrke den almenmedisinske forskningen i Norge. Her beskrives et konkret støtteprogram av 6 til 8 års varighet. NAVF har allerede bevilget midler for dette formål i 1986. De siste 30 sidene inneholder en oversikt over almenmedisinske forskningspublikasjoner i Norge fra 1970 til 1982.

. Schlesselman JJ. Case-control studies. Design, conduct, analysis. New York, Oxford: Oxford University Press, 1982.

Forfatteren er amerikaner, psykolog og biostatistiker, og ledet for et par år siden et kurs om case-kontroll undersøkelser på Røros i regi av Nordiska forskarkurser. Boken er allerede blitt et standardverk når det gjelder denne type undersøkelser, som det ofte kan være relativt komplisert å gjennomføre. Det gjenstår å se om denne klassiske epidemiologiske metoden får noen betydningsfull rolle i den almenmedisinske forskningen.

Tidsskriftartikler

. Gordon MJ. Research traditions available to family medicine. J Fam Pract 1978;7:59-68.

I denne grundige og usedvanlig velskrevne artikkelen tar Michael Gordon for seg det han mener er de fire grunnleggende forskningstradisjoner som almenmedisinen idag forholder seg til. Først og fremst viser han til den naturvitenskapelige tradisjonen, eller litt mer avgrenset benevnt "The biological science tradition". Her søker man å skaffe seg kontroll over variabiliteten i komplekse systemer ved å dele dem opp i mindre, manipulerbare modeller, derav den odiøse betegnelsen reduksjonisme. Dernest peker han på den landbruksvitenskapelige tradisjonen, som med statistikeren Sir Ronald Fisher i 1920-årene la det teoretiske grunnlaget for sannsynlighetsbetraktninger og hypotesetesting i komplekse systemer. Som tredje tradisjon omtaler han epidemiologien, beskrivelsen av sykdommers og skaders utbredelse og årsaksforhold i avgrensede populasjoner. Her har almenmedisinen bidratt til å forskyve interessefeltet fra død og dødsårsaker til de tidlige og mindre veldefinerte stadier av sykdom og helsesvikt. Endelig peker han på den etnografiske tradisjonen, som vi oftere omtaler som den antropologiske eller kvalitative tilnærmingsmåten til forståelse av sykdom og sykdomsatferd i et kulturelt perspektiv. Artikkelens siste avsnitt dreier seg om spørsmålet: "Can family medicine develop a meaningful research thrust when its researchers are so widely dispersed among the available sets of assumptions, theoretical orientations and research methods?" Gordon's svar er ja - og det er blant annet det som gjør artikkelen så lesverdig.

. Smedby B. Forskningsmetoder inom primärvården. Mdskr prakt lægeg 1979; august: 463-76.

Gjengivelse av Smedby's foredrag med denne tittel under 1. nordiske kongress i almenmedisin i København i 1979. Han vektlegger behovet for epidemiologisk forskning og helsetjenesteforskning, og omtaler ellers spørsmål omkring klassifikasjoner og definisjoner. Betegnelsen forskningsmetoder brukes i denne artikkelen mer i betydningen arbeidsredskaper og prosedyrer for datainnsamling og kobling. Artikkelen kan også leses som en merkestein som gir anledning til å se i hvilke retninger den almenmedisinske forskningen har utviklet seg siden 1979.

. McWhinney IR. Changing models. The impact of Kuhn's theory on medicine. Family Practice 1984;1:3-8.

Tankevekkende og velskrevet artikkel som redegjør for vitenskapsfilosofen Thomas Kuhn's teorier om den sprangvise utviklingen av den vitenskapelige tenkningen, med særlig henblikk på medisinsk forskning og praksis. Han gir, dels gjennom kliniske eksempler, dels gjennom teoretiske resonnementer, argumenter for at det tradisjonelle medisinske begrepsapparatet er i utakt med de observasjoner man kan gjøre i daglig almenpraksis. Han antyder at almenmedisinen kan komme til å gjennomgå betydelige forandringer i årene som kommer, og peker på at dette også vedrører forskningen i faget.

. Fugelli P. På gjengrodde stier - en liten dommedag etter 10 år i forskning og praksis. I: Fugelli P. Det medisinske klassesamfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1982:39-52.

I denne artikkelen gir Per Fugelli sine egne personlige svar på spørsmålene:

- Hvorfor forske i almenpraksis?
- Hva skal vi forske på?
- Hvordan skal vi legge opp den almenmedisinske forskningen i Norge?

Et viktig bidrag til belysning av den almenmedisinske forskningens teoretiske og ideologiske fundament.

. Lynøe N. Bidrag til diskussionen av det allmänmedicinska forskningsområdet - Rapport från en allmänmedicinsk forskningscirkel. Allmänmedicin 1984;5:36-9.

"Går det att överta den kliniska medicinens forskningsparadigm utan att samtidigt göra det omöjligt att tala om allmänmedicinen som ett unikt kunnskapsområde?", spør Niels Lynøe i denne artikkelen, som i likhet med McWhinney tar utgangspunkt i Kuhn's vitenskapsfilosofi. Og han konkluderer til slutt: "Önskar man utveckla allmänmedicinen akademiskt och argumentera för att den har ett eget unikt kunnskapsområde, så tvingas man att spränga vissa rationalitetsband i förhållande till den kliniska medicinen".

. Johansson I. Allmänmedicinsk forskning - finns den? Några reflektioner av en lekman och vetenskapsteoretiker. Allmänmedicin 1984;5:114-7.

I denne artikkelen betraktes den almenmedisinske forskningen "fra utsiden". Forfatteren peker på spesielle emneområder for den almenmedisinske forskningen, og setter disse i en vitenskapsteoretisk sammenheng. Han fester seg også ved ubesvarte spørsmål omkring psykosomatikk og placebofenomener, og sier bl.a.: "Finns det psykosomatiska sjukdomar och psykosomatiska insjuknanden, bör det naturligtvis också finnas psykosomatiskt betingade tillfrisknanden".

. Medical Audit - Hvar er det vi går og laver? Spesialnummer, DSAM-Orientering, December 1982.

En kort og instruktiv vejledning i hvordan man tæller i almen praksis og hvad der egner sig for tælling. Er velegnet som introduktion til "Practice activity analysis", da den rummer eksempler på skemaer som direkte kan anvendes til tællinger i en travel praksis hverdag. En introduktion til hvordan man med en mindre gruppe kolleger - de danske 12 mandsforeninger eller dusin klubber - kan bruge medical audit til at øge sin viden om arbejdet i almen praksis.

. Henriksen C, Lund E, Strömgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled study. Br Med J 1984;289:1522-4.

Det er en lite sensasjonell spådom at randomiserte kliniske forsøk vil få en stadig større plass innen almenmedisinsk forskning. Denne undersøkelsen fra København viser hvordan metoden kan anvendes ved evaluering av tiltak innen eldreomsorgen. Et totalt antall på 572 eldre ≥75 år ble randomisert til en intervensjonsgruppe på 285 og en kontrollgruppe på 287 individer. Intervensjonsgruppen fikk regelmessige besøk av hjemmesykepleier hver 3. måned i perioden 1980-83, mens kontrollgruppen kun fikk ett slikt programmert besøk 3 måneder før avsluttet undersøkelse. Effektvariablene var antall sykehusinnleggelser, innleggelser i sykehjem, antall legekonsultasjoner og antall dødsfall. Den som nå er spent på utfallet, bør skaffe seg artikkelen! I denne sammenheng er det metoden som er poenget.

. Morrell DC, Avery AJ, Watkins CJ. Management of minor illness. Br Med J 1980;i:769-71.

Denne artikkelen medtas i denne oversikten av to grunner: For det

første er den et nytt godt eksempel på hvordan en randomisert klinisk undersøkelse kan anvendes til å måle effekten av målrettet helseopplysning på konsultasjonsfrekvenser for barn under 16 år for 6 nærmere definerte symptomer som forfatterne antok kunne mestres ved egenomsorg i større utstrekning. Et tilleggspoeng er det her at randomiseringsenhetene ikke er individer, men familier. For det andre finnes det en artikkel av Michael D'Souza i boka "Teaching General Practice" (av Cormack, Marinker og Morrell. London: Kluwer, 1982:245-8) med tittel "How to ask the questions", der planleggingsfasen og problemformuleringen for denne undersøkelsen er beskrevet på en meget illustrerende måte. En sjelden anledning til å følge forskningsprosessen fra den første uferdige idé til den ferdige publikasjon.

. Larsen BO, Hansen EH. The active medicine user. Scand J Prim Health Care 1985;3:55-9.

Denne artikkelen tar for seg compliance-problemet fra pasientens synspunkt. Undersøkelsen bygger på intervjuer med og dagboksopptegnelser fra fire asthmatikere og deres leger ved legehuset i Billund. Et eksempel på at en kombinasjon av kvalitative metoder kan gi ny og nyttig innsikt i pasientenes egen verden av forestillinger og handlingsvalg i relasjon til de råd og medikamenter de får av sine leger. Det er bare en hake ved denne undersøkelsen, skriver Dag Bruusgaard i en lederkommentar i samme tidsskriftnummer (What can we learn from our patients? p. 2-3), den er ikke utført av almenpraktikere, men av farmasøyter. Altså et nytt eksempel på at vi kan hente metodekunnskap fra andre fagområder.

. Burkett GL, Godkin MA. Qualitative research in family medicine. J Fam Pract 1983;16:625-6.

Spørsmålet om de kvalitative metodenes plass i den almenmedisinske forskningen er aktuelt i de nordiske land, og - som vi kan lese av denne artikkelen - ikke mindre omdiskutert på den andre siden av Atlanteren. Ikke særlig nye synspunkter for den som har vært inne i denne diskusjonen allerede, men et velformulert bidrag.

. Forrest M, Andersen B. Rangskala og andre måleskalaer (mätningsskalor). Nord Med 1984;99:181-3(90).

Denne artikkelen inngår i Nordisk Medicin's flerårige serie om forskningsmetodologi, og gir en elementær, men nyttig drøfting av anvendelsen av måleskalaer i medisinsk forskning. Stikkordene er nominalskalaen, rang- (eller ordinal-) skalaen, intervallskalaen og ratio-(kvote-) skalaen, med særlig diskusjon av de feilslutninger man kan gjøre i omgangen med ordinalskalaer. Slike oversikter finnes i de fleste lærebøker i medisinsk statistikk. Men ettersom statistikkbøker ikke er det almenpraktikere lettest griper til i ledige stunder, er denne artikkelen en snarvei til de viktigste poengene.

. Forrest M, Andersen B. Bias I: Definition og forekomst i kontrollerede forsøg. Nord Med 1985;100:20-1.

. Forrest M, Andersen B. Bias II: Forekomst ved andre typer av undersøgelser. Nord Med 1985;100:60-2.

Disse to artiklene gir en kortfattet og oversiktlig gjennomgang av de typer av feilkilder og feilslutninger man kan komme til å gjøre i arbeidet med kontrollerte kliniske forsøk, og som den andre tittelen antyder, ved anvendelse av andre forskningsmetoder. Det gis dessuten fyldige referanser til enkelte av klassikerne i den litteraturen som drøfter metodespørsmål og feilkilder i medisinsk forsking, som f.eks. neste referanse:

. Sackett DL. Bias in analytic research.
J Chron Dis 1979;32:51-63,

som nærmest er en katalog over mulige bias med eksempler og ytterligere referanser.

. Pedersen PA. De uddannelsesmæssige forutsætninger for en øget forskningsinnsads i almen praksis (leder). Nord Med 1984;99:2.

Forudsætningerne for forskning i dansk almen praksis må betragtes som gode på grund af organisatoriske forhold, gode forskeruddannelsesmuligheder og relativt gode økonomiske muligheder. Der appelleres til den enkelte praktiserende læge om at udnytte disse muligheder.

. Verbrugge LM. Health diaries. Medical Care 1980;XV:73-95.

En oversigtsartikkel om studier der har brugt helbredsdagbøger som datainnsamlingsinstrument til at rapportere sygelighed, handicap og sundhedsadfærd. Artikkelen er velskrevet og kommenterer dagbogmetodens styrke og svagheder. Bør leses inden man går igang med at bruge dagbøger i almen medicinsk forskning.

. Perkoff GT. Research in family medicine: Classification, directions, and costs. J Fam Pract 1981;13:553-7.

Et nordamerikansk synspunkt på aktuelle emner for den almenmedisinske forskningen, med diskusjon av konflikten mellom anvendelse av tradisjonelle eksperimentelle metoder og de særegne sider ved almenmedisinen som man ikke får tak i med slike metoder.

. Steptoe A. Modern psychosomatic medicine: the emergence of an experimental discipline (Editorial). J R Coll Gen Pract 1985;35:115-6.

En psykolog er her gitt lederplass i det engelske almenpraktikertidsskriftet, og redegjør for en rekke eksperimentelle studier som kaster nytt lys over psykosomatiske sykdomsmekanismer.

. Froom J, Culpepper L, Becker L, Boisseau V. Research design in family medicine. J Fam Pract 1978;7:75-90.

En omfangsrik artikkel, som i likhet med den første i denne oversikten over tidsskriftsartikler, ble presentert i et spesialnummer om forskning i det nordamerikanske almenpraktikertidsskriftet i 1978. Forfatterne gjennomgår de vanligste begrepene som benyttes for å beskrive den logiske strukturen i almenmedisinske forskningsprosjekter. Artikkelen er ikke særlig godt disponert, men medtas allikevel fordi det ellers er så lite skrevet om dette emnet i almenmedisinsk forskningslitteratur.

. Westin S. Tidsskrifter for almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1985;105:2483-90.

Som tittelen sier, en omtale av medisinske fagtidsskrifter med tanke på hvilke som egner seg for almenpraksis. Hva er det bryet verd å lese, hvilket bør vi abonnere på, og - viktigst i denne sammenhengen - hvilke er det aktuelt å benytte når det gjelder publisering av forskningsresultater fra norsk og nordisk almenpraksis? ■

SORBANGIL®

ISOSORBIDDINITRAT

Ny indikasjon

HJERTESVIKT

Dosering:

20–40 mg × 3–4

Høyere dose kan være nødvendig for å oppnå ønsket effekt.

For ytterligere opplysninger se felleskatalogen

KabiVitrum

Referat fra kurs i Umeå 14.-22.3.87

"Frågställningar och Metoder i Allmänmedicinsk forskning"

Gunnar Mouland
Arendal

Nordisk Råd arrangerer forskerkurs innenfor naturvitenskapelige og humanistiske fag. Ved siden av det rent faglige er formålet med kursene å styrke de nordiske forbindelser.

Innenfor medisin har det vært arrangert kurs for både kliniske spesialiteter og basalfag, men det var tydelig på den finske representantene for Nordisk Råd at almenmedisinske problemstillinger for tiden hadde en høy stjerne.

24 deltagere fra alle de 5 nordiske land kom med på kurset; en filosof og 23 almenpraktiserende leger. (Sverige:8, Danmark:5, Finland:3, Island:3 og Norge:5). Kursledere var Bengt Mattson og Carl Edvard Rudebeck fra Almenmedicinska Institutionen, Umeå Universitetet, og hovedlærere var professor i almenmedisin fra Helsinki, Pertti Kekki, professor i idehistorie fra Danmark, Andur Pedersen samt professor (efter eget utsagn "profet") i almenmedisin fra Lund i Sverige, Bengt Schersten. Norske deltagere: Kirsti Malterud, Bergen, Hasse Melbye, Tromsø, Olav Thorsen, Stavanger, Haldor Tjårnes, Tysfjord og Gunnar Mouland, Arendal.

Jeg har selv aldri deltatt på et så intenst og langt kurs, men alle timene vi satt sammen i plenum og diverse gruppe-konstellasjoner gikk utrolig fort. Det var en spesiell samling av interessante og interesserte leger med forskningsinteresse og mange ideer samtidig som nesten alle hadde solid basis i utøvende almenmedisin.

Deltagernes forskningserfaring og -ambisjoner dekket hele spekteret fra nybegynnere til doktorander.

Kursdagene var lagt opp med presentasjon av et hovedprosjekt om morgenen etterfulgt av kommentarer/forelesninger fra dagens hovedlærer. Efter fika (=kaffepause) var det diskusjon i tverrnordiske grupper. Efter lunsj "gruppredovisning/reflexion". Flere kvelder var det i tillegg "ämnesgrupper" fra kl. 19!

Ideen med å bruke en hel dag til fordypning i et konkret prosjekt, viste seg å være vellykket.

De to første hele kursdager (søndag + mandag) var viet epidemiologiske metoder. Thordur Olafsson fra Egilstadir på østkysten av Island hadde ved hjelp av "kontaktseddel" for hver konsultasjon registrert skadeforekomst i 1985.

Haldor Tjårnes fra Tysfjord hadde under forberedelse en undersøkelse av et isolert samesamfunn (120 mennesker) i Musken innerst i Hellemofjord og evtuelt sammenligne disse med en gruppe samer som ble nærmest tvangsforflyttet til et sted nærmere kommunesenteret på 60-tallet.

Tirsdag og onsdag tok for seg eksperimentelle metoder. Erik Hagman fra Ekenas i Syd-Finland hadde gjort en retrospektiv undersøkelse av lege-kontinuitetens betydning for blodtrykksbehandlinger, han planla en tilsvarende prospektiv studie.

Hasse Melbye fra Tromsø hadde studert voksne som fikk antibiotika mot mistenkt pneumoni. Bare 15% av dem som fikk diagnosen pneumoni klinisk, hadde pneumoni bedømt ut fra rtg. thorax. Neste prosjekt skulle være en studie i diagnostikk og behandling av "bronkitt".

De to siste ordinære kursdagene (tordag + fredag) var avsatt til

kvalitative metoder. Dette må ikke forstås som metoder med spesielt høy kvalitet, men en type undersøkelsesmetoder som skal brukes ti å beskrive fenomener, følelser, holdninger, normer og meninger ved hjelp av det "kvalitative forskningsintervju" eller ved litteraturstudier. Disse metoder skiller seg fra de mer tradisjonelle epidemiologiske metoder som vil prøve å forklare årsakssammenhenger ved tellinger, målinger og sammenligninger. Som eksempel på en "kvalitativ" tilnærming ble presentert Olle Hallstrøms beskrivelse av pasient/legeforholdet i egen praksis og den danske filosofen Peter Rossels undersøkelse om det "informerte samtykke i almenpraksis".

Siste kursdag (lørdag) hadde på timeplanen "Lagesbeskrivningar i de respektive lander". Sammenlignet med de andre nordiske land ser det ut som vi i Norge ligger relativt godt an i almenmedisinsk forskning med våre fire almenmedisinske institutter og ordninger med almenpraktikerstipender.

Vi fikk med oss en middag i Umeå og premiereforestillingen på "Tryllefløyten" i Umeås nye teater- og operahus. Ellers var vi hele uken internert på Vasterbacken kursgård, fjernt fra storbyens fristelser. Fagprat ble det nesten hele dagen, til og med på "vickningene" (=nattmat). Kurset ble forbilledlig ledet av Bengt Mattson, mildt, men bestemt. Hver dag måtte det skrives dagbok som ble referert neste morgen.

Refleksjoner/konklusjon

Vi fikk et inntrykk av mangfoldet i den virksomhet som kalles almenmedisinsk forskning, og vi fikk se at de forskjellige metoder kan utfylle hverandre.

Det ble nok en gang understreket hvor viktig det er å ha "frågeställningen" klar før man går i gang med et prosjekt. Hva som er spesifikk almenmedisinsk forskning ble livlig debattert. Alle var enige om at hvis det skal bli bredde og ikke bare dybde i den almenmedisinske forskning, må muren mellom "de indre sirkler" (les: de mer eller mindre heltidsansatte institutt-leger) og periferien brytes. Vi tror almenpraktikerstipendiene er et meget viktig og sogar nødvendig redskap i denne "mur-brytningen".

Ideer

For å styrke den lokale forskningsinteressen kunne det kanskje være en ide å etablere lokale "forsker-sirkler" (a la Umeå) med interesserte almenpraktikere med regelmessig og hjertelig veiledning fra instituttene.

For å vise hva som foregår av forskningsvirksomhet, kunne kanskje "Utposten" få en fast spalte med omtale av planlagte og pågående prosjekter. Denne kunne også formidle kontakt mellom kolleger med tilsvarende arbeidsområder.

TAKK for at jeg fikk være med på dette meget givende og tankevekkende kurs!■

Den norske kontingent. Fra venstre: Kirsti Malterud, Olav Thorsen, Gunnar Mouland, Haldor Tjårnes, Hasse Melbye.

Fra venstre: Prof. Bengt Scherstén, Lund, Niels Bentzen, Danmark, Bengt Mattson.

ALDO PAGNI

er født 1933 i Genova, men siden barndommen bosatt i Empoli ved Firenze. Medisinsk embedseksamen fra universitetet i Firenze og utdannet spesialist i indremedisin. Etter noen år som lege på universitetssykehus startet almenpraksis i Firenze i 1956. Sammen med en yngre kollega driver han en 2-legepraksis for 2500 pasienter.

Initiativtaker til Societa Italiana de Medicina Generale som ble startet i 1982, og har siden vært president for selskapet, som har sete i Firenze og ca. 3000 medlemmer.

Forfatter til adskillige artikler om almenmedisin og redaktør for det italienske almenmedisinske selskaps tidsskrift.

Gift med gymnasielærer i historie og filosofi. 2 døtre som studerer henholdsvis jus og littertur/musikk.

Almenmedisin i Italia

Innledning

Italia er oppdelt i regioner, provinser og kommuner, og regionene er selvstyrende innenfor lovens rammer. I 1978 trådte en ny helselov i kraft og Servizio Sanitario Nazionale ble skapt (SSN). Kommunene - enkeltvis eller i fellesskap - forvalter alle de offentlige helsetjenester. Ledelsen utøves lokalt i et veldefinert område (en eller flere kommuner eller en større bydel) gjennom den såkalte Unita Sanitarie Locali.

Aldo Pagni
President for Societa Italiana Di Medicina Generale, Firenze, Italia

Oversatt og lett bearbeidet av Nils Lønberg, Borgheim

Legene i Italia

I øyeblikket er det ca. 215.000 leger i Italia med et forhold mellom leger og innbyggere på omkring 1/266. Det er omtrent like mange medisinske studenter, og det er fri adgang til universitetene. I 1985 er det i Italia ca. 76.000 registrerte almenpraktikere.

Juridisk status

Den italienske almenpraktiker utøver liberalt erverv, men har en avtale med SSN for en 3-års periode. Disse avtalene blir inngått mellom legens fagforening og representanter for myndighetene.

For å bli omfattet av avtalen er det ikke nødvendig med spesielle faglige kvilfikasjoner ut over embetseksamen og turnustjeneste.

Imidlertid er det i dag mange arbeidsløse leger i Italia, og disse leger er stort sett tilhengere av ansiennitetsprinsippet, som tar hensyn til eksamensår, sykehustjeneste, militærtjeneste, spesialisasjon og vikariater.

Reguleringstiltak

I et hvert legedistrikt er forholdet mellom almenpraktikere og borgere ca. 1/1000, og en lege kan ikke ha mer enn 1.500 pasienter å sine lister (1.800 hvis man hadde dette ved den nye lovs ikraftredelse).

Almenpraktikeren behandler normalt ikke barn under 12 år, som behandles av distriktets barneleger (1 barnelege for hver 1.400 barn).

Pasienttallet blir normalt relatert til en 40 timers arbeidsuke, men en almenpraktikter som har annet arbeide, kan redusere sitt pasienttall med 1/40 for hver time han arbeider andre steder. Derfor kan sykehusleger med fast arbeidstid ikke ha mer enn 500 pasienter.

Forholdet mellom lege og pasient bygger på gjensidig tillit. Pasienten velger legen på listen over almenpraktikere i hans område og kan skifte lege når som helst. Også legen kan avvise pasienten hvis dene ikke bor i hans område eller hvis avvisningen forøvrig er vel begrunnet. Dette gjelder ikke hvis han er områdets eneste lege.

For å sikre legenes fritid finnes det legevakt på kvelds- og nattetid samt søn- og helgedager. Denne drives overveiende av yngre leger uten egen praksis. Hovedparten av de eldre leger eier selv sine kontorer. Yngre leger derimot leier ofte kontorene i fellesskap og har arbeidstid på

For å oppnå begge mål i behandling av søvnforstyrrelser

Halcion®

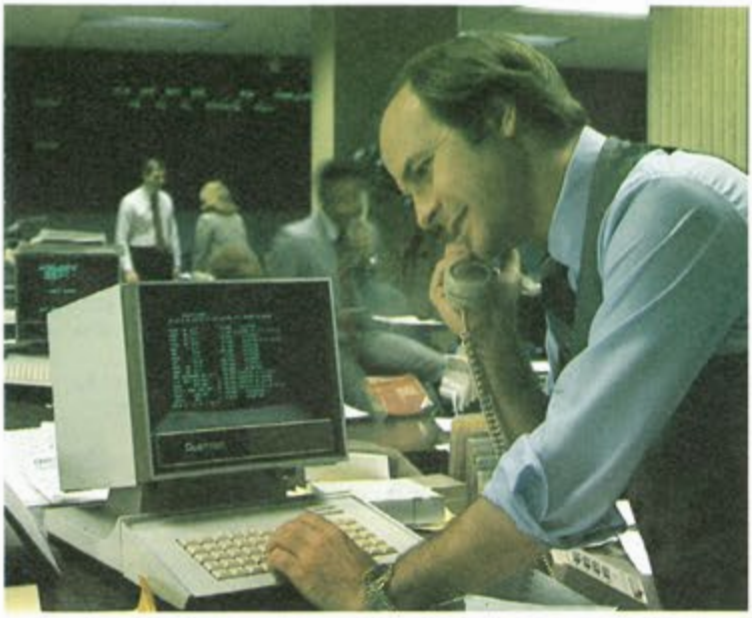
(triazolam)

MÅL 1 = Kort innsovningstid og bedre søvnkvalitet *

For nærmere opplysninger se Felleskatalogen

* »Preparatkort HALCION« Nytt fra Statens Legemiddelkontroll 15. sept. 1983

MÅL 2 = Pasienten opplagt neste dag *



PRODUCT OF Upjohn CNS RESEARCH

Registrert varemerke: HALCION

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

forskjellige tider for å nedsette utgiftene.

Svært få leger har sykepleier til hjelp, og arbeidet som sekretær blir ofte utført av et familiemedlem. Gruppepraksis eksisterer nesten ikke.

Utstyret til legepraksis varierer betydelig og avhenger av legens interesser, utdannelse, økonomiske muligheter og stedet hvor han arbeider.

En legeklinikk skal ha åpent for pasienter 5 dager i uken, og åpningstiden skal svare til pasienttallet.

Almenpraktikeren står til rådighet for pasientene mellom kl. 08.00 og kl. 20.00 og tar vanligvis hjemmebesøk før kl 10.00 om formiddagen. Hvis hjemmebesøkene har karakter av øyeblikkelig hjelp, blir det også utført etter dette tidspunkt.

Mye tid brukes på attester, som det er et stort behov for, samt til reseptfornyelse for å gjennomgå flere behandlingsserier.

Legen kan kun foreskrive 3 enheter av en medisin av gangen. En enhet er her et glass, en boks eller en tube. Av antibiotika til injeksjon kan maksimalt foreskrives 8 ampuller.

Innenfor det siste år har bestrebelsene på å frita visse grupper borgere for egenbehandling (kronisk syke, uføre og fattige) skapt ytterligere byråkratiske problemer for legene.

Før den nye lovs ikrafttredelse kunne legene ha mer enn 1.800 pasienter på sine lister. I slike tilfeller kunne de da enten "avgi" de overskytende pasienter eller få en amanuensislege i praksis. Imidlertid har disse tiltak ikke stimulert dannelsen av gruppepraksis som man hadde håpet.

Økonomiske forhold

For hver listepasient får legen et årlig beløp avhengig av sin egen ansiennitet og pasientenes alder. Hertil kommer faste tillegg som skal kompensere for forskjellige driftsutgifter. Beskatningen er høy og ligger på omtrent 50% for leger med mange pasienter.

Legene forsikres i en nasjonal legeforsikringsinstitusjon, som er et selvstyrende institutt, kontrollert av arbeidsministeriet og hvor så vel legene som det offentlige helsevesen innbetaler premier.

Spesialister og hospitaler

De italienske spesialister med avtale kan være enten interne, dvs. arbeider i USL's poliklinikker - eller eksterne, dvs. de arbeider i sine egne konsultasjonslokaler.

Pasientene, med henvisning fra sin lege, kan fritt velge spesialisten blant de eksterne og interne spesialister.

I tillegg til disse finnes også de legene som arbeider full tid i sykehus og som ut over sin dette kan ta pasiener i behandling ved et av de eksterne poliklinikker - og for pasientens regning.

Primærlegen skriver en særlig henvisning til spesialisten. Spesialisten undersøker pasienten, skriver da et brev med sin vurdering og sine råd. Primærlegen starter heretter behandlingen.

Primærlegen kan etter innleggelsen på sykehus besøke sine pasienter og diskutere tilfellet med sykehuskollegaene, men tar ikke direkte del i behandlingen under innleggelsen.

Når pasienten utskrives sender de fleste avdelinger en epikrise til primærlegen med resultat av undersøkelser og behandlinger samt råd for videre behandling.

Utdannelse og etterutdannelse

Primærlegen kan etterutdanne seg presis som han kan og vil - med hjelp av de tidsskrifter som den farmasøytiske industri sender ut, de tidsskriter han selv abonnerer på, ved å anskaffe seg lærebøker og ved kollegiale møter.

Mange legeforeninger organiserer periodiske etterutdannelsekurser som kan være finansiert av den farmasøytiske industri og med deltagelse av framstående spesialister fra sykehustjenesten. Sant og si er disse kurser lite besøkt.

Den farmasøytiske industri organiserer mange møter og symposier for å holde legene a jour og inviterer der også framstående professorer og sykehusspesialister.

Ved det italienske universitetet finnes det ikke lærerstoler i almenmedisin - og almenmedisin er heller ikke noe spesiale.

Etterutdannelsen er ikke systematisert, men den italienske regjering forbereder seg på å få den i fastere rammer i følge anbefaling fra EF's medlemsstater.

Det italienske selskap for almenmedisin har organisert etterutdannelseskurser etter moderne prinsipper, og disse kurser gjennomføres på basis av aktiv deltakelse i mindre grupper.

Konklusjoner

Almenmedisinen i Italia er inne i en vanskelig tid.

De vanskelige økonomiske vilkår frister regjeringen til å søke betenkelige løsninger som f.eks. på å privatisere familielegen og kun understøtte økonomisk de forebyggende aktiviteter.

Situasjonen er politisk usikker, preget av overskuddet av leger og mangelen på klarhet.

Vårt selskap anser almenmedisin som et nødvendig ledd i en moderne helseorganisasjon, og vi krever både kvalitet og rimelig økonomiske vilkår, - men ikke alle politikerne er overbevist om dette.

Helsevesenet i Italia er i disse år dominert av mange ideologier og lite pragmatisme.

I dag merker vi konsekvensene av dette■

Case-finding i e

Et eksempel på selvkontroll med hensyn til oppsporing av høyt BT.

Ernst Horgen
kommunelege I, Fedje

Ernst H. er cand.med fra Bergen 1979. Han har turnus fra Diakonissehjemmets sykehus i Bergen og Øygarden. Etter 1 1/2 år som sivilarbeider i Førde har han vært enelege og kommunelege I i Fedje.

§ 3 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten krever at "alle som yter helsetjenester fører kontroll med sin egen virksomhet" (11). Som eksempel på selvkontroll i almenpraksis omtales en retrospektiv journalgjennomgang av case-finding med hensyn på høyt blodtrykk. Selve journalgjennomgangen var enkelt å utføre og tok kort tid (noe over 1 time).

Undersøkelsen viser at bare 51% av befolkningen i aldersgruppen 40 til 49 år har fått målt sitt blodtrykk hos primærlegen til tross for at 90% av denne gruppen har vært til konsultasjon hos legen de siste 5 årene. For å stimulere til at case-finding blir foretatt oftere i almenpraksis, blir det foreslått oversiktsark, økonomisk godtgjørelse, delegasjon til kontorsykepleier og et fast lege-pasient-forhold.

Innledning

Spørsmålet om kvalitet i almenpraksis har i de senere årene blitt et stadig mer aktuelt og nødvendig tema. Det finnes mange måter å oppnå kvalitetsforbedring, og en kommer ikke utenom selvkontroll. Det kan bl.a. skje ved hjelp av:

årsrapport/årsplan

etterutdanning

forskning

litterturstudier

praksisbytte

ressursbruksanalyse

diskusjonsgruppe

brukerundersøkelse

undersøkelsesprogram

behandlingsprogram

Retrospektiv journalgjennomgang er et annet eksempel på selvkontroll og er benyttet i denne undersøkelsen.

Artikkelen omtaler en vurdering av hvor ofte en har målt BT i en liten legepraksis, og arbeidet sammenlignes med arbeidsform, målsettinger og begrensede litterturstudier.

Det gies forslag til endringer.

Arbeidsform

Det er påvist store variasjoner i hvordan den enkelte praksis drives, og den viktigste variabel synes å være legene (1). For å få vite mer om egen praksis, valgte jeg å se på hvordan case-finding fungerer med hensyn til høyt BT.

Jeg driver enlegepraksis i et lite distrikt med 800 innbyggere og relativt stor avstand til annen lege. Dette betyr at pasientene i realiteten har bare en lege å gå til.

Et solodistrikt mangler også noe av den kontroll som kolleger representerer. Dette øker kravet til egenkontroll.

Kontorlokalene er begrensede i forhold til at de skal inneholde alle funksjoner i et distrikt. Rommet hvor konsultasjonene foregår, inneholder en god del teknisk-medisinsk utstyr, bl.a. BT-apparatet. For å unngå at f.eks. psykososiale problemstillinger forstyrres av vektlegging på bruk av teknisk-medisinsk utstyr, har det vært nødvendig med en bevisst varsomhet i bruken. Dette kan føre til for lav bruk av en del av dette utstyret, og det kan være uheldig for oppdagelsen av blant annet

n almenpraksis

høyt blodtrykk. Dette øker kravet om egenkontroll på dette området. Hva skal denne selvkontrollen ta stilling til:

1) Det bør være lett å finne frem i jourunalen for slik selvkontroll.

2) Over 90% av befolkningen i aktuell aldersgrupe bør ha vært hos lege de siste fem årene (2).

3) Flest mulig (>80%) av de som har vært hos lege de siste fem årene, bør ha fått målt sitt BT en gang (3).

4) 5-8% av befolkningen i aldersgruppen 40 til 49 år bør ha fått påvist for høyt BT (3,10)

5) Utstyret bør være av god kvalitet (4).

Metode

Det er forut for selvkontrollen utført litterturstudier ved gjennomgang av lærebøker og oppsamlede artikler.

For to år siden ble det kjøpt inn mansjetter i ulike bredder. Det viste seg etter kort tid at det var sjelden en byttet mansjett å tråd med variasjonene i armtykkelse. Av den grunn brukes nå Tricuff (5) med aneroidmanometer. Aneroidmanometer er blitt testet og sammenlignet med kvikksølvmanometer (6). Kontrollen var tilfredsstillende.

Hovedmaterialet består i en retrospektiv studie av innholdet i journalene for pasienter i alderen 40 til 49 år. Det målte BT ble også vurdert i forhold til utarbeidet standard for primærhelsetjenesten (7).

Journalene er håndskrevne i A5-format med løsarksystem.

Funn: Den samlede tidbruken for gjennomgang av journalene for å finne om BT var målt siste fem årene var overraskende kort (litt over 1 time for 70 jorunaler).

I aktuell aldersgruppe hadde vi 70 journaler. Av dises var 34 kvinner og 36 menn.

63 (90%) av disse hadde vært hos sin primærlege siste 5 årene.

Av de som hadde vært hos primærlege siste fem årene, hadde 38 (60%) en BT-verdi som var anført i journalpapirene. 32 (51%) hadde fått målt sitt BT hos primærlegen mens 6 av BT-verdiene var angitt i epikriser fra spesialister/sykehus.

Av totalpopulasjonen på 70 personer hadde altså 54% et BT-mål som er registrert i primærlegejournalen.

Det var påvist høyt BT hos 4 pasienter (6% av totalpopulasjonen).

Diskusjon

Håndskrevne A5-journaler blir i det lange løp ofte lite oversiktlige og til dels mangelfulle. BT-resultatene er derimot lette å hente frem visuelt, og denne evalueringen var enkel og tok kort tid. Journalen er nå klart definert som et rettsdokument, og dette kan føre til at det blir skrevet mer enn det som medisinsk er nødvendig i en primærmedisinsk journal. Det blir nå langt vanskeligere å nøye seg med korte, konsise uttrykk. Journalen vil få mye til felles med sykehusjournalen. For å sikre muligheter til egenkontroll, finnes der ulike forslag til oversiktsark (8). Noen vil fremheve EDB-journalen i denne sammenheng, men da må man være svært nøye med hvordan data foretar case-findingoppgaver, kan dette føre til en uheldig vridning av konsultasjonen. Det hadde vært mulig å måle BT hos 90% av denne viktige aldersgruppen, og da bør man trass i anførte innvendinger, se på 54% som et dårlig resultat.

Noen vil påstå at en kan øke case-finding i almenpraksis dersom det finnes økonomisk stimulering til dette. Det kan skje i form av egne takster for case-finding eller at kommuner med fastlønnsleger får øket driftstilskudd om det drives case-finding.

Det er påvist høyt BT hos 6% i denne aldersgruppen. Resultatet synes rimelig, men en skal være varsom med tolkning da variasjonsbredden er relativt stor og gruppen som vurderes, er liten.

Sammenfatning og anbefalinger

Forutsatt at en bruker en eller annen form for oversiktsark, kan selv den håndskrevne lille A5-journalen brukes som et hjelpemiddel i evaluering av en praksis uten stor tidsbruk. Det krever ikke investering i kostbart EDB-utstyr.

Størstedelen av befolkningen har vært hos primærlege i løpet av fem år. Dette skulle gi godt grunnlag for case-finding.

Dersom samfunnet ønsker å prioritere case-finding som en del av den almenmedisinske hverdag, bør dette dekkes økonomisk i form av økt fastlønnslegetilskudd til kommunen og egne takster for slike case-findingsprosedyrer til driftstilskuddslegene.

For å unngå at case-finding "forstyrrer" konsultasjonsarbeidet, bør noe av det kunne utføres av hjelpepersonell ved kontoret. Dette kan bidra til at legens eventuelle motforestillinger ikke fører til for lav case-findingaktivitet. Ved vårt kontor vil arbeidet delvis kunne utføres av sykepleier mens pasienten venter på å slippe inn til legen.

Når man finner en så lav case-finding som omtalt i artikkelen, må man vurdere målrettede tiltak. Dette kan bestå i at man strukturerer case-findingsystemet

bedre (9) og bruker journalen som instrument for utvelgelse. Det vil ta kort tid å gå gjennom journalene i vårt kartotek, og det vil bli utarbeidet et oversiktsark som tar hensyn til case-findingsarbeidet.

En forutsetning for å kunne generalisere disse vurderingene til å gjelde andre praksiser, er at det arbeides målrettet mot et fastere lege-pasientforhold i Norge■

Litteratur

1) Rutle O, Forsen L. Almenpraksis - tema med variasjoner. Ein analyse av årsakene til ulike arbeidsmåtar i primærlegetenesta. SIFF-Gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 8. 1984.

2) Stauning J Aa et al. Generelle helberedsundersøkelser. Practicus nov. 1984 (Særnummer).

3) Hall J A, Audit for screening for hypertension in general practice.- Journal of RCGP, nr. 5 1985; 243

4) Holmen J. Degeneratio sphygmomanometrii - en underdiagnostisert tilstand? Tidsskrift Nor Lægefor. 1983;22;1530-3

5) Hagelund B. Ny blodtrykksmetare. Allmanmedicin nr 3 1985; 105

6) Larsson B. Blodtryksmetare av aneroidmanometertyp - tilförtliga eller ej. Almanmedicin nr.3 1985; 136

7) Waaler H Th et al. Blodtrykksplansjen. Tidsskr. Nor Lægefor. 1985;5:283-6

8) Floyd CB, White DH. A medical record folder for the Lloyd George envelope. Journal of RCGP nr. 1 1986; 19-20

9) Siem H. Prosjektet helsekontroller i Troms. Utposten. 1983;4,16-7

10) Lilleholt O. Hypertensjon i Rindal. Utposten nr. 4 1986; 120-1

11) Iversen J.H. Lov om Statlig tilsyn med helsetjenesten. Utposten nr.8 1985; 8:233-6.

Til slutt en takk til:

Prof. dr. med. Even Lærum som har gitt veiledning ved utarbeidelse av artikkelen.

Metoder i geriatrisk forskning

Kurs 14.-15.9.87

Kurset er beregnet på leger med interesse for forskning vedrørende eldre mennesker, f.eks. innen geriatri/gerontologi, indremedisin, samfunnsmedisin, allmennmedisin, psykiatri, kirurgi og nevrologi.

Sted: Auditoriet, Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus.

Kursavgift: Kr. 450,-

.

Kurset er beregnet på 30 deltakere, påmelding til Ida Hydle innen 15. august 1987. evt. forespørsler v/Elisabeth Nordheim, tlf. 461870, linje 8640.

Kursledere: Assistentlege Ida Hydle og førsteamanuensis Otto Chr. Rø, Geratrisk avdeling, Ullevål sykehus.

Det søkes om at kurset godkjennes som 11 timer i spesialutdanning innen geratri, indremedisin, allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Mandag 14. september:

0900-0915: Orientering

0915-1000: Innledning v/Otto Chr. Rø/Ida Hydle

1000-1045: Omsorgen om åldrande i historisk perspektiv. Professor Birgitta Oden, Lunds Universitets historiska institution

1115-1200: Grunnforskning i geriatrien - aktuelle områder og prosjekter. Professor Hans Prydz. Institutt for medisinsk forskning, Rikshospitalet, Oslo

1300-1345: Epidemiologiske utfordringer Forskningssjef Hans Waaler, Statens institutt for folkehelse. Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo

1400-1500: Helsetjenesteforskning/aksjonsforskning. Førsteamanuensis Otto Chr. Rø. Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus. Professor Max Elden, Institutt for organisasjon og arbeidslivsvitenskap

1530-1615: Omsorgsforskning. Førstelektor Kari Wærness. Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

Tirsdag 15. september

0900-0945: Klinisk forskning. Prøfessor Gudbrand Fossan. Diakonissehuset, Haraldsplass, Bergen, Professor Knut Laake, Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus

1015-1100: Kvalitative metoder. Assistentlege Ida Hydle, Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus

1130-1315: Gruppediskusjon om egne prosjekter

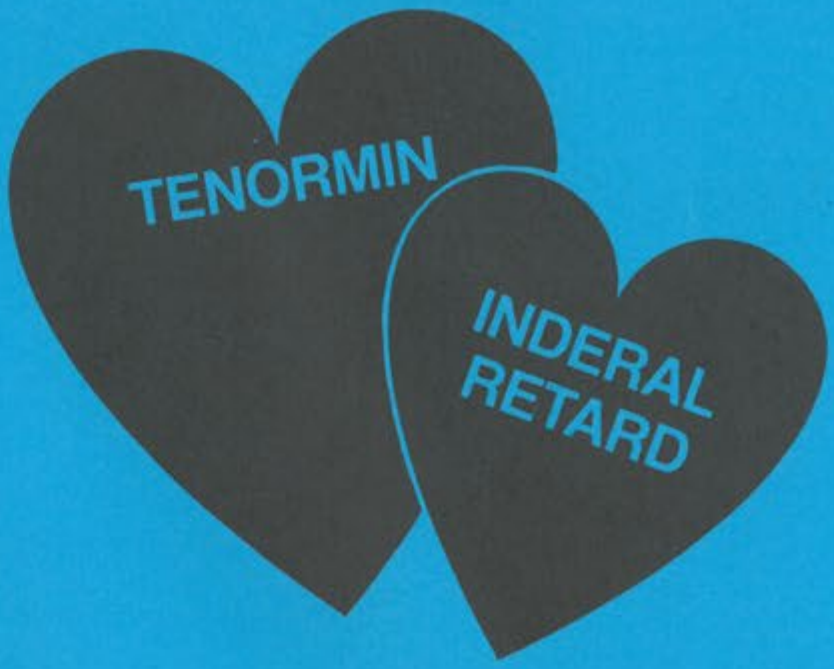
1415-1500: Oppbygging og styrking av et forskningsfelt: Ansvar og organisering, eksempler fra allmennmedisin og psykiatri. Førsteamanuensis Dag Bruusgaard, Institutt for almenmedisin, Oslo, Professor Per Waglum, Institutt for adferdsfag

1500-1545: Diskusjon, evaluering, oppsummering.

Ellers er det lagt inn rikelig tid for diskusjoner underveis.

Det finnes to betablokkerere...

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



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

ICI

For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

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 parametre 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 doxycycline 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.*