

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1987

ARGANG 16



KÅRE HUSE 1987.

HIPPOKRATES TIL ASCLEPIOS: LOVA VERE JULES ROMAINS OG OLAV THORSEN !!! VI ER
VISST FRAMLEIS I LIVE.

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG
SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 65217
Tlf. priv. 073. 65125

Frøde Helan
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31100
Tlf. priv. 073. 31437

Oystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55036
Tlf. priv. 072. 51088

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96361
Tlf. priv. 072. 96387

Abonnement: Kr. 110,- pr. år. Enkeltnummer kr. 20,- Layout: Uiset form & profil. Trykk: Orkla Grafiske a.s., 7300 Orkanger.

Oppmerksomme lesere vil i toppen av denne side legge merke til en forandring. Magne Nylenna står ikke lenger som medlem av redaksjonen, og alle kjenner vel også grunnen: Magne N. er tiltrådt som redaktør av "Tidsskriftet". Sjøl om hans i navnet altså er ute av redaksjonen, er han naturligvis fortsatt en del av Utpostens ånd og særpreg også i de resterende utgavene dette året. Resten av redaksjonen Magne N. lykke til med den store oppgaven han er gått i gang med.

Denne utgaven av Utposten er preget av vinnerbidrag til essaykonkurransen. Dessuten har vi samlet flere artikler som går på daglig praksisadministrasjon og pasientenes tilfredshet med legekontoret. Alt i alt er bidragene i denne utgaven noe mer massive enn det som har vært vår stil til nå, men her er mye interessant og viktig stoff. Men det tør heller ikke i denne utgaven være altfor vanskelig å finne fram bidrag preget av sterkere krydder. Vel bekomme!



Nr 6, 1987 INNHold:

UTPOSTENS ESSAYPRIS 1987 s. 230

Olav Thorsen:
Dr. Knock 1987 — eller legekunstens
seier! s. 231

Anne Luise Kirkengen:
Aide memoire s. 234

Oddfrid Løvdaal:
«Dansen rundt reseptblokk» s. 239

Lov om værplan i kommunane s. 244

Kjell Conradi:
Telefonbruk ved legekontor s. 246

Geir Clausen:
Praksisregistrering Hammerfest lege-
stasjon s. 251

Kjell Nordby:
13 spørsmål om tilgjengelighet og til-
fredshet s. 256

Lisbet Bugge:
Belastningsykdommer i allmenn-
praksis, Soria Mona 30/3-1/4 1987 s. 261

Kirsti Malterud:
Kvinnens helse på menns premisser
—igjen — og igjen s. 266

Prislapp på kommunelegestillinger?

Dels gjennom referater fra OLL's styremøter, dels ved munn-til-øre metoden, har jeg de siste månedene fulgt en spesiell sak med stigende forbløffelse. Det er en sak som er viktig og angår alle i allmennpraksis og alle kommuneleger. Av hensyn til dem som ikke har adgang til de samme informasjonskanaler som meg, ønsker jeg å trekke denne saka fram på denne plassen.

Kommunelege PN i kombinert stilling som kommunelege I og helserådsordfører fratrådte sin stilling i M. kommune for et par år sia og ble etterfulgt av KR. Under henvisning til pkt 2.3.3 i "Overenskomster mellom mellom Staten, Norske Kommuners Sentralforbund og Den norske lægeforening vedrørende leger ansatt i kommunehelsetjenesten og privatpraktiserende almenleger og spesialister" gjeldende fra Den Store Dag, 1.4.84, anmodet PN noen måneder senere om å få utbetalt en såkalt "godtgjøring for opparbeidet praksis" på ca. 17% av gjennomsnittlig trygdekasse-refusjon de siste 3 år, i dette tilfellet ca. 40-50000 kroner. Denne konkrete saka har vært gjennom alle aktuelle instanser, legeföreninga, OLL og Helse-direktoratet. Alle er enige om at PN's krav er rettmessig i forhold til ordlyden i gjeldende avtale. Ved første gangs behandling protesterte riktignok OLL's styre, men etter finlesning, trolig sammen med legeföreningas jurister, støtter også de PN's krav. Av forskjellige grunner vil denne saka vel også bli prøvet for sivil rettsinstans, så det siste ord er ikke sagt.

For min del betrakter jeg PN og KR som mine gode venner, og det

følgende er ikke uttrykk for et standpunkt i den konkrete saka, men gjelder det prinsippet.

Altså: I følge avtalen skal kommuneleger i kombinert stilling betale inntil 17% av gjennomsnittet av trygderefusjonen siste 3 år til sin forgjenger når de tiltrer i ny stilling.

Vi har her beveget oss inn i et fullstendig nytt farvann i norsk distriktshelsetjeneste! En vil tro at avtalen tok sikte på å ordne forholda omkring overdragelse av praksiser med kommunalt driftstilskudd, men det er altså ikke gjort unntak for kommuneleger i kombinert stilling. Jeg ønsker å tro at dette er en for-glemmelse.

Denne avtalen har vel har gått nokså upåaktet hen inntil denne konkrete saka kom opp. Eller er det blitt slik at kolleger etter 1984 stilltende har betalt "overgangssumme"? Det er i så fall en absurd praksis. Disse legene er ledd i en historisk kjede av kolleger som ofte arbeider i en monopolsituasjon i sin kommune. "Godtgjøring for opparbeidet praksis" har ingen mening i forhold til disse stillingene. Mange av dem har vel vært både opp- og nedarbeidet gjennom 100 år.

Dersom denne avtalen ikke blir endret kan en øyne følgende uheldige konsekvenser:

1. Det forebyggende arbeidet vil lide, i alle fall de siste tre år før en lege planlegger å forlate stillinga. Da vil det være fordelaktig å drive mest mulig kurativ virksomhet. Her vil en kunne komme inn i onde sirkler fra legebytte til legebytte.

2. Når flere kommuneleger i kombinert stilling arbeider sammen i

samme legesenter vil det kunne oppstå vanskelige konflikter omkring fordeling av tid mellom forebyggende og kurativt arbeide.

3. Det vil kunne oppstå rekrutteringsproblemer. Unge kolleger vil kunne få problemer med å reise kapital til å kjøpe seg inn i en kommunelegestilling.

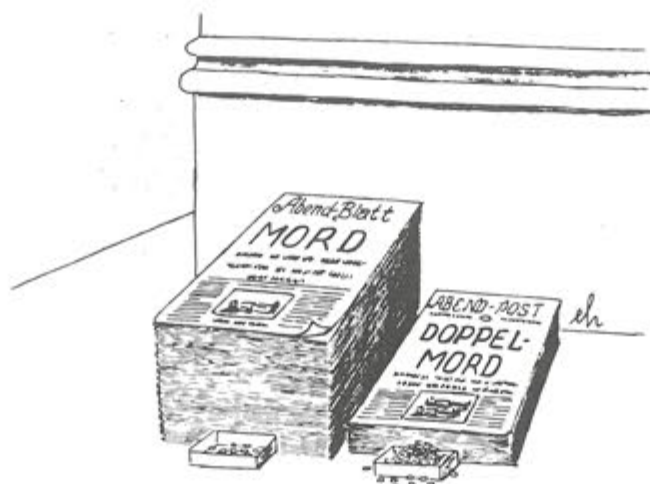
4. Skal kommunelegestillingene utlyses med "prislapp" i Tidsskriftet?

5. For kommunene, som nå er arbeidsgivere, må det da bli en uhyre forstyrrende faktor og en unik situasjon at en gruppe arbeidstakere skal betale en høy pris for å bli tilsatt.

Det er ingen skam å snu! Partene må ved første høve se til å forandre denne avtalen. Det blir verre å rydde opp for hver kollega som nå betaler i forbindelse med tiltredelse i ny stilling. Hvem skal betale ut vedkommende om avtalen endres?

OLL må se sitt ansvar og ta initiativ i denne saka!

UTPOSTENS essaypris 1987



Juryens uttalelse

Juryen for Utpostens essaypris har mottatt fire manuskripter til bedømmelse.

Etter en totalvurdering av de innkomne manuskripter har juryen kommet til at ingen av bidragene fyller de krav som bør settes til en førstepris i denne konkurransen.

To av manuskriptene skiller seg imidlertid ut i positiv retning, og juryen vil på denne bakgrunn forslå at det utdeles to annenpriser til bidragene:

AIDE MEMOIRE som er en veldokumentert beskrivelse av et personlig utarbeidet system for forebyggende helsetiltak i almenpraksis. Ideen er god og juryen vil særlig fremheve det verdifulle i at slike erfaringer deles med andre.

DR. KNOCK 1987 - ELLER LEGEKUNSTENS SEIER som bygger på et fransk skuespill fra 1920-årene og som omhandler dilemmaet mellom

"aktiv" og "passiv" medisin og spenningen mellom begrepene sykdom og helse. I deler av manuskriptet fornemmes perspektivrike tanker og velformulerte meninger.

Begge disse manuskriptene omhandler aktuelle og sentrale emner i dagens kommunehelsetjeneste. Selv om ingen av manuskriptene i innhold og utforming fremstår som kandidater til en førstepris, utgjør de verdifulle og prisverdige bidrag til den almenmedisinske fagutvikling og -debatt.

KONKLUSJON: Juryen anbefaler at det i Utpostens essaykonkurranse 1987 ikke utdeles noen førstepris. Juryen anbefaler at det utdeles to annenpriser, hver på kr. 2500,- til manuskriptene Aide memoire og Dr. Knock 1987 - eller legeskunstens seier. Juryen er enstemmig.

Oslo/Bergen/Roverud 9. september 1987.

Eli Berg, Elise Klouman Bekken, Per Fugelli, Magne Nylenna



2. pris i UTPOSTENS essaykonkurranse 1987:

Dr. Knock 1987 - eller legekunstens seier!

□ Olav Thorsen



Olav T. er cand. med. fra Bergen 1976. Etter to år som distriktslege i Hammerfest har han fra 1980 arbeidet som bydelslege i kommunalt legesenter i Stavanger. Med almenpraktikerstipend deltok han i Kvernvikundersøkelsen i 1985-86.

I 1923 utga den franske Jules Romaines skuespillet "Knock ou le triomphe de la médecine". Stykket ble en suksess og ble senere også filmet. Og Romaines ble medlem av l'Académie française. Etter å ha lest denne komedien på nytt, har jeg funnet at den fortsatt er både interessant og aktuell idag. Stykket ble oversatt til dansk i 1941, og er såvidt jeg vet ikke utgitt på norsk. Jeg vil derfor først kort presenteres handlingen i skuespillet.

I første akt møter vi dr. Parapalaid, som er i ferd med å forlate landsbyen Saint-Maurice, hvor han har jobbet i mange år. Sammen med sin hustru skal han slå seg ned i storbyen Lyon for å starte en bypraksis, noe han lenge har drømt om. Dr. Knock, nyutdannet lege skal overta etter ham. Men det Knock får høre er ikke bare opploftende. Parapalaid forteller nemlig at folk i landsbyen stort sett holder seg friske, og blir de først syke, så får de gjerne så alvorlige sykdommer at de dør av det. Betaling fra pasientene får han kun en gang i året, av dem han har behandlet i denne tiden. Og selv om folk i distriktet er rike, så er de fleste gjerrige. Knock begynner å få kalde føtter. Et helt år uten betaling. Selv om han overtar praksisen for en slikk og ingenting, hvordan overleve? Knock begynner å legge planer.

Den lille landsbyen har tre tusen innbyggere, hele kommunen det dobbelte. Så snart Knock kommer frem tilkaller han utroperen i landsbyen. Denne får beskjed om å komme med følgende opprop til befolkningen: "Dr. Knock hilser befolkningen i Saint-Maurice, og har den ære å tilby gratis konsultasjon hver mandag klokken 9.30-12.30 for å bekjempe de nye sykdommene som har hjemsokt distriktet den senere tiden. Folk fra andre kommuner må betale vanlig honorar!" Deretter tar Knock kontakt med skolens rektor for å få igang et samarbeid om helse- og sykdomsopplysning. Spesielt må det undervises i alvorlige sykdommer, og hvorledes disse kan gi de forskjellige symptomer. Selv bagatellmessige plager kan være symptom på alvorlig sykdom!

Den neste Knock snakker med er apotekeren i landsbyen. Av denne får han vite at gamle dr. Parapalaid nesten ikke benyttet seg av apotekets varer. Og dersom han skrev ut en resept, var det gjerne på de billigste medisiner man kunne få! Hvordan skulle folk kunne få tiltro til en lege som tok så lett på deres plager? Knock kan love apotekeren det beste samarbeid, enhver pasient skal også være apotekets faste kunde!

Mandagen starter med fullt venteværelse. Den første pasienten er

en rik bondekone som lider av tretthet. På tross av at hun er i godt hold klager hun over dårlig matlyst. I tillegg er hun plaget med forstoppelse, og må helst ta det med ro. Knock forespiller henne langvarig og kostbar utredning og behandling, men kan intet love når det gjelder utfallet. Diagnose og prognose er det for tidlig å si noe om. Damen innser at hun trenger hjelp.

Også neste pasient er en dame, som på tross av sin rikdom benytter seg av tilbudet om en gratis konsultasjon. Hun lider av søvnløst. Da hun oppsøkte dr. Parapalaïd for dette, fikk hun det råd å lese en kjedelig bok på sengen. At det går an å spøke med folks plager på den måten! I følge Knock kan søvnløshet være et symptom på intracerebral sirkulasjonssvikt. Det kan ta lang tid, og koste mange penger å utrede og behandle dette. Er hun villig til det? Selvfølgelig. Har hun noe valg?

Deretter møter vi to unge gutter, som benytter seg av gratis-tilbudet for å få seg en god latter på legens bekostning, tror de. Men Knock får snart snudd situasjonen til egen fordel. Og guttene og befolkningen får oppleve at medisinen er ikke noe man spøker med. Ingen skal kunne følge seg trygge på at ikke også de går rundt med en alvorlig sykdom i kroppen, som bare legevitenskapen kan oppdage!

I tredje akt møter vi igjen dr. Parapalaïd, som er på snarvisitt i landsbyen for å se hvordan det går. Tre måneder er gått siden han forlot distriktet. Han ønsker å ta inn på hotellet, men hva er skjedd? Hotellet er omgjort til sykehotell for å huse alle dem som er i behandling hos dr. Knock. Folk kommer langveisfra for å la seg undersøke og behandle. Og Knock er opptatt fra morgen til kveld. Alle i landsbyen er involvert i aktiviteten, som behandlere eller pasienter eller begge deler. Og pengene strømmer inn! De fattige slipper å betale, selvsagt. Knock viser Parapalaïd kurvene for aktiviteten. Fra bare 10 konsultasjoner per uke, har tallet steget til 150 mens antallet pasienter under behandling i hjemmet eller på sykehotellet ligger på 250. Og folk må betale etter evne. Mye av arbeidet har gått med til å finne ut hva folk egentlig tjener. For det vet selvsagt ikke ligningskontoret!

Knock forteller Parapalaïd om sine ideer. "Min oppgave er å føre befolkningen inn i den medisinske

eksistens. Jeg legger dem til sengs og venter på det som måtte dukke opp: tuberkulose, nevropati, arteriosclerose, hva som helst. Intet opprører meg mer enn en frisk person!" "Men," innvender Parapalaïd, "dersom denne metoden blir vanlig, vil det legge en demper på andre sosiale aktiviteter, som tross alt også er interessante?" "Det angår ikke meg. Jeg er medisiner," svarer Knock. Og Parapalaïd legger til: "Det er sant, når ingeniøren skal lage en jernbane, bryr han seg ikke med å spørre hva legen syns."

Stykket ender med at Parapalaïd foreslår for Knock at de to bytter praksis. Når folk får greie på dette blir de rasende. De vil ikke ha gamle-doktoren igjen! Befolkningen er ført inn i den medisinske eksistens, og ønsker å bli der. Legekunsten har seiret!. Eller har den det?

Å lese Knock er på mange måter som å oppleve en profeti over vår moderne medisin i dag. I Knocks tanker og ideer møter vi mange av de samme forestillinger om mennesker, helse og sykdom som reklame og propaganda for dagens medisinske tilbud serverer befolkningen. Jo flere undersøkelser, jo oftere disse foretas og jo dyrere og mere sofistikerte disse er, desto friskere blir vi. Ved å betale en medlemskontingent eller en forsikringspremie kan man kjøpe seg helse og sunnhet, eller i det minste den beste behandling dersom man skulle bli syk. I vår tekniske tidsalder imponeres man av de kostbare apparater med de vanskelige navn, som kan oppdage de sjeldne sykdommene som bare få har hørt om. Som den gang er det heller ikke idag vanskelig å få folk til å tro på nødvendigheten av gjentatte undersøkelser og prøver, eller den dyreste behandling som kan gis. Hva kan en stakkars "vanlig" lege stille opp imot subspecialistenes armentarium av subtile undersøkelser og hittil ikke registrerte nye preparater?

Er Knock bare en medisinsk sjarlatan som er ute etter å tjene mest mulig på folks uvitenhet og frykt for sykdom? Jeg tror ikke det. Knock er medisinnermannen som ser sitt fag løstrevet fra det hele, som ser det som sin oppgave å omfavne alt og alle i sin "medisinske" virkelighet eller eksistens. For Knock er yrkesstoltheten å spre den medisinske eksistens, som en ny tro i en ikke-troende befolkning. Knock kjemper som en general, som leder sine tropper i fientlig land, for å innføre den nye ordning. Han tar i bruk de mest



"Acupuncture may work for a while Mr Tidworth. Any quack treatment may work for a while. But only true scientific medical practice can keep a person alive forever."

moderne media, og sprer lærdommen der den gror best. Og han allierer seg med dem som kan tjene på virksomheten. Hvilket geni! Hvilken strateg!

Satt opp imot hverandre, blir legene Knock og Parpalaid som ytterpunkter på en linje som viser medisinenes tilnæringsmåte overfor en befolkning, den passivt avventende på den ene siden og den aktivt oppsøkende på den andre. Enkelte vil hevde at den ene eller andre ytterlighet er mere riktig enn den andre, alt etter hvilket syn man måtte ha på menneskene og sitt eget forhold til legerollen. Legen som deltaker eller tilskuer til det samfunn man lever i og de menneskene man møter er et stadig like aktuelt problem. Mange leger har i alle år sittet på sitt kontor på hjørnet og tatt imot de pasientene og problemene som kommer inn døren uten å tenke på mulighetene til å påvirke årsakene til at mennesker blir syke, eller minst av alt gjøre noe med det. Så lenge pasientene kommer og betaler for seg, så lenge man har til smør på skivene og salt i grøten (pluss litt til), så lenge man gjør en brukbar jobb som terapeut og hjelper folk med deres medisinske problemer, hva kan mer kreves av en "vanlig doktor"? Andre kan ikke tenke seg å bare stå der og se på alle som har falt i elven og holder på å drukne, men prøver å gjøre noe med årsaken til det, i stedet for å forsøke å redde dem som flyter forbi. Er det ene riktigere enn det annet? Hva er legens oppgave og rolle idag?

For de fleste av oss ligger sannheten et sted midt imellom disse ytterlighetene. De fleste vil ta avstand fra legen som den passivt avventende, som kun ser på sin oppgave som kurativ, og som ikke interesserer seg for og engasjerer seg i å forebygge sykdom hos dem han møter. På den annen side ønsker de færreste av oss et samfunn hvor ansvaret for egen helse overtas av medisinsk personell eller institusjoner, som innkaller og kontrollerer og behandler menneskene på en patriarkalsk måte. Også legene må kunne innse at livet har også andre kvaliteter enn helse, og at trivsel og livsglede ikke alltid kan forenes med den absolutt optimale fysiske velvære.

For meg reiser Knock også et annet viktig problem som det idag er nødvendig å tenke over. Kan vi i det hele tatt snakke om helse uten å snakke om sykdom? Er det mulig å oppdra menneskene til å ta bedre vare på seg selv, uten at man samtidig "truer" med

sykdom og elendighet? Er helse med andre ord et gode i seg selv, eller er det utelukkende en tilstand hvor sykdom ikke er tilstede? Selvsagt, vil de fleste si, har helse i seg selv en verdi. Men helse er også et temmelig relativt begrep, og for svært mange mennesker kan helsesituasjonen bedres betraktelig, på tross av at disse ikke lider av spesielle sykdommer. For andre igjen er sykdommen i høy grad tilstede, og allikevel kan både den subjektive følelsen av velvære og den målbare helsetilstand være god. Dette fører oss altså fra Knock med sin "medisinske virkelighet" preget av sykdomsopptatthet, via Paraplaide med sin "medisinske uvitenhet", hvor folk ikke var særlig opptatt hverken av sykdom eller helse videre til den "helseorienterte" virkelighet, hvor omsorgen for den enkeltes helse først og fremst hviler på en selv. Og kanskje er det nettopp der vi har feilet mest? Fortsatt vet de fleste leger adskillig mer om sykdom enn om helse. Fortsatt foreleses det ved alle medisinske læresteder nesten utelukkende om sykdom og hvordan sykdom oppstår, mens læren om å holde seg frisk blir overlatt til den enkelte leges erfaringer og interesse. Jeg tror at det i fremtiden vil bli stadig mer aktuelt for legene å ha lærdom om og kunne undervise i nettopp det å holde seg frisk. Ikke kun fordi en eventuell sykdom ikke kan behandles (som f.eks. AIDS), men fordi en god helse er et så stort gode i seg selv.

Må legene dermed selv gå rundt som levende bevis på hvordan folk bør leve? Som helsestruttende bevis på sine egne råd og vink omhvoreledes man bør leve for å leve lengst og friskest? Jeg vet ikke. Kanskje burde vi det for at folk skal kunne tro på oss. Kanskje er noen av oss redde for å bruke oss selv som eksempler eller forbilder for våre pasienter. Kanskje har mange pasienter bruk for nettopp det levende bevis for at det nytter å spise sunnere, trene oftere, slutte å røyke. Eller tror folk på legen som ikke selv klarer å kutte ut sigaretten? Dette er forhold vi vet lite om, som medisinstudiene ikke gir oss svar på. Kanskje er vi redde for å vite svaret?

Medisinen triumferer idag som aldri før. Snart later det til at alle sykdommer kan kureres, alle feil rettes, alle mangler bøtes på. Levealderen stiger, troen på det evigunge mennesket er levende mer enn noen gang. Hvor skal dette ende? Vil mennesket, som enkelte fremtidsforskere tror,

snart kunne bli to hundre år. Vil vi kunne skape evig liv? Ingen vet.

Som leger er det viktig at vi gir folk reelle, troverdige holdninger i spørsmål om helse og sykdom. Og samtidig må vi ikke glemme at livet er mer enn en god helse, at livskvalitet ikke bare er fravær av sykdom og lidelse. Et skuespill som Jules Romains' "Knock" bude vært en del av pensum i dagens legestudium ■



2. pris i UTPOSTENS essaykonkurranse 1987:



Aide men

□ Anne Luise Kirkengen □
allmennt praktiserende lege, Oslo



William Shakespeare visste hva som kunne temme troll – det var noe med kjærlighet. Cole Porter bygget på Shakespeare. "Troll kan temmes" ble til "Kiss me, Kate". Porter rådet den som ville imponere damene: Slå opp hos Shakespeare.

Det rådet står visst ved makt. Både her i landet og ellers i den vestlige verden ansees det som meget akseptabelt å sitere Shakespeare – dog helst ikke i utide. Til allmennt medisinere synes det meg på tide å si: Slå opp hos Ian McWhinney. Det kan anbefales å hente råd, veiledning og impulser hos denne kloke og erfarne almenmedisinere som godt kunne blitt litt av hvert annet, filosof f.eks. eller forfatter.

Slik prøver jeg å rettferdiggjøre det jeg gjorde: Jeg slo opp hos McWhinney og stjal! Ved lesing av kapittel 9 i hans bok "An Introduction to Family Medicine" (1) ble jeg betatt av klarheten i hans tanker om forebyggende medisin i almenpraksis. På side 133 fant jeg et skjema som passet til mine behov. Jeg hadde lenge ønsket meg innholdet av flere bind epidemiologi og statistikk på ett ark. Der var det. Det trøstet meg, at også McWhinney hadde lånt ideen. Der sto "adapted from Frame and Carlson, 1975" (2).

Nå hadde jeg en modell for en huskeliste. Det vi vet om prevalens, insidens, sensitivitet og spesifisitet – relatert til aldersgrupper – var her komprimert på en side. Med modellen som utgangspunkt laget jeg mitt eget manuskript for 3 aldersgrupper. Et trykkeri ga meg råd. Slik fikk jeg 3 sett med kort:

Grønt for alle mellom 16 og 39 år (I), rødt for alle mellom 40 og 74 år (II) og blått for alle over 75 år (III).

Kortene ble tatt i bruk. Hver pasient som kom etter 1. juli 1986 fikk "sitt" kort, påført navn og fødselsdato. Alderen ble markert og den dertil hørende vertikalen fortalte meg øyeblikkelig hva jeg burde være oppmerksom på i relasjon til alder og kjønn. I stikkordlisten til venstre tilføyde jeg personlige risikofaktorer (f.eks. far infarkt før 50, mor cancer mammae).

Ved hver konsultasjon prøvde jeg nå å ta hensyn til noen av stikkordene som derpå ble krysset av i pasientens aldersvertikale. Dertil forklarte jeg kort til pasienten hva dette kortet skulle tjene til. Responsen var udelte positiv.

Så leste jeg med glede en artikkel av E. Idris Williams (3). Han etterlyste et egnet redskap "for care with an eye to the future" som tillot å forene primær, sekundær og tertiær prevensjon med helseopplysning. Han spurte om en "aide memoire of items to check could be included in the patient's case notes for use at intervals". Det var jo det jeg hadde begynt med. Slik fant mine kort sitt navn: AIDE MEMOIRE

Hvorfor

Dagens leger drukner i arbeide. Befolkningens krav gjenspeiler en betydelig forandring i sykdomsoppfatning, helsebegrep og helseforventning gjennom de siste to til tre dekaner. Medisinens

noire

Samlede viten og erkjennelse øker overveldende raskt. Den fremhever stadig klarere behovet for helseopplysning og preventiv medisin. Med vår kurativt orienterte, tradisjonelle tilnærming til pasientens "bestilling" her og nå, befinner vi oss bak en magisk linje. Men slik kan vi aldri komme sykdomsutviklingen i forkjøpet. Medisineren som ligner en dyktig lappeskredder bør snart tilhøre fortiden. Selvsagt vil behovet for akutt hjelp aldri kunne avskaffes, der-til er mennesket laget av for skjøre materialer. Men primær og sekundær prevensjon må få vår les oppmerksomhet.

Harald Siem har belyst nytten av masseundersøkelser og screeningprogrammer. I boken "Masseundersøkelser og helsekontroller" foreslo han et kontrollprogram tilpasset de forskjellige aldersgruppers risiko for sykdom. (4). Her er alle alderstrinn tilgode-sett med undersøkelser. Deres prediktive verdi, validitet, repetisibilitet, praktiske anvendelighet både for pasienten og legen er støttet av mange års epidemiologisk forskning.

Men det er bevegelse i rekken av foreslåtte prøver og undersøkelser. Høsten 1986 bragte Tidsskrift for Den Norske Lægeforening flere artikler om Ortolanis prøve, den alment aksepterte screeningmetode på hofteleddsdysplasi hos nyfødte (5-9). Sammenligninger av flere kliniskers metodikk og resultater viste forbausende uoverenstemmelser. En lenge praktisert og anerkjent prøve holder ikke lengre mål. Den baserer seg på subjektiv vurdering og samstemmer

lite med funnene fra en nyere, objektiv metode.

Norges kvinner er opptatt av mammografi. Det samme er massemediene, fagtidsskrifter, legene, interessegrupper. Bør ringene i Harald Siems tabell, som betyr "under tvil" bli til sorte punkter, hvilket vil si "anbefales"? "Bør mammografi-screening innføres i Norge?" spurte O. Reiertsen og W. Reed i 1986 (10). Kirsti Malterud (11) hadde en rekke gode argumenter imot. Harald Siem, medlem av vurderingskomiteen, sa på et kurs i april 1986: "Vi velger foreløpig å sitte på gjerdet, og vi venter på bedre argumenter".

Hva sier McWhinney?

Pasienter kan tilordnes risiko-grupper på grunnlag av deres livssituasjon: Alder, kjønn, familier disposisjon, levemåte, bopel, sosio-økonomisk status. Store omveltninger i livet skaper en risiko for den berørtes helse, eksempelvis tap av ektefelle eller barn, skader og ulykker, yrkesrelaterte kriser.

Således slutter jeg: En metode som ikke tar hensyn til hele mennesket med sin "kontekst" eigner seg ikke som helsekontroll. En standardprosedyre, skåret over samme lest for alle voksne mennesker, kalt "årlig helsejekk", faller på sin mangel på struktur. McWhinney er helt nådeløs i sin dom: "The annual physical is an unscientific, imprecise and poorly thought-out strategy for applying modern knowledge of preventive medicine in family practice"! (utropstagnen er mitt).

Blodsukkerbestemmelser og EKG oppfattes av pasientene som viktige undersøkelser. Disse har ingen prediktiv verdi for henholdsvis diabetes mellitus eller hjertesykdom. Legen og pasienten bør heller bruke tid til viktige, men upopulære samtale-emner: alkohol- og sigarettkonsum. Magne Nylenna skrev om helseopplysning og dens effekt på en definert målgruppe. Norske leger, deres røkevaner og disse vaners betydning som forblide for befolkningen forøvrig ble kommentert. "Når det nå er vist at det virkelig lar seg gjøre å endre mentalitet og adferd blant norske leger i løpet av en overskuelig tidsperiode, er kanskje tiden inne for innsats også overfor andre riskofaktorer. Blir alkoholen den neste" (12).

Hva med pasientens "kontekst"?

Dag Bruusgaard, Per Fugelli,

Gunnar Tellnes (13) (14) (15) (16) har begynt å forme modeller som forener informasjon om personen med informasjon om dens levevilkår. Nærmiljødiagnosen er stikkordet. Den integrerer alle faktorer som påvirker et menneske, både innenfra og utenfra. Den gir innblikk, oversikt og forståelse. I Nesdalstind eller på Værøy og Røst kan man ha klare begrep om risiko-grupper ut i fra alder, kjønn, yrke, familiestatus, geografisk-klimatiske særtrekk og mere. Der kunne en aide memoire favne menneskenes levekår i videste forstand og være en hukommelsesstøtte i den jevnlige kontakt mellom kommunens borgere og leger. I storbyene derimot vil en mere generell epidemiologisk viten prege utformingen av undersøkelsesprotokollen, selvsagt komplettert med pasientens personlige risiko. En mor med brystkreft setter kvinnen i en riskogruppe. Flere aborter eller fødsler av store barn berettiger senere i livet rutinemessige undersøkelser på glycosuri. Pasienten over 40 år med polyposis coli i familieanamnesen bør screenes med rektal eksplorasjon og testing på okkult blod i avføringen med faste tidsintervaller.

Why do our patients see us?

spurte Magne Nylenna (17) og fant i en omfattende norsk undersøkelse at pasientens motiv for å søke lege i 64,9% av konsultasjonene var symptomer og plager. Pasienten kom med en bestilling, ikke sjelden flere samtidig. Betyr det at to tredjedeler av legens tid brukes til å finne årsakene til pasientens symptomer og plager? Den tredjedelen svelges av kontroller, attester, rutineundersøkelse? Og når skal vi få tid til forebyggende, personrettet helseveiledning og undersøkelse? En liten digresjon: som yrkesaktiv tobarnsmor er jeg vant til spørsmålet "men når får du tid til ..."

Mitt svar: "innimellom". Akkurat det, innimellom.

Med en aide memoire ville jeg kunne huske bedre hva som burde huskes om det menneske jeg snakker med mens jeg gjør det.

Hvilke prosedyrer, når og hos hvem?

Det grønne kortet (I) fokuserer blodtrykk, cytologisk endocervicalprøve, palpasjon av mammae og instruks i egenundersøkelse, røking, alkohol. Jeg mener å ha

biblioteker i ryggen for viktigheten og betydningen av de ovennevnte undersøkelser og spørsmål som screeningmetoder. Tidspunktene kan drøftes innen visse rammer. Frekvensen kan muligens tøyes. Så var det de ubehagelige spørsmål, de som berører det ankelte kaller privatliv, det som ikke skal angå legen. Røking pluss p-pille vil muligens motbevisse matematiske lover fordi en pluss en (sigaretter pluss pille) ikke blir to faremomenter, men kanskje fem. Ikke få unge kvinner med både sigarettpakken og pillesakken i sin veske får dype venetromboser. Kommer om 10-15 år?

Seksualitet - ikke av interesse for legen? Joda. Promiskuitet har betydning for cancerutvikling, chlamydiainfeksjoner har betydning for fertilitet (18). Svangerskap har sine egne faremomenter. Ifjor fikk vi et nytt helsekort for gravide som minner oss om det vi bør huske av somatiske forhold. Er kortet komplett? Der er prevalens av chlamydiainfeksjoner ikke tatt i betraktning (gravide under 20 år ca. 26%, gravide mellom 20 og 24 år ca. 9%).

De mulige komplikasjoner for det nyfødte barnet bør mane oss til oppmerksomhet. Salpingitt kan forhindre senere svangerskap. Alkoholens skadevirkninger i vårt samfunn, spesielt det høye forbruket blant unge, preger hver mandag avisens førsteside. De mere skjulte følger innen familie, yrke, ekteskap aner vi. Der står helse i massevis på spill.

Det røde kortet (II). Man kan strides om påvisningen av okkult blod i fæces er en relevant screeningmetode. Godt forberedt og nøyaktig gjennomført kan den fylle de krav som WHO stiller. J.F. Sangster gjennomgår utførlig metodens pro og kontra og konkluderer: "The faecal occult blood test satisfies the majority of the criteria and has the potential to satisfy the remainder. This test seems to be the most acceptable from the viewpoint of both, patient and physician" (19). Derimot er det full enighet om betydningen av rektal eksplorallasjon for diagnosen rectumcancer. Metoden er enkel og krever nesten ikke utstyr - og allikevel brukes den for lite. Medisinsk undervisning vektlegger den tydeligvis ikke nok, studentene oppfatter ikke verdien og legene glemmer den (20) (21).

Mammografiens verdi i aldersgruppen mellom 50 og 59 år er ikke McWhinney et øyeblikk i tvil

[illegible][illegible][illegible]

om. i Norge bør vi foreløpig screene høyrisikopasienter. I debatten om mammografi er det siste ordet neppe sagt.

Angående feilfunksjon av glandula thyreoidea finner vi en betydelig underdiagnostisering hos kvinner over 60 år. M. Falkenberg og B. Kågedal publiserte oppsiktsvekkende tall i sin undersøkelse, støttet av danske og tyske prevalensstudier (22). Hvis man tenker på hyppigheten av atrieflimmer ved hyperthyreose (21%) og dets betydning for mulige cerebrale insulter - så ser man langtidsperspektivet i betydningen av screening for thyreoideahormon.

Mitt røde kort mangler stikkordet "serumlipider" og det er en glipp av rang. Derfor tilføyes det hos alle menn - foreløpig. Hjermann og medarbeidere har i sin meget omtalte studie fra Oslo overbevisende dokumentert betydningen (23) og mange er kommet etter ham.

Det blå kortet (III): Her og på det røde kortet står ordet syn også for "trykk i øyet". Hos pasienter mellom 40 og 60 år bør man kanskje bære relaterte undersøkelser til kjent familiær belastning med glaucom. Over 70 år er situasjonen anderledes. Overlege Udnas sier: "Hos mennesker over 70 år er muligens måling av øyetrykket viktigere enn måling av blodtrykket. Konsekvensene av ubehandlet økt trykk i øyet kan være mere invalidiserende enn av ubehandlet økt blodtrykk. Jeg mener fremdeles at Schiotz tonometer er det beste instrument i almenpraksis, men da bør man øve seg minst en gang daglig." (24) Mc. Whinney mener: "In family practice there is no very satisfactory case-finding method. At present, tonometry is probably the only feasible method for routine use".

Eldre mennesker har sine egne risikofaktorer, selv om man aldri skal falle for fristelsen å betrakte de eldre som en homogen gruppe. Aldring og cancerutvikling bunner i de samme patologiske mekanismer, nemlig feil ved reduplikasjonen av DNA. Derfor opptrer alder og cancer hyppig sammen. Basocellulære carcinomer, vår hyppigste kreftform, finner man hos eldre på solesponerte hudflater.

Vi kjenner følgende risikofaktorer hos eldre mennesker: å være over 75 år, aleneboende, nylig blitt enslig, ha motorisk handicap, ha mentale forstyrrelser, være nylig utskrevet fra sykehus, ha tendens til isolasjon

(25). I de siste 20 år har man i over 60 studier ikke kunnet finne frem til en forbedret behandling av cerebrale insulter. Alle årsaksfaktorer bør belyses i de eldres anamneser, forebyggende tiltak er redningen. Diabetes mellitus og hypertensjon disponerer for arteriosclerose, denne disponerer sammen med høyt alkoholkonsum og atrieflimmer for cerebrale insulter.

Helt til slutt en kommentar til prostataundersøkelse. Benign prostatahypertrofi foreligger hos halvparten av menn over 50 år (Prof. Klevmark, Rikshospitalet) Hyperplasi og cancer kan forekomme samtidig. Ikke størrelsen, men konsistensen avgjør skadelig innvirkning på naboorganene. 4% av menn over 70 år har en hypertrofi over 100 g prostatavev. Denne størrelsen krever reseksjon. (26)

Howdan skal det gå videre?

Målsetningen er å forsyne alle journaler med kort tilsvarende pasientens alder. Da blir det farverikt i kartotekskuffene. Farven vil etterhvert assosieres med et bestemt sett spørsmål til pasienten, og vil få legens oppmerksomhet rettet mot en bestemt gruppe problemstillinger av høy relevans for den aldersgruppen pasienten tilhører. Kortet vil gjøre det vanskeligere å glemme undersøkelser hvis prediktive verdi og sensitivitet er tilfredsstillende. Da vil det være mulig å forene konsultasjonen for akut behov med tiltak av preventiv art. Pasientenes bestilling ivaretas, og den kompletteres med legens ønske om å ha "an eye into the future".

Gjennomført for alle aldersgrupper, også den fra minus ni måneder til 0 år, kan dette kortsettet bli et ypperlig redskap. Man har mye viten i komprimert form og i oversiktlig fremstilling rede. Det er nemlig uråd alltid å måtte slå opp hos Harald Siem for å minnes det man helst bør gjøre akkurat med den pasienten og på det alderstrinnet og da.

Min aide memoire har begynt å virke. Den har en misjon. Jeg synes det svarer seg å slå opp hos McWhinney ■

LITTERATUR

1. McWhinney I. An introduction to family medicine. Oxford, Oxford University Press 1981.

2. Frame PS, Carlson SJ. A

critical review of periodic health screening criteria. Part 4. J Fam Pract 1975; 2.

3. Idris WE. The evolution of anticipatory care for elderly patients. Family Practice 1986; 3: 49-53.

4. Siem H. Masseundersøkelser og helekontroller. Oslo. NAVF's Gruppe foru helsetjenesteforskning 2/79.

5. Gausel JG, Mjaaseth R. Kongenitt hofteleddsdysplasi i et sentralsykehus. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 2603-260.

6. Mjaaseth R, Gausel JG. Kongenitt hofteleddsdysplasi. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 2605-2606.

7. Stamnes O, Markestad T. Hofteleddslukasjon hos nyfødte. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 2607-2609.

8. Lagerløv P, Njå F. Er hofteleddundersøkelsen av nyfødte god nok? Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 2610-2612.

9. Mjaaseth R, Gausel JG. Kongenitt hofteleddsdysplasi og undersøkelser av riskogrupper. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 2613-2614.

10. Reiertsen O, Reed W. Bør mammografiscreening innføres i Norge? Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 1605-1607.

11. Malterud K. Fordeler og ulemper med mammografiscreening av friske kvinner. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 1608-1610.

12. Nylenna M, Leger og røyking. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106:2938.

13. Bruusgaard D. Nærmiljødiagnose i Nesdalstind kommune. Tidsskr Nor Lægefor 1986; 106: 2175-2177.

14. Bruusgaard D. Nærmiljø, et nødvendig redskap i almenmedisinen. Tidsskr Nor Lægefor 1985; 105: 1626-1628.

15. Fugelli P. Forebyggende helsearbeid i lokalsamfunnet. Et eksperiment. Tidsskr Nor Lægefor 1980; 100: 303-306.

16. Tellnes G. Medisinske beretninger fra Værøy og Røst. Lofotboka 1985.

17. Nylenna M. Why do our patients see us?. Scand J Prim Health Care 1985; 155-162.

18. Skjeldestad FE, Dalen A. The

prevalence of Chlamydia trachomatis in the cervix of puerperal women and its consequences for the outcome of pregnancy. Scand J Prim Health Care 1986; 4: 209-212.

19. Sanster JF. Prevention of cancer of the colon - A review of faecal occult blood screening. Family Practice 1986; 3: 259-265.

20. Hunskaar S. Medical students' experiences of rectal examination and occult blood test. Scand J Prim Health Care 1985; 3: 175-176.

21. Granlund OG. Index medicus - et forsømt diagnosticum. Tidsskr Nor Lægefor 1982; 102: 810.

22. Falkenberg M, Kågedal B. Hyperthyroidism in elderly women. Scand J Prim Health Care 1985; 3: 11-13.

23. Hjermann I & al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Lancet 1981; 1303-1310.

24. Udnæs I. Kursforelesning "Geriatrici i almenpraksis", Soria Moria nov. 1986.

25. Olsen B. Prevention and health promotion in the elderly. Scand J Prim Health Care 1985; 3: 19-22.

26. Klevmark B. Kursforelesning "Geriatrici i almenpraksis", Soria Moria nov. 1986.



"I must say you're in pretty poor shape even for one in the upper income bracket."

Redaksjonen synes Anne Luise K.'s korte skisse av sin biografi har litterære kvaliteter og siterer ordrett:

"Med Westfalen i Vest-Tyskland forbinder dere fra før tre begrep: Freden fra Münster (og Osnabrück) etter 30-årskrigen, Pumpnickel og Westfaler-skinke. Jeg er født oppvokst og skolert

et stenkast fra Münster. Rammen var mettet av historie, jeg ble matet med Pumpnickel - og en og annen bit av Westfaler-skinke. Mitt medisinske grunnutstyr fikk jeg ved Münsters gamle og ærverdige universitet. Og fremdeles føler jeg at noe av meg hører hjemme midt på byens vakre gotiske Prinzpalmarkt.

I den nydelige varme sommeren 1969 plukket en av deres landsmenn meg opp på et fortau ved Vestbanen i Oslo. Dette resulterte - etter hvert - i to praktfulle norske barn, Karin Lisa på snart 14 og Martin på snart 13 år, elleve års allmennpraktikertilværelse, en nesten oppnådd spesialiststatus i allmennmedisin og en debutartikkel i Utposten.

☐ Oddfrid Løvdal
ledende psykolog, Borgestad-
klinikken



Oddfrid L. har arbeidet ved Borgestadklinikken i 9 år. Ho har hatt studieopphold i USA for å gjøre seg kjent med Minnesota-modellens tilnærming til rusproblemer. Ho er spesielt opptatt av familieperspektivet, barnas og andre pårørendes symptomutvikling i samliv med misbrukere.

FOKUS PÅ LEGENES BRUK AV B-PREPARATER

"Dansen rundt reseptblokka"

Foredrag på Telemark lægeforenings kurs Psyiatri i almenpraksis på Lidfjell 9. oktober 1986.

SKISSE AV PROBLEMFELTET

Kort om rusmidler og bruksmønster

Det finnes i dag tre hovedkilder av rusmidler som misbrukergruppen forsyner seg av:

- A) Alkohol
- B) Medikamenter (B-preparater særlig aktuelle)
- C) Narkotika

Den generelle tendens går i retning av økt blandingsmisbruk, slik at den "rene" alkoholmisbruker eller narkomane begynner å bli en fortidslevning. Man kan også se slutten på den tiden da man klassifiserte misbrukerne etter rusmidlene, og nå heller snakker om rusmiddelbehovet som det styrende og primære. Noen foretrekker øl, man sper på med vin, brennevin og medikamenter i ulike varianter. Narkomane kan ønske seg hasj og Valium, men tar til takke med øl hvis nødvendig for å stille russtrangen. Kort sagt: Alle grupper viser en økende interesse for legale medikamenter, så legenes problem ser ikke ut til å bli mindre, særlig fordi alkoholmisbrukerne representerer den største gruppen blant misbrukerne.

Rusmisbrukernes behov for medikamenter representerer bare en del av det problem jeg ønsker å rette søkelyset mot. Et muligens større problem, men mindre kjent og diskutert, er det forbruk av medikamenter som rusmisbrukernes pårørende står for. Her har vi foreldre og ektefeller, som i årevis lever under press og bekymring, og utvikler symptomer som kvalifiserer til et høyt og langvarig forbruk av B-preparater. Og barna i disse familiene er morgendagens rusmiddelmisbrukere, og befinner seg i tillegg i høyrisikogruppen for psykiske lidelser. Voksne barn av alkoholmisbrukere finnes også i dette nettverket, de som aldri har fått satt ord på sine problemer og lever med en konstant angst som medikamentene kan dempe. Kort sagt: Almenpraktikeren har ikke bare problem med en misbruker. Han har i tillegg problem med 3-5 pårørende i gjennomsnitt. Denne virkeligheten vil jeg kalle for en tragisk runddans rundt reseptblokka.

Jeg vil i dette foredraget vise dere så nært som mulig noe av det som skjer i en rusmisbrukers liv og hans familie. I lys av dette kliniske materiale vil jeg drøfte medikamentenes funksjon og lete etter alternativer, såvel for rusfamilien som for legene.

Kort om tilstanden "kjemisk avhengighet" for enkeltindividet

(En upresis, men brukbar diagnostisk kategori)

Å havne i et avhengighetsforhold til rusmidler av ulike slag er en utrolig invalidiserende og destruktiv tilstand. Når folk omsider kommer til behandling, regner vi med at de i gjennomsnitt har 10-15 års forbruk bak seg, og derav de siste 2 år med enorme funksjonsproblemer. I denne lange sluttfasen er misbrukeren tvangsmessig og ensidig opptatt av å skaffe seg kontinuerlig tilførsel av rusmidler. Alt annet må vike plassen, og rusbrukeren utvikler en voldsom selvcentrerthet. Følelsesmessig kan han veksle mellom tyrannisk kjeftbruk og selvmedlidende gråt og bønn om tilgivelse. Han kan også veksle mellom total passivitet og intens rastløshet. Selv om han ikke er fysisk sett beruset, er han psykisk sett i sluttfasen av en rus og i planleggingsfasen av neste. Der er aldri ro. Et hovedkjennetegn ved denne tilstanden er fenomenet benekting, denne vedvarende og talentfulle kampen misbrukeren kjemper både med seg selv og sine omgivelser for å opprettholde troen på at det er alt annet enn rusbruken som er årsaken til

problemene. Misbrukeren henviser til nervene, stress på jobben, ekteskapelige og/eller økonomiske problemer, en vanskelig barndom osv.. Kort sagt: Det finnes alltid en forståelig grunn til misbruket, og målet er å få omgivelsene til å rette oppmerksomheten mot alle disse grunnene og vekk fra selve rusmidlene og rusbruken. Misbrukeren er livredd for å miste stoffene som han opplever seg totalavhengig av for å "fungere", og benektingen er bare et forståelig dekke over denne angsten. Nå er problemet det at alle de nevnte "årsakene" til drikkingen eller rusmisbruket også er reelle problemer: Alle misbrukere får dårlige nerver, søvnproblemer, ekteskapelige og økonomiske problemer. Jeg kjenner ingen andre grupper som i den grad er i stand til å gi meningsfylt arbeid til store deler av helsevesenet, såvel det somatiske som psykiske. Vi ser da også at misbrukeren på sin vei mot Borgestadklinikken har vært innom et stort antall behandlingstilbud - medikamenter hos legen for nerver, angst og søvnplager eller psykiatrisk hjelp med samtaler og medisiner. Sosialkontoret har tilstått økonomisk stønad, og ulike somatiske plager har fått medisinsk tilsyn.

At misbrukeren i den grad klarer å styre sine omgivelser over år, er verdt å merke seg. Jo større avhengighet, jo sterkere krefter er i sving. Misbrukeren må ha alkoholen eller medikamentene, og alle evner og krefter og vilje sentreres omkring dette målet. En pillemisbruker kan ligge passiv på senga hjemme og ikke orke noe eller noen. Barnas følelser eller ektefelles sinnstilstand aner de ingenting om. Men når tiden er moden til å fornye resepten, er det som å oppleve tryllestaven: Den passive og insensitive vet nøyaktig hvilke egenskaper legen har. Noen påvirkes av tårer, noen er redde for sinne, noen liker ros og fortrolighet. Oppfinnsomheten er stor, kreftene skremmende. Å stå i konflikt med en slik person er alt annet enn lett, og enkeltvis bøyer vi unna fordi vi ikke vet hva vi skal si eller gjøre eller endog om det er verdt strevet.

Summen av alt dette er en situasjon der familie og helsevesen har nedlagt enorme mengder energi og arbeidstimer, men til liten nytte når det gjelder å få slutt på misbruket.

De pårørendes situasjon

I samlivet med den benektende

rusmisbruker vikles familien inn i et nettverk av avmakt, fortvilelse, isolasjon, skyld og skam. De forsøker å få misbrukeren til å slutte med rusmidlene ved å gjemme flasker, penger, true og be om forandring. De blir enten avspist med nye løfter eller nye beskyldninger om at det er deres skyld at Jeppe drikker. Så begynner de å ta innover seg skylda og skammen. De dekker over tilstanden hjemme overfor slekt, venner og lege fordi de føler seg medskyldige. Barna blir dratt mellom foreldrene, noen prøver å være snille og usynlige, noen raser ut. De blir "syke" eller "vanskelige". Foreldre av rusmisbrukere lever i kronisk angst for døden, for å bli presset for penger, for å bli slått og ydmyket. Ektefellene får større og større følelsesmessige problemer, flere bekymringer og mer ansvar alene. Også alle disse er store forbrukere av ulike helse-tjenester, men mye av denne hjelpen har også vist seg lite nyttig så lenge problemenes underliggende drivkraft forble urørt, nemlig rusmisbruket.

Om begrepet "enabling" eller "muliggjøring". De pårørende, inklusive helsepersonell, som medspillere for rusmisbruket.

En alkoholmisbruker vil ha mange gode grunner for å oppsøke sin lege for å få medikamenter. Når kona gråter og truer med separasjon, kommer skyldfølelsen veltende. Den kan dempes og kontrolleres med piller. Når kroppen og sjela skrangler etter en fyllekule, trenges også piller for å redusere bakrusen. Når egenmeldingene er brukt opp, eller man har vært for full til å tenke, da trenges det sykemelding for å redde seg unna advarsel på jobben. Da kan ryggen eller magen eller nervene føres som argument. For legene er det viktig å merke seg at det er ikke bare medikamenter som rusmiddel folk er ute etter. Det er kanskje like mye eller mer behov for å anvende medikamenter mot diverse følgetilstander av særlig alkoholmisbruk. (Begrepet "rus" er ikke klart nok definert). Men når så legene skriver ut resepter på diverse indikasjoner som hver for seg kan virke klare og overbevisende nok, så har disse pillene bivirkninger på et langt annet plan enn det Felleskatalogen angir: Når alkoholmisbrukeren får piller for sine nerver, så får han også støtte for sin egen teori om at nervene er kjerneproblemet. Han kan i tillegg trøste seg med at han



'How's it going since we cut out the Valium?'

ikke er noen misbruker fordi han har fått det av legen. Legen blir virkelig en alliert. Når den utslitte og fortvilte ektefellen kommer hjem med Valium-glasset, skjer det minst to ting: Rusmisbrukeren føler seg igjen støttet av legen i den oppfatning at det er konas nerver som er problemet, og ikke hans rusvaner slik hun påstår. Det andre som skjer er at ektefellen får "hjelp" til å tåle en uholdbar livssituasjon og "hjelp" til å utsette oppgjør og grensesetting for misbrukeren som kunne kommet hele familien til gode. Hun "holder ut" noen måneder eller år til, og alt går mot det verre. Medikamentene kan dempe angsten, men også handlekraften. De kan dempe og tilsløre vesentlige signaler fra følelseslivet som hadde trengt å få komme til orde, og ikke bli kneblet. Kvinnen spesielt synes å ha lettere for å tåle lidelse enn konflikter og oppgjør. Men de som ofte betaler den høyeste prisen for dette valget er barna.

Med andre ord: Det som bekymrer meg mest når det gjelder den store foreskrivning av B-preparater, er den rolle de spiller i dette helhetsbilde av en rusmisbrukers liv. Pillene glir inn i en selvoppfatning og en verdensoppfatning som er destruktiv på mange plan. Vi vet i dag at skal vi klare å stoppe en utvikling mot rusmiddelavhengighet i tidlig fase, så krever det at pårørende av alle slag mobiliserer all sin kraft i kampen for å trenge gjennom benekting og bortforklaringer. Familien må få til all den støtte og hjelp de kan få til å sette grenser og forlange at misbrukeren søker hjelp og behandling for sin avhengighet. Og vi som driver slik behandling, har ansvar for hele familien. Det er vårt ansvar å gi råd og veiledning til enhver som plages av en annens rusmisbruk. 85% av dem som kommer til behandling, kommer etter press fra familie og/eller arbeidsplass. De vil ikke, men de må. Dette viser at press både er nødvendig og virksomt overfor de kreftene et rusmisbruk representerer.

Jeg ser det også som vår oppgave som behandlere å gi kunnskap til andre deler av helsevesenet, slik at vi unngår å forlenge en på alle måter helseskadelig prosess. Hvis det er noe jeg er blitt sikker på etter i år i bransjen, så er det at diagnostisering og behandling av rusmiddelavhengighet er et spesialisert kunnskapsfelt. Det har sitt eget forløp og sine egne kjennetegn både individuelt og i familielivet. Feltet krever en multidisiplinær

tilnærming, så det skulle koste såvel leger som andre yrkesgrupper lite å innrømme at her trengs det faglige bistand og samarbeid.

Hvordan bli en effektiv motstander av benekting istedenfor en ineffektiv medspiller?

Noen konkrete råd og forslag til legene.

1. Spør etter folks alkoholvaner, gjerne som er rutine. De som har et avslappet forhold til alkohol, vil ikke føle seg truet eller fornærmet, mens de som har noe å skjule lett hisser seg opp eller viser til privatlivets fred. Dette er et viktig tegn diagnostisk sett.

2. Når du opplever at pasienten viser motstand, gjør da det motsatte av vanlig folkeskikk. Ta motstanden som et signal om at her er det viktig å forfølge emnet: Spør konkret: Hvor ofte? Hvor mye? Hva? Når du bare får luftige, generelle svar av typen: "Jeg drikker ikke mer enn folk flest". "Jeg passer alltid jobben", da får du si høyt at du merker deg en noe unnvikende måte å svare på, og at dette øker din uro. Nøy deg med å kommentere, ikke vent noen form for "innrømmelser" eller åpenhet fra pasienten.

3. Glem aldri at det er du som er sjefen. Når pasienten har en krevende holdning i forhold til medikamenter, og samtidig unnviker å svare på direkte spørsmål om rusmiddelvaner, da må legen si fra at han har både rett og plikt til å samle inn opplysninger som kan ha betydning for såvel diagnose som behandlingstiltak. Hvis pasienten ikke vil samarbeide om dette, gjør han det umulig for legen å gjøre jobben sin.

4. Fordi rusmisbrukeren selv utvikler så store ferdigheter i benekting og bagatellisering, kan det være umulig å få stilt en skikkelig diagnose individuelt. Be om at ektefellen blir med til neste samtale, hvis du tror du har å gjøre med et rusmiddelproblem. Merk deg nøye reaksjonen på forslaget.

5. Når det gjelder de pårørende, er problemet ofte å få dem til å åpne seg om rusproblemene hjemme fordi de føler skam og skyld. Spør likevel om dette. Vær direkte og støttende. Oppmuntre dem til å ta kontakt med hjelpeapparatet for å få veiledning og

hjelp, selv om misbrukeren selv ikke vil høre snakk om behandling.

6. Generelt: Støtt og oppmuntre de pårørende til å komme seg ut av rollen som offer. Støtt alle i det å søke hjelp, sett grenser og snakk direkte.

5. Om pillen og pasienten

Jeg tar for gitt at alle leger ønsker seg ut av den runddans som er beskrevet. Men målsettingen min er temmelig ambisiøs på deres vegne: Det er viktig nok å unngå at reseptene omsettes på gatenivå. Men det er enda viktigere å lære seg å tenke i et helhetssperspektiv: Når en person får Valium, så gjør dette noe med hans forhold til selvet såvel som til omgivelsene. Mor tåler kanskje dosen, men tåler barna den? Far trenger kanskje en sykemelding, men klarer familien å ha ham hjemme? (Med flaskene?)

Sett nå at vi er enige om at det foreligger en ond sirkel der legen, pasient og medikament er innblandet. Hvor skal vi begynne å skape endring? Det finnes tre ulike innfallsvinkler, og la oss nå ha misbrukeren alene i fokus en periode.

Utgangspunktet i medikamentene

Hvordan skal vi få ringet inn misbrukspotente medikamenter? Hvilke sider i Felleskatalogen bør vi rive ut for å være på den sikre sida?

Utgangspunkt i pasienten

Hvordan få ringet inn risiko-gruppen av misbrukspotente pasienter? Hvem er disponert for utvikling av avhengighet eller misbruk? Hvilke symptomer skal vi se etter?

Utgangspunkt i legen

Hva er det i legens teori og praksis som bidrar til opprettholde et høyt forbruk av B-preparater? Hvilke indikasjoner ligger til grunn? Hvilket syn på syk og friskt?

I trygg forvisning om å legge ut på de 70 000 favner, ønsker jeg nå å tenke høyt rundt disse problemstillingene i håp om å bidra til en bevisstgjøringsprosess. Vi befinner oss i et felt der vi ikke vet nok ennå. Mange fagområder er blandet inn i et komplisert samspill. Jeg vil dele

med dere det jeg tenker og tror til nå, og forbeholder meg retten til å endre mening under marsjen.

A. MEDIKAMENTENE

Så langt jeg vet, hersker det vitenskapelig sett stor forvirring og usikkerhet omkring vanedannelse og avhengighet. Men bruker begreper som fysisk, kjemisk avhengighet, såvel som psykisk avhengighet. Vi vet at B-preparater har et kjemisk potensiale som kan skape tilvenning. Men vi vet også at to personer kan ta lik dose av et preparat med ulik effekt. Dette har noe med psykiske forhold å gjøre, men også biokjemiske, arvelige, sosiale, kulturelle forhold. Møtet mellom pille og person er en subjektiv, lite målbar erfaring. Misbrukerne selv har drevet oss fra skanse til skanse i synet på hvilke medikamenter som ga tilvenning eller ble anvendt i et misbruksmønster. Hvis jeg har forstått det riktig, så knytter legene begrepet misbruk til det forhold at pasienten er ulydig mot avtalt dosering. Hvis pasienten tar den avtalte dose til avtalt tid, så er han ikke så regne for en misbruker i legens øyne.

Nå er forholdet likevel det at jeg har kjent mange pasienter som har vært veldig lydige mot legens foreskrivninger, men som psykisk sett likevel har befunnet seg i det jeg vil kalle et dypt og destruktivt avhengighetsforhold til medikamenter. I sitt daglige liv har de vært preget av stor passivitet, oppgitt og hjelpeløshetsfølelse. Men tross passiviteten har de alltid funnet veien til legen når resepten trenger fornyelse. De kan glemme mange avtaler og unndra seg ansvar og forpliktelser fordi de ikke orker, men de holder alltid orden på pilletider og lar aldri boksen bli helt tom. De er lydige inntil underkastelse. Langsomt og sikkert har de bygget ned tiltroen til egne krefter og evner og flyttet selvtiliten over på pilleboksen. Men hvis noen lege begynner å stille spørsmålsteget ved doseringen og foreslår å trappe ned, da kan han få erfare at passivitet og hjelpeløshet erstattes med stor motstand og kampvilje. Han kan til og med oppleve å måtte gi seg. Det andre som kan vise seg, er at ulike behandlingstiltak som ledsager medikamentene ikke viser seg å ha tilstrekkelig effekt. Pasienten endrer symptomer, terapeutene endrer teknikker. Den eneste konstante faktoren er medikamentene. Alt dette er dia-

gnostisk sett viktig å merke seg. Legen vet hvor stor eller liten dose det er snakk om, men han vet ikke hvilken kraft og makt pasienten tilskriver denne dosen, for det er subjektivt og hemmelig, men uhyre vesentlig.

I en artikkel fra 1978 om farmakoterapi, skriver dr. Truls Eirik Mogstad: "Grunnlaget for bruk av psykofarmaka i behandlingen av psykosomatiske funksjonsforstyrrelser er vitenskapelig sett nokså tynt. Bruken av slike stoffer øker i generell medisin, såvel i sykehus som i almenpraksis. Det er derfor rimelig å drøfte muligheter og begrensninger på området".

Det er viktig å ha konstatert at det er lite å hente av vitenskapelig belegg for eksisterende praksis. Men jeg tror ikke det er nok å drøfte "muligheter og begrensning". Jeg tror det trengs nytt tankegodt og nye synsvinkler i debatten om medikamentenes rolle. Den eksisterende debatt synes ikke å ha hatt stor effekt med tanke på reduksjon i totalforbruket.

For å trekke en foreløpig konklusjon omkring medikamentene: Det må være fagfolk i rusmiddelbehandling som holder legene ajour med misbrukerpotente medikamenter. Og enhver person som er pårørende til en misbruker (familie såvel som hjelpeapparatet) bør ta ansvar for å melde fra til legen hvis det foreligger misbruk. Jeg vet at dette er vanskelig for familie å gjennomføre i praksis, men det er like fullt mitt råd. Legene bør takke for enhver melding som løper inn, og ikke reagere med flauhet eller fornærmelse. De er i en posisjon der det er umulig å ha full oversikt over disse forholdene.

B. PASIENTEN

Jeg har allerede gitt en skisse av personfaktoren, det forhold at pasienten tilskriver pillene krefter og egenskaper som er på kanten av deres "evner". Vet vi noe generelt om slik psykisk, psykologisk predisposisjon for avhengighet til piller eller rusmidler? En amerikansk sosialpsykolog, Stanton Peele (1976) har laget en analyse av kjærlighet og avhengighet som har fascinert meg. Jeg vil gi en kort skisse av denne tenkningen.

Den avhengige livsposisjon

Folks oppfatning av pillenes eller alkoholens makt over dem

reflekterer oppfatningen av egen styrke og svakhet. En person som i utgangspunktet føler seg hjelpeløs og svak, vil i møte med livets utfordringer lett føle seg overveldet. Når denne personen møter kriser, krav og problemer, vil den første impulsen være å søke støtte fra en ytre kilde som han opplever som sterkere enn seg selv. Istedenfor å gripe ansvar, gjennomleve konflikter, vokse seg sterkere, så vil vår person søke å unngå smerte og konflikter i mangel på tiltro til egen evne til å tåle det. Grunntonen er en følelse av hjelpeløs sårbarhet, en passiv, fryktsom underkastende livsholdning med et pessimistisk syn på livet. Når en slik person kommer til legen med sine plager og bekymringer og får medikamenter som gir lindring, avspenning, krefter og velvære, da er det lett å forstå at det oppstår forelskelse. Når en person går over fra å betrakte pillene som en støtte i krisetider til å betrakte dem som en nødvendig forutsetning for å klare livet, da er det all grunn til å være på vakt. Med andre ord, jo mer en pasient mener at han må ha pillene for å "fungere", jo farligere kan det være å gi ham reseptene over tid. Dette er paradoksalt, fordi det nettopp er mennesker preget av slik lidelse som får umiddelbar effekt av disse preparatene. På tross av dette ønsker jeg å problematisere denne tankegangen av to grunner minst: Det er et svært tilleggshandicap å utvikle avhengighet av medikamenter, fordi det synes å foreligge en dynamikk der angsten og lidelsen bare blir verre og verre med økte doser eller avhengighet. Derfor er det legens plikt å overvåke nøye såvel dosering som tidsperspektiv og klientens eget forhold til pillene for å motarbeide utvikling av avhengighet. Det andre forholdet vedrører pillenes symbolverdi som kraftsenter og det faktum at legen med sin foreskrivning bekrefter pasientens hjelpeløse selvdestruktive selvbilde. Resepten er også et symbol på sykdom, noe som ytterligere bekrefter en passiv mottagende holdning til livet: Jeg er jo ikke frisk, så ingen må vente noe av meg.

Selv om jeg vet at ingenting av dette er enkelt, så vil jeg likevel mene at det er vår plikt som helsepersonell å motvirke hjelpeløshet og passiv avhengighet, å bidra til vekst og økt selvrespekt. I alle mennesker finnes det muligheter til selvødeleggelse såvel som til vekst og utvikling. Det er vårt ansvar å lære å skille disse kreftene fra hverandre og vite hva vi støtter

opp om. Er vi blitt så sykdoms- og problemorienterte at vi ikke ser etter mulige ressurser? Er vi så forfengelige i vår behandlerrolle at vi liker pasientens tillitsfulle hjelpeløshet? Er det slik at vi har laget et helsevesen som trenger pasienten i en avhengig posisjon der vi kan fortsette å gi og de fortsetter å få? Medikamentene kan være en metode for å beholde kontroll og avstand. Det er mulig å tenke seg at pasientene kan klare seg uten mange av disse medikamentene, men kan behandlerne klare det?

C. LEGEN

Faktorer i og omkring legene som kan bidra til å opprettholde et høyt forbruk av B-preparater.

Jeg vil egentlig tro at mange leger sitter og vet i den konkrete situasjon at medikamenter er en lite tilfredsstillende løsning, men like fullt griper de til pennen. Med andre ord, man praktiserer det foran nevnte sitat av Mogstad: Det finnes få gode grunner for å gjøre det, men man gjør det likevel. En kollega fra New Zealand hevdet hevdet at legene var å sammenligne med cowboys.

I alle konfrontasjoner med pasientene griper de til pennen og reseptblokk istedenfor pistolen. Denne refleksaktige handling er kanskje noe av problemet? Hva ville skje hvis legen begynte alle samtaler med hendene på ryggen og blokk i skuffen? Som terapeut er jeg velkjent med forhold der folk fortsetter å gjøre ting de ikke uten videre kan forsvare med fornuften. Når fornuften mister kraft, så kan det være av den enkle grunn at de "ufornuftige" handlingene har en hel del positive bivirkninger som det er vanskelig å gi fra seg. Jeg våger meg fram på med noen problemstillinger.

1. Hvordan skal almenpraktikeren klare å avslutte en samtale om vanskelige livsproblemer på 15 minutter uten resept?

2. Hvordan skal legen kunne makte å få så god oversikt over situasjonen at han kan være helt sikker på at det er rett og klokt å si nei til medikamenter?

3. Jo mer usikker legen er på feltet psykiatri og misbruk, jo større behov vil han ha for å helgardere seg ved hjelp av resepten. Hvilken ideologi har legene fått i sin grunnutdannelse som kan bidra til å finne

alternativer? Hva har de lært for eks. misbruksproblemer?

4. Når folk gråter og lider og ingen ser noen løsning på problemene, da kan resepten i handa være god å ha, slik at legen kan si adjø med en følelse av iallfall å ha "gitt noe". Alternativet kan være avmaktfølelse og skyldfølelse.

5. De fleste leger har vel en alminnelig god oppdragelse som tilsier at man ikke skal krangle med folk unødig eller lage konflikter. Det er heller ikke moderne lenger å være autoritær. Et slikt selvbilde gir misbrukerne større spillerom for sine krav. Skal man få kontroll over dem, må man inn i konflikt og bli autoritær og grensesettende.

6. Noen har sagt at Lægeforeningen ikke er en forening, men en sammensvergelse. Det betyr at kollegaforholdet er av stor betydning på godt og vondt. Faglig konkurranse og uenighet om medikasjon er en del av pakken, og i tettbygde strøk kan også kampen om pasientenes gunst bli en faktor, selv om det helst ikke skal nevnes. Er noen av disse forhold med på å bestemme forbruk av populære medikamenter? Brukes medikamenter som "introduksjons-tilbud" for eks.?

7. Jeg vil også utfordre legene til å tenke gjennom sitt syn på friskt og sykt, på problemfokusering versus ressursorientering. Hva lærer du dine pasienter opp til? Er alle ubehagelige følelser syke? Kan vonde følelser være sunne?

8. Forholdet til den farmasøytiske industri er et kapittel for seg. Legene har fått det vanskelige oppdrag å forvalte farmasiens produkter til beste for folket, en industri som baserer seg på et profittmotiv. Har legene blitt for lite kritiske? Kan det ha utviklet seg i retning større profitt og mindre helse? Er dere kritiske nok til de livsverdier farmasjonen reklamerer med?

9. Pasienten kommer til legen med en blanding av somatikk og livsproblemer. Legen er ekspert på det ene feltet, og mer og mindre innsiktsfull på det andre. Å oppfatte seg selv som en veileder har helt andre metodiske konsekvenser enn å oppfatte seg selv om ekspert med ansvar for å fjerne alle plager. Jeg vil tro at både lege og pasient vil ha nytte av en større klargjøring av kompetanse og ansvarsfordeling. Resepten kan bli et skalkeskjul

for legens uvitenhet eller avmakt, og den kan bli et skalleskjul for pasienten, slik at han slipper ansvar for å finne løsninger og skape endring selv.

10. Det viser seg at kvinner og eldre mennesker er to grupper med høyt forbruk av medikamenter. De samme gruppene både er og føler seg undertrykket og avmektige i samfunnet. Hvilket syn har legene på disse gruppers særegne problemer? Kan pillene være et middel til ytterligere undertrykkelse? Undersøk nøye egne holdninger, særlig til kvinner som passive offer for ulike overgrep.

11. Til slutt vil jeg ha nevnt at legene som gruppe ikke kommer utenom en ransakelse av egne vaner og forbruk, særlig av alkohol. Den som selv har et høyt forbruk av rusmidler, vil ofte ha tilsvarende behov for å bagatellisere og ufarliggjøre andres, og dermed blande sammen personlige og profesjonelle holdninger i arbeidet med misbrukere. Det ligger en stor mulighet til feildagnostisering hvis legen tanker at bare de som drikker mer enn ham selv kan ha et alkoholproblem.

Oppsummering

Dansen rundt reseptblokk er for meg mest av alt et spørsmål om verdier og holdninger i kulturen og samfunnet. Det handler om passivisering og sykeliggjøring mer enn om sunnhet og handlekraft. Det er ikke nok å diskutere "snille" versus restriktive "slemme" leger. Den debatten er bare en liten begynnelse, og berører bare en avkrok av problemfeltet. Jeg ønsker en debatt om selve bruken, den faglige begrunnelsen for B-preparat-bruk i en større helsemessig sammenheng. Rusmisbruk som helseproblem har enorme dimensjoner, og jeg vil påstå at helsevesenet selv er like dyktige til å tildekke denne virkeligheten som misbruker som misbrukeren selv. Helhetsspektiv og familierapi er også en tenkning som er vedtatt på alle seminarer de siste 10-12 årene, men i praksis arbeider vi fragmentarisk og individuelt. Det er både ineffektivt og dyrt.

Lov om værplan i kommunane

(Lov av 31. juni 1987 nr. 13)

Oversendt UTPOSTEN av Torleiv Robberstad, Sandnes

§1.

Kvar kommune skal ha ein værplan i samsvar med denne lova. Kommunestyret har ansvaret for leinga av planarbeidet.

§2.

Planen skal omfatte temperaturar, nedbør, vindretningar og vindstyrke. Planen kan også omfatte føreforhold, is på fjordar og vassdrag, lysstyrkar og ultrafiolett stråling. Planarbeidet skal samordnast med anna planarbeid etter plan- og bygningslova.

§3.

Statleg fagmyndighet kan påleggje samarbeid mellom fleire kommunar om værplan eller del av værplan.

§4.

Utkast til værplan skal sendast til statleg fagmyndighet og alle berørte parter til uttale i god tid før endeleg vedtak.

§5.

Kommunestyret skal vedta værplanen. Vedtatt værplan er bindande for kommunen.

§6.

Departementet kan gi nærare føresegnar til denne lova.

Departementets merknader til dei enkelte paragrafane

Til §1: Departementet tilrår at planarbeidet er politisk leidd. Vurderingar av vertypar vil ofte vere sterkt politisk praga, og ein bør derfor ta sikte på å få ein så open planprosess som råd.

Til §2: Kvar kommuneplan skal omfatte dei obligatoriske verdene, men kommunen står ellers svært fritt i utforminga av planen, avhengig av politiske og klimatiske forhold. Planen bør vere delt i ein langsiktig del (langtidsvarsel) og eit handlingsprogram. Departementet tar sikte på å sende ut til kommunane årlege planføresetnader om nedbørsmengder, vindstyrkar og gjennomsnittstemperaturar.

Til §3: Regelen vil leggje til rette for utarbeiding av regionale værplanar. Det kan også vere aktuelt med interkommunalt samarbeid om spesielle plandeler, særleg då vindkapitla som kan påverke fleire kommunar.

Til §4: Reglane om saksbehandling i offentlegheitslova gjeld også for utarbeiding av værplan.

Til §5: Kommunen bør ta sikte på årleg rullering av værplanen i samband med utarbeiding av langtidsbudsjett. Kvart fjerde år skal planen ha hovedrullering. Departementet tilrår at dette blir gjort i et siste året av kommunevalperioden og samordna med førebuingane til kommunevalet.

SORBANGIL®

ISOSORBIDDINITRAT

HORNBURO & OTTERLEI AS

HJERTESVIKT



20-40mg x 3-4

Høyere dose kan være nødvendig
for å oppnå ønsket effekt

For ytterligere opplysninger
se felleskatalogen

KabiVitrum



Telefonbr ved legeko

□Kjell Conradi □
kommunelege, Seljord

Kjell C. er cand. med. fra 1974. Fra 1977 almenpraksis i Seljord. Fra 1980 kommunelege II og helsesjef 1985-86.

■ Det var store kapasitetsproblemer ved telefontjenesten ved legekontoret. Måling av trafikken i 1985 viste at brukerne fikk dårlig service. I 1985 og 1986 ble det gjennomført flere tiltak for å bedre forholdene. Tiltakene var innføring av telefontid, noe økt bemanning, innføring av telefaks og nytt sentralbord. Ny måling i 1987 viser at tiltakene har hatt god virkning, og at telefontjenesten ikke lenger er flaskehals i systemet.

Bakgrunn

Den økende trafikken over telefonen ved legekontoret ble etter hvert et problem, som gjorde det nødvendig å se på alle sider av dette. Det gjaldt vurdering av trafikkmengde, organisering av konsultasjoner over telefon, systemets totalkapasitet, og fordeling av trafikken i løpet av dagen.

Situasjonen i 1984

Etter automatisering av lokaltelefonen i 1979 hadde antall telefonabonnenter i kommunen økt sterkt. Tallene var 1/1-79: 800, 1/1-85: 1099 og 1/1-87: 1.341.

Legekontoret hadde sentralbord med 2 linjer som skulle betjene all inn- og utgående trafikk. Helsesøster hadde også egen telefon, slik at hun både brukte den og telefonen som var koblet til sentralbordet. Det var 2,5 legestillinger ved kontoret.

Kommunen hadde ikke noe felles

sentralbord. Alle kommunale kontorer, bortsett fra lege/helsesøster, holdt til i andre kommunale bygg, og telefonisk kontakt med disse skjedde over ekstern telefon. All reseptforskrivning foregikk over telefon til apotek i nabo-kommunene. En av legene brukte fra 25 til 40 minutter daglig med å ringe resepter. De fleste transporter av pasienter til sykehusundersøkelser eller innleggelser ble administrert over telefon fra legekontoret.

Fornylse av faste medisiner foregikk oftest på den måten at pasientene ringte til legekontoret. I forholdsvis liten grad blir reseptfornylse gjort ved personlig fram møte.

Kontoret hadde en øyeblikkelig hjelp telefon utenom sentralbordet.

Det ble etter hvert nesten full jobb for en av hjelpepersonalet ved kontoret å betjene telefon. Vi følte at arbeidsmiljøet ble stressende. Flere og flere pasienter ble misfornøyde med servicen, fordi de hadde vansker med å komme gjennom på telefonen. Opptattsignal ble det vanlige ved ringing til kontoret. Andre kommunale kontorer hadde vansker med å ringe til oss. Arbeidet for legene ble ineffektivt fordi de ofte måtte vente lenge før de fikk ledig linje for å ringe ut. Konsultasjoner ble svært ofte avbrutt av en eller flere telefonsamtaler. Det kom signaler fra politikerne om at det var misnøye med telefonservicen ved kontoret.

Legek- kontor

Metode

Vi fikk Televerket (TBK) til å registrere telefontrafikken til legekantoret. Det ble gjort 2 målinger. Den første foregikk fra 30.1. til 12.2. 1985. Den andre målingen ble utført fra 3.2 til 13.2. 1987.

Ved den første målingen ble antall inngående oppringninger til legekantoret registrert. En måler ble koplet til nummeret på sentralen. Måleren registrerte både de oppringningene som ble besvart, og de som møtte opptattsignal eller ikke ble besvart.

Ved den andre målingen hadde man fått mer avansert måleutstyr. Det var nå mulig å gjøre en rekke målinger av telefontrafikken. Vi fikk utskrift av både inngående og utgående trafikk for hvert kvarter på dagen, gjennomsnittstall for samtalelengde, oversikt over maksimaltrafikk, forholdstall mellom inn- og utgående trafikk og gjennomsnittlig ventetid for hvor lang tid det tok for telefonen ble besvart. Disse målingene kan gjøres ved de digitale telefonsentralene. Det er moderne sentraler med mange tekniske muligheter, blant annet på datasiden. Slike sentraler bygges nå ut over hele landet. Selve målingen førte ikke til noe ekstraarbeid for personalet ved legekantoret.

Resultater 1. måling

1. måling: TBK registrerte trafikken. Med måleutstyr på automatsentralen ble inngående sam-

taler som ble betjent, eller ikke betjent, registrert. Målingen foregikk mellom kl 0800 og 1500 i 2 uker. Tabell 1 viser resultatene.

Undersøkelsen bekrefter at forholdene var dårlige. Publikum brukte svært mye tid på å komme fram til kontoret over telefon.

Tiltak ved legekantoret mellom de 2 målingene

Det ble utført flere tiltak i perioden mellom de 2 målingene.

1: Våren 1985 innførte vi telefontid. Konsultasjoner avbrutt av telefon var, som nevnt, blitt svært vanlig. Publikum var, stort sett, positive til ordningen. En hel time pr. lege ble satt av. Stort sett ble disse fylt med 10-15 telefoner, men ved ledig tid var det ikke noe problem å utnytte tida fleksibelt, f.eks. gjennom diktering av brev. Noen pasienter hadde problem med å komme gjennom i telefontida. Vi ringte opp igjen til disse pasientene seinere på dagen. Øyeblikkelig hjelp-henvendelser måtte, selvfølgelig, tas uten hensyn til telefontida.

2: Våren 1986 ble det startet med prøvedrift med reseptforskrivning med Telefax. Dette er et system med overføring av tekstsider eller bilder over telefon. Maskinen mater inn ark etter ark som ved en kopieringsmaskin, og resultatet kommer umiddelbart ut på apoteket. Kapasiteten er 3 A4 ark pr minutt. Alle resepter ble skrevet på blå-reseptblanketter. Overføring av resepter via Telefax ble godkjent av myndighetene høsten 1986 etter en prøveperiode ved enkelte apotek. TBK lokalt lånte oss apparat. Med Telefax ble anvendt tid på linja redusert med ca. 2/3, og hjelpepersonellet kunne selv ringe opp apoteket. Hjelpepersonellet var ikke avhengig av at legen var tilgjengelig når resepter skulle formidles til apoteket. Annet arbeid kunne gjøres mens resepter ble sendt. Vi regner med ca. 20-30 perioder spart daglig. Maskinen gir automatisk kvittering etter hver sending. Kvitteringen inneholder antall, og nøyaktig dato og klokkeslett. Dette forenkler arbeidet med statistikk.

Erfaringene med Telefax var så gode at kommunen gikk til innkjøp av et apparat til legekantoret (kostnad ca. 35 000 kroner).

3. Våren 1986 fikk vi nytt sentralbord. Dette ga oss 4

eksterne linjer, mot før 2. Den 4. linja ble reservert for utgående trafikk. Publikum fikk nå 3 inngående linjer, mot tidligere 1-2. Vi fikk også mulighet til å stille innringere i kø, i påvente av ledig linje til legen.

2. måling

Denne foregikk over 9 arbeidsdager fra 3. til 13. februar 1987. Ved tidspunktet for 2. måling var det kommet både ny legestilling og en ekstra stilling for hjelpepersonell. Det var imidlertid vakanser. Bemanningen av hjelpepersonell var 2,5 mot 2 ved 1. måling. Legebemanningen var lik ved de 2 målingene.

Resultater 2. måling

Disse er vist i tabell 2.

Målingen viste at antall ikke besvart og total innringing var blitt drastisk redusert. Til slutt presenteres en del av de øvrige resultatene ved den andre målinga.

Forholdet mellom inn- og utgående trafikk

Registreringen viste at 45% av trafikken var utgående. Dette tallet var overraskende høyt. Årsaken var kanskje at det ikke fantes noe kommunalt sentralbord, slik at ringing fra legekantoret til hjemmesykepleie, sosialkontor og andre kommunale kontor gikk over nettet. I mars 1987 ble kommunalt sentralbord innført. Det vil være av interesse med en ny registrering senere, for å se om forholdstallet inn/utgående endres.

Fordelingen av trafikken i løpet av dagen

Trafikken var registrert for hvert kvarter. Høyeste inngående trafikk var mellom kl. 0900 og 1030 og mellom 1300 og 1400, med en topp mellom 0900 og 0915. Høyeste utgående trafikk var mellom 0930 og 0945. Høyeste totaltrafikk (inn + ut) var mellom 1045 og 1100. I løpet av 9 arbeidsdager skjedde det 21 ganger at det ringte samtidig på alle 3 inngående linjer. Denne situasjonen utgjorde 345 sekunder, eller 5 3/4 minutt. Maksimal trafikk pr. dag var 149 innringinger, hvorav 12 ubesvart.

(I 1985 var maks. tallene 314 innringinger pr. dag, hvorav 187

Gastrobitan® 800mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni



H₂ - 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**



Gastrobitan®

En tablett til natten ved *ulcus duodeni* og *ulcus ventriculi*.

GASTROBITAN «GEA» cimetidin.

A 02 B A 01

Histaminerg H₂ - reseptorantagonist

INJEKSJONSVÆSKE/INFUSJONSKONSENTRAT: 100 mg/ml; 1 ml inneholder: Cimetidin, 100 mg, acidulum hydrochloridum 33 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

TABLETTER: 200 mg, 400 mg og 800 mg. Hver tablett inneholder: 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 pepsiproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H₂-reseptorer i magesekkenes slimhinne. Histamin H₂-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H₂-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkenes slimhinne. Absorpsjon: Absorberes godt etter oral administrasjon som tablett. Proteinbinding: Ca. 20%, halveringstid: Ca. 2 timer, halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance. Utskilning: 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 placenta-barrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår. Zollinger-Ellisons syndrom. Refluxøsofagitt. Langtidsbehandling av stadig residiverende eller kroniske duodenalsår. Profylaktisk mot blødning pga. stressulcus hos kritisk syke pasienter. Profylaktisk mot aspirasjonspneumoni.

BIVIRKNINGER: Diare, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasti sees hos mindre enn 1% av pasientene, hovedsakelig ved høy dosering. Tilfeller av reversibel forvirringstilstand 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. Institusjonering av langtidsbehandling bør skje av spesialist eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Da histaminerge H₂-reseptorantagonister kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkelsår, 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 diegiving.

INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med flere legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. Se interaksjonskapitlet (I : 5le).

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 langtidsbehandling av duodenalsår gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alt. 800 mg om kvelden. Ved **reflux øsofagitt** anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgnet fordelt på 2-4 doser. Til pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientenes 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 (μmol/l)	Dosering
<15	400-900	200 mg x 2
15-30	200-400	200 mg x 3
30-50	100-200	200 mg x 4

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes med 20 ml sterilt vann eller fysiologisk saltvann. Ferdigløst 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/døgnet. 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/døgnet.

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/døgnet.

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. a 2 ml	kr. 58,25	Tabletter 400 mg:	28 stk. kr. 137,00
Tabletter 200 mg:	30 stk. kr. 73,90		30 stk. kr. 146,10
	50 stk. kr. 122,65		56 stk. kr. 270,50
	60 stk. kr. 147,80		60 stk. kr. 289,20
	100 stk. kr. 228,40		84 stk. kr. 384,60
	200 stk. kr. 456,85		100 stk. kr. 445,25
		Tabletter 800 mg:	30 stk. kr. 259,25
			60 stk. kr. 511,50
			100 stk. kr. 800,15

KabiVitrum

Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33,
1362 Billigstad, Tlf.: Oslo (02) 98 08 01.



T 37

ubesvart, som det fremgår av tabell 1).

Samtalens lengde

Inngående samtaler varte gjennomsnittlig 50 sekunder, utgående 58 sekunder.

Midlere ventetid

Dette er tid til noen tok telefonen, og er vist i tabell 3. Det er mulig dette er tider som kan forkortes noe.

Vurdering av tiltakene

1. Ordningen med telefontid fungerer bra, og bør beholdes. Telefontiden bør vare en hel time daglig. I en distriktpraksis med en del geografiske avstander, synes det fornuftig å ha en god del av praksisen over telefon. Dette er også i samsvar med publikums ønsker. Telefon er de siste årene blitt så utbredt at den kan brukes av de fleste.

2. Reseptforskrivning med Telefax har vært meget vellykket. Det har gitt raskere service, bedre kvalitet på forskrivningene, mulighet for etterprøving (skriftlighet), mindre arbeidsinnsats og lavere driftskostnader (bruk av telefonlinjer). Investeringskostnadene vil tjenes inn med mindre telefonbruk.

Systemet egner seg spesielt for landdistrikter, med avstand til nærmeste apotek, ringning av resepter, og sending av medisiner med buss, båt eller post. Det er usikkert om våre erfaringer lar seg overføre til by-nære praksiser.

Med Telefax vil det også åpne seg muligheter for annen type kommunikasjon i helsevesenet i framtida (søknader, prøvesvar, epikriser), som kan konkurrere med postgang.

3. Nytt sentralbord var det viktigste og mest effektive tiltaket for å bedre servicen. Vi fikk et anlegg som var godt tilpasset publikums og personalets behov. Televerket har ekspertise når det gjelder å beregne behovet for slike tjenester.

Konklusjon

Telefonservicen er blitt mye bedre. Telefon er ikke lenger flaskehals i systemet. Med ny teknikk kan vi nå måle måten vi

bruker og organiserer telefon-tjenesten på. Kommunens øvrige kontorer fikk våren 1987 nytt sentralbord, med internlinjer til legekantorets sentralbord. Dette kan føre til at belastningen på bylinjene reduseres ytterligere. Det vil være av interesse å gjøre en ny registrering senere, for å måle dette, og for å få en registrering på en annen årstid ■



«Toll, diese moderne Technologie!»

Tabell 1:

1985:	Total innring	Besvart	Ikke besvart
onsdag 30.1.	142	80	62
tordag 31.1.	197	113	84
fredag 1.2.	110	87	23
mandag 4.2.	314	127	187
tirdag 5.2.	167	102	65
onsdag 6.2.	142	110	32
tordag 7.2.	170	91	79
fredag 8.2.	102	62	42
mandag 11.2.	246	129	117
tirsdag 12.2.	252	98	160
Sum 2 uker	1.842	999	843
Pr. arbeidsdag	184	100	84

Prosent opptatt/ikke besvart av total ringing: 45,8%.

Tabell 2:

	Total innring	Besvart	Ikke besvart
tirsdag 3.2.	118	104	14
onsdag 4.2.	110	101	9
tordag 5.2.	118	114	4
fredag 6.2.	149	137	12
mandag 9.2.	137	131	6
tirsdag 10.2.	104	95	9
onsdag 11.2.	96	87	9
tordag 12.2.	105	97	8
fredag 13.2.	96	91	5
Sum	1.033	957	76
Pr. arbeidsdag	114,8	106,3	8,4

Prosent opptatt/ikke besvart: 7,4%

Tabell 3: Midlere ventetid

linje 1	13 sekunder
linje 2 (linje 1 i bruk)	27 sekunder
linje 3 (linje 1 og 2 i bruk)	28 sekunder

□ Geir Clausen
kommunelege, Hammerfest



Geir C. er oppvokst på Finnsnes og i Tromsø. Cand. med. fra Tromsø 1980. Kommunelege i Hammerfest fra 1982, kommunelege I og godkjent almenpraktiker Dnlf fra 1985. UTPREGET NORD-NORGE-PATRIOT!

Praksisregistrering Hammerfest legestasjon

Det ble i 4 uker av november 1986 utført fortløpende registrering av alle pasientkonsultasjoner ved legestasjonen i Hammerfest. Hensikten med undersøkelsen var å få et mål på omfanget av den kurative legetjenesten i denne perioden. All kurativ tjeneste i vanlig kontortid ble registrert, d.v.s. at konsultasjoner på vakt utenom kontortid ikke er inkludert.

Registrering av konsultasjoner/henvendelser ble foretatt av hver enkelt lege på et spesielt skjema som ble fylt ut i løpet av kontortiden etter hvert som pasientene var til konsultasjon.

Punching av registrerte data ble gjort etter hver arbeidsdag og senere databehandling er utført på tilgjengelig EDB-anlegg ved legestasjonen. Oppslutningen blant legene om undersøkelsen var meget god, og vi tror derfor at resultatene er pålitelige og rimelig fullstendige.

Bortsett fra at en av legene avviklet 2 ukers permisjon i forbindelse med nedkomst, hadde legestasjonen full legebemannning i registreringsperioden. Det ble totalt i løpet av 4-ukersperioden levert 95,5 legedagsverk i kurativ virksomhet. Dette tilsvarer ca 4,8 leger i kurativ virksomhet pr. dag i perioden.

Resultater

Heretter er "konsultasjon" og "henvendelse" brukt synonymt og refererer til en av de 5 konsultasjonstyper som er spesifisert under.

Det ble totalt registrert 2913 konsultasjoner. Disse fordeler

seg som vist i tabell 1 på de enkelte konsultasjonstyper.

Av tabellen framgår at hver lege hadde 17,8 kontorkonsultasjoner (inklusive utrykninger/sykebesøk) og 12,7 øvrige konsultasjoner pr. kurativt dagsverk, totalt 30,5 konsultasjoner pr. dag utenom legevakt.

Kjønns- og aldersfordeling

Denne fremgår av tabell 2:

Angivelsene av kjønn mangler på noen få registreringer. Summen av menn og kvinner blir derfor litt under 100%, både i de enkelte aldersgrupper og totalt.

Vi ser at bortsett fra i den yngste aldersgruppen (0-9 år) så er det overvekt av kvinner i alle aldersgrupper blant pasientene på legestasjonen. Overrepresentasjon av kvinner er ellers ganske jevn i de øvrige aldersgrupper (60-67%). Totalt sett utgjør kvinnene ca. 63% og mennene 36%.

Dersom vi ser på kontorkonsultasjonene isolert utgjør kvinner mellom 10 og 40 år 647 av 1700 pasienter, eller 44% av alle kontorkonsultasjoner. Aldersgruppen over 70 år (både kvinner og menn) utgjør 106 av 1700 pas., d.v.s. 6,2% av alle kontorkonsultasjoner.

Når det gjelder alderfordelingen i forhold til konsultasjonstype, merker en seg at pasienter over 60 år utgjør den største andelen blant de som har hatt behov for sykebesøk, nemlig 50% av alle (14 av 28 sykebesøk). Forøvrig har de eldre høy andel av "andre konsultasjoner", spesielt

resepter, og avtalte kontroller. Ellers er det ingen markante forskjeller med hensyn til alder og kjønn i denne sammenheng.

De to kvinnelige legene har en markant høyere andel kvinnelige pasienter sammenlignet med de øvrige (mannlige) legene, henholdsvis 72,8% og 71,7% kvinner, mens de øvrige legene har fra 56,3% til 66,3% andel kvinner blant sine pasienter.

Det er også en viss forskjell legene i mellom med hensyn til fordelingen av vanlige bestilte timer, kontrolltimer og øvrige konsultasjonstyper. Dette henger sammen med den praksispopulasjon hver enkelt lege har opparbeidet med hensyn til bl.a. alder og kjønn. De eldre får f.eks. i større grad enn de øvrige aldersgrupper tilsendt time for kontroll av forsekljellige kroniske sykdommer.

Konsultasjonsrater

Konsultasjonsraten (antall konsultasjoner pr. innbygger pr. år) for de enkelte aldersgrupper og kjønn framgår av tabell 3. Her har om vi forutsatt at de 4 ukene vi har registrert representerer et gjennomsnitt.

Konsultasjonsraten i registreringsperioden blir altså totalt 4,0 konsultasjoner pr. innbygger pr. år. Dersom en tar i betraktning at konsultasjoner på legevakt ikke er registrert, betyr dette at den reelle, totale konsultasjonsrate er 0,2-0,3 høyere enn hva vi har registrert.

For kontorkonsultasjonene isolert er konsultasjonsraten 2,4 ut fra



What is WONCA?

WONCA is the accepted name for the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Until 1972 there was a loose association of colleges and academies of general practitioners and family physicians, whose prime activity was to sponsor world conferences. At the 5th World Conference held in Melbourne in 1972, WONCA was formally inaugurated. Since then the affairs of WONCA have been under the control of a world council, comprising a representative of each member organization, meeting three yearly at world conferences. An executive meets annually to implement the decisions of council. Since 1972, the secretariat has been maintained in Australia.

What does WONCA do?

WONCA's most obvious activity is the sponsoring of world conferences for example, Mexico City in 1974; Toronto, 1976; Montreux, 1978; New Orleans, 1980; Singapore 1983; and London in 1986; and conferences are planned for Jerusalem in 1989 and Vancouver in 1992.

The objective of WONCA is to improve the quality of life of the peoples of the world through fostering and maintaining high standards of care in general practice/family medicine by:

- Providing a forum for exchange of knowledge and information between member organizations of general practitioners/family physicians.
- Encouraging and supporting the development of academic organizations of general practitioners/family physicians.
- Representing the educational, research and service provision activities of general practitioners/family physicians before other world organizations and forums concerned with health and medical care.

Full membership is available to national colleges, academies or organizations concerned with the academic aspects of general family practice. Usually there is only one such member for each nation, but the bylaws do permit admission of other international or national bodies as associate members providing they represent the academic interests of a significant number of general practitioners and are concerned with the educational or research aspects of general family practice.

Thirty-five member organizations are now represented. Several other national bodies are seeking membership.

What's in it for the individual general practitioner?

General practitioners can be part of this world organization by becoming direct members. As well as other advantages, direct members receive WONCA NEWS which includes the WONCA Research Newsletter. Involvement in the activities of standing committees is also encouraged.

How does WONCA work?

The real work of WONCA, its strength and its future depend on its standing committees which have world-wide representation and which deal with such major topics as:

- Medical education
- Research
- Classification of problems related to general family practice
- Practice management

WONCA has produced the now widely accepted and used **International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-Defined)**, the **International Classification of Process in Primary Care (IC-Process-PC)** and the **International Classification of Primary Care (ICPC)**. They are published by Oxford University Press.

WONCA has produced a literature index on family medicine - **FAMLI** - which includes references to articles in journals not listed in Index Medicus, as well as those already listed. **FAMLI** makes attainable those relatively inaccessible articles.

WONCA has collated examination techniques from many colleges and academies which are now used as a guide not only by other member organizations, but also by universities and other examining bodies. **The Assessment of Clinical Competence in General Family Practice**, published by M.T.F. Press, contains this material.

WONCA NEWS is published quarterly and distributed to member organizations and direct members. It contains news of WONCA activities and keeps readers in touch with events worldwide. **WONCA NEWS** is now published by Oxford University Press as part of **FAMILY PRACTICE An International Journal**, to which direct members are entitled to have a reduced subscription. The **WONCA Research Newsletter**, which details research activities in family medicine around the world, is published in **WONCA NEWS**.

WONCA is a non-governmental organization in official relations with the World Health Organization. This working relationship focuses on the classification of problems in primary care, the education and training of primary care professionals and the development of programmes of continuing education in relation to audit and quality assurance.

WONCA is also a non-governmental organization in consultative status with UNICEF.

WONCA as a world forum

General family practice is recognised worldwide as the cornerstone on which any cost effective health care system must be built.

WONCA provides an ongoing forum for the exchange of information and expertise between member organizations and individuals involved in general family practice, and provides a link with other world bodies involved in health care. It enjoys the support of member organizations and general practitioners/family physicians the world over. You are invited to participate in this worldwide forum by becoming a direct member of WONCA.

Contact: Dr Wes Fabb, WONCA 4th Floor 70 Jolimont Street Jolimont Victoria 3002 Australia

vår registrering. Samme korrek-
sjon for legevakt må gjøres her,
slik at den egentlige konsulta-
sjonshyppighet i legedistriktet
er noe høyere.

Noe forbausende er det at kon-
sultasjonsraten blant barn under
10 år er såvidt lav. Dette er
normalt en aldersgruppe med høy
frekvens av øvre luftveisinfek-
sjoner, som utgjør en betraktelig
del av pasientmassen. Kjønn-
fordelingen i denne aldersgruppen
er meget jevn.

I de øvrige aldersgrupper er
konsultasjonsraten hos kvinner
1,5-2 ganger høyere enn hos menn.
Spesielt kvinner mellom 20 og 29
år skiller seg ut med en meget
høy konsultasjonsrate (7,0). Ut
fra denne registreringen betyr
dette at kvinner i denne alders-
gruppen i gjennomsnitt kon-
sulterer lege oftere enn annen
hver måned.

Fordeling øyeblikkelig hjelp - vanlige timer

De tilsammen 1700 kontorkonsulta-
sjonene (inkl. sykebesøk) for-
deler seg med henholdsvis 972
vanlige timer og 728 på øye-
blikkelig hjelp, dvs. ca. 57% og
43% av alle. Størst andel øye-
blikkelig hjelp finnes i den
yngste aldersgruppen (0-9 år) med
61,4%, minst i den eldste alders-
gruppen (25%). Antall pasienter
på øyeblikkelig hjelp er størst
mandag og til dels tirsdag og
avtar gradvis utover i uka.
(Mandag ca. 40-50 pasienter pr.
dag, torsdag/fredag ca. 30-35 pr.
dag).

Blant legene var spredningen i
relativ andel ø.hj.-pasienter fra
34,3%-52,5%.

Diagnoser

Det ble registrert inntil 3 dia-
gnoser pr. pasient (hoveddiagnose
og inntil 2 bidiagnoser). Det
ble registrert diagnoser på i alt
2445 pasienter. Disse framgår av
tabell 4.

Da flere av pasientene har fått
mer enn en diagnose, vil summen i
prosent ytterst til høyre på
forrige side bli mer enn 100%.

Vi ser av tabellen at spesielt 2
sykdomsgrupper skiller seg ut,
nemlig øvre luftveisinfeksjoner
(16,4% av alle pasientene) og
sykdommer i muskel-skjelett-
systemet (20,9%). Andelen øvre
luftveissykdommer er mest sann-
synlig noe høyere enn "normalt".
Dette på bakgrunn av at vi hadde
en relativt utbredt virusepidemi

i distriktet mens registreringen
pågikk. Forøvrig utgjør pasi-
enter med psykiske sykdommer,
hudsykdommer og fysiske skader de
største gruppene. 93 pasienter
har ikke møtt til avtalt time.
Dette er 3,8% av alle pasienter
som har fått stilt diagnose.
Dersom en bare ser på kontor-
konsultasjonene (hvor alle disse
93 hører hjemme), så utgjør det
5,5% av alle pasientene. Dvs.
at ca. hver 20. pasient som har
bestilt time ikke møter opp hos
legen.

Dersom vi ser på de enkelte
aldersgrupper, fremkommer det til
dels betydelige forskjeller i
diagnoser, enkelte naturlige,
andre kanskje mer overraskende.
Øvre luftveisinfeksjoner fore-
kommer i all hovedsak hos pasi-



«Nach meinen Berechnungen hast du jetzt 358 Schläge und ich 357.»

enter under 40 år og er svært
hyppig hos barn (ca 40% av alle
pasienter under 10 år fikk denne
diagnosen). Psykiatriske lid-
elser er mest utbredt mellom 20
og 50 år.

Hjerte-karsykdommer og høyt blod-
trykk er hyppigst i de eldre
aldersgrupper (over 50 år). Kon-
sultasjoner for plager i muskel-
skjelettsystemet forekommer
hyppigst i aldersgruppen 30-40,
mens fysiske skader spesielt
rammer de litt yngre mellom 10 og
30 år.

Av de som ikke møter til avtalt
time er de unge voksne kraftig
overrepresentert.

Det er til dels liten kjønns-
forskjell med hensyn til dia-
gnose. En ser da bort fra opp-
lagte forskjeller som f.eks.
svangerskapskontroll. Urinveis-
infeksjon er imidlertid en sykdom
som i første rekke rammer
kvinner. I vår registrering fikk
60 kvinner denne diagnosen mot
bare 2 menn. Kvinnene utgjør også
mesteparten av pasientene innen-

for diagnosene genital infeksjon
og prevensjonsveiledning, hvilket
neppe er særlig overraskende.
Bare i to "nøytrale" diagnose-
grupper kan en påvise markant
kjønnsforskjell, nemlig fysiske
skader og "andre attester".
Begge disse diagnosene er mange
ganger hyppigere hos menn enn hos
kvinner. For attestenes vedkomm-
ende er såkalte mønstrings-
attester for sjøfolk sannsynlig-
vis hovedårsaken til denne for-
skjellen. Forøvrig tyder regist-
reringen på at menn er mye mer
utsatt for skader og arbeidsuhell
enn kvinner.

Bortsett fra de her anførte for-
skjeller, er det ingen signi-
fikante kjønnsforskjeller når det
gjelder diagnose.

Tiltak

Det ble registrert tiltak fra
legens side på tilsammen 2264 av
i alt 2913 pasienter. Inntil 3
tiltak ble registrert pr.
pasient. Summen av alle tiltak
vil således være større enn an-
tall pasienter. Tabell 5 angir
type, frekvens og sum av de
enkelte tiltak:

Det hyppigste enkelttiltak er
medikamentell behandling, og i
vår registrering omfatter dette
32,3% av samtlige pasienter, dvs.
ca. hver tredje pasient. I for-
hold til befolkningsmengden i de
enkelte aldersgrupper skrives det
oftest ut medikamenter til eldre
samt til barn under 10 år. Det
skrives oftere ut medikamenter
ved "øyeblikkelig hjelp"-kon-
sultasjoner enn ved "vanlige"
konsultasjoner.

22% av alle pasienten ble syk-
meldt. De fleste sykmeldinger
skjer i forbindelse med enten
"øyeblikkelig hjelp"-konsulta-
sjoner eller pr. telefon. En
betydelig andel av sykmeldingene
på telefon er erfaringsmessig
forlenging av sykmeldinger til
langtidssykmeldte eller pasienter
som går til jevnlig kontroll hos
legen. Frekvensen av sykmeld-
inger er høyest blant unge voksne
(20-40 år).

22,7% av pasientene behandles med
"råd/samtale", ofte som eneste
tiltak. Hyppigst er dette ved
telefonkonsultasjoner.

Forøvrig er det å merke seg at
kun 2% av pasientene ble henvist
til fysioterapeut. Dette er be-
tydelig lavere enn hva til-
svarende registreringer andre
steder har vist. Fenomenet inne-
bærer neppe et manglende behov,
snarere manglende tilgjengelighet
til og lang ventetid hos fysio-

Tabell 1

	Antall	Prosent
Konsultasjon-"vanlig"	1260 pas	43,3
Kontorkonsultasjon-avtalt kontroll	412 "	14,1
Utrykning/sykebesøk på dagtid	28 "	1,0
Telefonkonsultasjon	836 "	28,7
Annen kons. (urinprøver, resepter m.v.)	375 "	12,9
Totalt	2913 pas	100,0

Tabell 2

Alders- gruppe	Tot.ant.	%	Herav Menn	%	Herav kvinner	%
0-9 år	185	6,4	101	54,6	82	44,3
10-19 år	396	13,6	130	32,8	263	66,4
20-29 år	728	25,0	242	33,2	486	66,8
30-39 år	493	16,9	182	36,9	311	63,1
40-49 år	341	11,7	125	36,7	215	63,0
50-59 år	234	8,0	93	39,7	141	60,3
60-69 år	250	8,6	90	36,0	160	64,0
70 år	232	8,0	74	31,9	154	66,4
Alder uopp- gitt	54	1,9	10	18,5	19	35,2
	2913	100,1	1047	35,9	1831	62,9

Tabell 3

Aldersgruppe	Menn		Kvinner		Totalt	
	Innb.	Kons r.	Innb.	Kons r.	Innb.	Kons r.
00-09 år	648	2,0	569	1,9	1216	2,0
10-19 år	825	2,0	831	4,1	1656	3,1
20-29 år	827	3,8	907	7,0	1734	5,5
30-39 år	810	2,9	759	5,3	1569	4,1
40-49 år	574	2,8	490	5,7	1064	4,2
50-59 år	398	3,0	394	4,7	792	3,8
60-69 år	370	3,2	404	5,1	774	4,2
70 år -	245	3,9	355	5,6	600	5,0
H.fest/ S.sund	4697	2,9	4709	5,1	9406	4,0

"Innb." angir antall innbyggere i legedistriktet (Hammerfest og Sørøysund kommuner) pr. 1.1.86 i aldersgruppene og "Kons r." antall konsultasjoner pr. innbygger pr. år på de to kjønn og totalt i de enkelte aldersgrupper.

terapeut. Mange pasienter som kunne hatt nytte av fysikalsk behandling, får ikke slikt tilbud pga. dårlig kapasitet.

3,9% av pasientene ble henvist til sykehus-poliklinikk eller spesialist. Flere andre undersøkelser fra landet forøvrig viser en henvisningsfrekvens fra 3-10%. Hammerfest legedistrikt ligger således i nedre del av "normalområdet".

Som årsak til sykmelding er det spesielt 3 diagnoser som skiller seg ut, nemlig sykdommer i muskel/skjelettsystemet, fysiske skader og øvre luftveisinfeksjoner. Av 640 sykmeldinger utskrevet i perioden hadde til sammen 468 en av disse sykdomsgrupper som årsak. 218 hadde sykdom i muskel/skjelettsystemet som årsak til sykmelding, 55 hadde skader som årsak og 195 ble sykmeldt på grunn av øvre luftveisinfeksjoner (forkjølelse, influensa m.v.). Vi har kun registrert om pasienten ble sykmeldt eller ikke, sykmeldingens lengde i de enkelte tilfeller er ikke registrert. De fleste sykmeldinger for øvre luftveisinfeksjon er av kort varighet. Når det gjelder antall sykedager vil derfor denne gruppen bli relativt mindre betydningsfull enn de to andre.

Sammendrag

Denne registreringen viser at legesøkningen i Hammerfest legedistrikt er høy. Konsultasjonsraten (antall legekontakter pr. innbygger pr. år) er i gjennomsnitt 4,0 utenom legevakt. Til sammenligning opererer St.meld. nr. 12 med et estimert behov på 3,75 konsultasjoner pr. innbygger pr. år inkl. legevakt. I forhold til antall innbyggere i de enkelte aldersgrupper, er det størst bruk av legetjenester i aldersgruppen 20-29 år. Spesielt kvinner i denne aldersgruppen har en meget høy konsultasjonsfrekvens (7,0).

Årsakene til dette er vanskelig å ha noen sikker formening om. Befolkningen i Hammerfest er neppe generelt sykere enn i andre deler av Finnmark. Hammerfest legestasjon har imidlertid (i motsetning til mange andre kommuner) klart å opprettholde god bemanning på legesiden. Dette gjør at det er relativt kort ventetid for time hos lege (p.t. ca 1 uke) og "lettere å komme til". Sannsynligvis drar dette konsultasjonshyppigheten noe opp. Det høye forbruk av legetjenester hos unge kvinner har sannsynligvis en del av sin

Tabell 4

Diagnose	Hovediddia	Bidia 1	Bidia 2	Totalt	% av 2445 pas.
Øvre luftveisinfeksjoner	384	15	3	402	16,4
Urinveisinfeksjoner	62	0	0	62	2,5
Genital infeksjon	91	8	1	100	4,1
Andre infeksjoner	35	6	1	42	1,7
Svulster	20	4	1	25	1,0
Hormon/stoffskiftesykd.	5	3	0	8	0,3
Sukkersyke	22	4	1	27	1,1
Fedme/overvekt	0	6	1	7	0,3
Sykdom i blod/benmarg	5	1	0	6	0,2
Psyriske/mentale sykd.	122	28	7	157	6,4
Alkoholmisbruk	23	6	1	30	1,2
Nervesyst. sykd./hodepine	46	9	1	56	2,8
Øyesykdommer	74	15	2	91	3,7
Øresykdommer	41	7	3	51	2,1
Hjerte/kar-sykdommer	78	20	0	98	4,0
Høyt blodtrykk	45	14	3	62	2,5
Luftveissykdommer	60	16	6	82	3,4
Sykd. i fordøyelsesorg.	89	17	2	108	4,4
Genital/urinveissykd.	107	16	4	127	5,2
Svangerskapskontroll	88	2	0	90	3,7
Sykd. v. sv.skap/fødsel	14	2	0	16	0,6
Søknad om abort	5	0	0	5	0,2
Hudsykdommer	96	26	6	128	5,2
Muskel/ledd/skjelettsykd.	474	32	5	511	20,9
viske skader	127	8	2	137	5,6
virkn. av behandling	5	1	0	6	0,2
prebyggende tiltak	3	2	0	5	0,2
Prevensjonsveiledning	70	13	0	83	3,4
Trygdeattester	12	1	0	13	0,5
Andre attester	37	3	0	40	1,5
Sosiale problemer	17	10	0	27	1,1
Sympt/uklare sykd. bilder	95	28	1	124	5,1
Uteblitt fra time	93	0	0	93	3,8

forklaring i prevensjonsbruk med tilhørende kontroller, samt svangerskapskontroller. Uten at det fremgår av registreringen, er det også nærliggende å anta at arbeidstakere ved Nestle-Norge, Hammerfest, utgjør en betydelig andel av unge kvinner med plager i muskel/skjelett-systemet.

Muskel/skjelettsykdommer er den mest betydningsfulle gruppe m.h.t. både forbruk og legetjenester og som årsak til syk-melding. Fysioterapi er en av hjørnesteinene i behandlingen av denne pasientgruppen. Dette be-handlingstilbudet er meget be-grenset i våre kommuner. Både legene og pasientene føler dette som et savn. Tiltak for rekrutt-ering av fysioterapeuter bør der-for prioriteres.

Arbeidspresset i den kurative virksomheten ved Legestasjonen er høyt. 17,8 kontorkonsultasjoner + 12,7 øvrige konsultasjoner i gjennomsnitt pr. lege pr. dag er nær grensen for hva som er for-enlig med forsvarlig og god lege-virksomhet. Et godt arbeidsmiljø og en entusiastisk arbeidsstab gjør imidlertid at virksomheten må sies å fungere bra.

Tabell 5

Type tiltak	Hovedtiltak antall	Tiltak 2	Tiltak 3	Sum alle tiltak	% av 2913 pas.
Medikamentell behandling	684	232	24	940	32,3
Kirurgisk behandling	64	6	1	71	2,4
Fysiskalsk behandling	23	12	58	2,0	
Sykmelding	438	157	45	640	22,0
Attest/uttalelse	78	16	5	99	3,4
Råd/samtale	490	142	29	661	22,7
Observasjon/kontroll	105	27	10	142	4,9
Ekspektans/ingen tiltak	128	48	4	180	6,2
Lab. us/annen utredning	133	86	27	246	
Henv. sykehus/spesialist	71	32	10	113	3,9
Røntgenundersøkelse	38	21	3	62	2,1
Innleggelse	12	0	0	12	0,4
Ubesvart	649	-	-	649	22,3

13 spørsmål og tilfredsheit

□ Kjell Nordby □
allmennpraktiserende lege, Molde



Kjell N. er cand. med. fra Oslo 1973. Han har bl.a. arbeidet ett år ved 16. avdeling Ullevål sykehus og ett år ved Åsgård sykehus. Driver 1/2 almenpraksis i Molde fra 1978. For nye lesere gjentar vi at han sprakk på Birkebeineren i 1982.

Vinteren 1986 ble det gjennomført en brukerundersøkelse ved legesenteret i Molde. Senteret er en travel 4-legers praksis, og har bestått i 15 år. Tre av legene har holdt på siden starten, den fjerde stillingen har vært delt av et legeektepar i 8 år.

De viktigste grunnene til å gjøre en slik undersøkelse var:

1. Få et inntrykk av hvordan pasientene vurderte forholdene.
2. Tjene som grunnlag for endringer
3. Utvikle et redskap for hjelp til selvevaluering.

Videre måtte vi prøve å unngå å lage et for ambisiøst opplegg som ikke lot seg gjennomføre. Etter å ha konsultert inntil flere kloke "instituttthoder" endte vi opp med følgende:

Metode

Spørreskjemaet fikk plass på et A4-ark (Gjenngitt i ramme). Før vi satte igang fikk hver lege to skjemaer hver. På det første skulle avmerkes hvor han trodde pasientenes gjennomsnittsvar ville komme til å ligge, og på det andre skulle han merke av slik han selv mente det var rimelig. Slik kunne vi senere sammenlikne våre forventninger med de faktiske svar. Hver lege fikk 100 skjema, merket med hans initialer i det ene hjørnet. Pasientene fikk skjemaet når de meldte seg i skranken. En låst postkasse til å legge skjemaene i

var hengt opp ved utgangen. Uutfylte skjemaer som vi fant ved dagens slutt rundt om på senteret ble kastet. Skjemaet hadde visuelle analoge skalaer. Under bearbeidningen ble svarene fra 0 - 1,99 cm, 2,00 - 3,99 cm osv. samlet i egne kolonner.

Vi lagde åpne spørsmål. Vær oppmerksom på at skjemaet som følger disse artiklene er endret når det gjelder spørsmål 4 og 5. I vår enfoldighet trodde vi ikke at det gikk an at pasientene vurderte ventetida i den positive del av skalaen, men selvsagt er det mulig, så skjemaet er endret.

Svarprosenten var 63 - 86, gj.snitt 75). 3 - 7%, gj. snitt 5%, av skjemaene måtte forkastes pga feilaktig avkryssing. Svært få pasienter avsto å ta imot skjemaet i skranken, men noen eldre pasienter avsto fordi de manglet briller eller det var for vanskelig. Det var plass for kommentar til slutt, vi fikk inn 36 skjemaer der denne muligheten var benyttet.

Skjemaene ble utdelt fortløpende på enkelte dager slik at det vanlige forholdet mellom ø. hjelp og timeavtaler skulle være omlag som vanlig. Svarene er presentert i kolonner, legene er benevnt (fra venstre) A til og med E.

Legenes forventning om hva pasientene mente er merket med A - E over abscissen, og hvor de selv syntes var rimelig med små bokstaver fra a til og med e under abscissen.

Om tilgjengelighet

En brukerundersøkelse fra allmennpraksis.

6 spørsmål om tilgjengelighet

I det følgende skal vi se på de 6 første spørsmålene som gikk på tilgjengeligheten til senteret og legen.

Spørsmål 1

Hvordan vil du si det er å nå fram til vår resepsjon via telefon?

Svarene samler seg rundt midten, dvs. tilfredsstillende. Hvorfor dr. D har færre misfornøyde pasienter enn de andre, har vi ingen forklaring på.

Spørsmål 2

Hvordan vil du si det er å nå fram til legen via telefonen?

Dr. C har åpen telefon hele dagen, de andre 1/2 times telefonetid. Dr. C's pasienter synes å være noe mer fornøyd med det å nå fram (men er de pasientene som blir avbrutt inne på kontoret det?) I og med at det er noe lettere å nå fram til dr. C inne på kontoret, kan det kanskje forklare at hans pasienter er mest misfornøyd med det å nå fram til skranken (spørsmål 1). Ellers "bekrefter" svarene vårt inntrykk av at det er vanskelig å nå fram til dr. A i telefonen.

Spørsmål 3

Hvordan er det å få time hos egen lege?

Svarene uttrykker forholdsvis

uttalt misnøye. Mellom 46 og 63% synes det var nokså eller altfor lang ventetid. Dr. A (57%) og dr. E (63%) har til vanlig lengst ventetid. Dr. C hadde nylig redusert sin mottakskapasitet. Dette synes å bli avspeilet i svarene. At dr. A også har flest tilfredse pasienter skyldes muligens det forhold at han har endel ledige timer hvor han smetter inn endel som må inn.

Spørsmål 4

Hva synes du om ventetiden fra du bestiller til du får time?

Merk at vi ikke hadde svaralternativ fra 0 - 4;99 cm på vårt opprinnelige skjema, derfor en meget sterk opphopning av svar omkring tilfredsstillende, og at den venstre kolonnen samler svarene fra 5-5,99 cm. Dr. C og E har det yngste klientellet, og det er vist gjentagne ganger (1) at yngre er mer kritiske enn eldre. Dr. A, C, og E hadde på undersøkelsestidspunktet lengst ventetid.

Spørsmål 5

Hva synes du om ventetiden her idag?

Merk igjen at venstre del av skalaen manglet på vårt opprinnelige skjema. Snaut 60% synes at ventetiden er tilfredsstillende. Er det fordi de er vant til å vente lenge?? Underveis i undersøkelsen oppdaget vi at det en mangel at vi ikke fikk angitt hvor lenge folk faktisk måtte

vente, for dr. C og E's vedkommende la vi til spørsmål om det (nr. 14 på skjemaet). Dr. C gjennomsnittbli ventetid 24 min. og dr. E 25 min.. Og så kan man jo diskutere om folk burde være såpass tilfreds med ventetid av slik en lengde. Vi burde nok organisere driften slik at ventetida gikk ned.

Spørsmål 6

Hvordan ble du mottatt i skranken?

Personalet i skranken var svært spent på denne undersøkelsen. De ventet å høre mye negativt. Når så svarene ble så positive som de ble, tror jeg faktisk at det er nokså godt i overensstemmelse med "sannheten". Men noen er misfornøyd, og det skal ikke mange gufne episoder før det kan formørke en hel dag. Slike "sensibiliseringsperioder" er også velkjente for oss i vår kliniske praksis.

Diskusjon

Det er blitt påpekt en rekke ganger (2) at brukerundersøkelser i helsevesenet viser stor eller meget stor pasienttilfredshet. Etter min mening viser vår lille undersøkelse en nokså varierende grad av tilfredshet mellom ulike spørsmål og også mellom de forskjellige legene. Videre varierer svarmønsteret til en viss grad i overensstemmelse med faktiske forskjeller legene imellom når det gjelder ventetid og telefonpraksis, mens det i

spørsmål 6 er liten forskjell legene imellom, noe som man kunne forvente da skrankefunksjonen går uavhengig av den enkelte lege.

Ser man på hvordan legene har merket av sine egne vurderinger, og hvordan de trodde pasientene ville svare, ser man at de selv gjennomgående vil vurdere funksjonene som mer tilfredsstillende enn de tror pasientene vil vurdere dem, men forøvrig fordeler avkrysningene seg over tildels store deler av skalaen.

7 SPØRSMÅL OM TILFREDSHET

I denne delen av undersøkelsen ønsket vi å se på ulike elementer av selve konsultasjonen. Elementer vi vet har betydning for hvordan pasienten opplever møtet med legen/helsevesenet (3). Det kan være nifst å si sin mening om doktoren. I vår undersøkelse understreket vi at svarene var anonyme og at vi ønsket ærlige svar.

Spørsmål 7

Fikk du svar på det du lurte på/var redd for av legen?

Vi ser at svarene fordeler seg fra "tilfredsstillende" og mot "meget godt fornøyd". En viss variasjon legene imellom gir grunn til refleksjoner innad i en gruppe der vi kjenner hverandre godt - og hvor vi så desidert har forskjellig stil. Men den diskusjonen faller utenfor rammene for denne artikkelen, den hører til innad i gruppen. 0 - 7% scorer denne funksjonen negativt. Om det er for mye er vanskelig å si. Noen konsultasjoner må bli "mislykket", møtet lege/pasient vil ofte være svært personlig og viktig, og av det følger det at det også av og til må gå dårlig med enkelte konsultasjoner.

Spørsmål 8

Hvordan opplevde du at legen forstod dine spørsmål/problemer?

Dette spørsmålet var ment å rette søkelyset mot det empatiske element i konsultasjonen. Når det gjelder kolonnen for meget stor tilfredshet, varierer svarene der fra 48 til 79% (gj. snitt 61%). Dette avspeiler nok tildels forskjellig doktorstil, - men kanskje også ulik behov hos pasientene? De velger jo selv sin lege?

Spørsmål 9

Opplevde du at legen hadde kunnskap om det du lurte på/var plaget av?

Det er interessant å se at alle legene blir scoret lavere i venstre kolonne i spørsmål 9 enn på spørsmål 8. Det er et velkjent faktum (3) at legens adferd og interesse for pasienten er viktigere for pasienttilfredshet enn legens kunnskap slik pasientene vurderer den.

Spørsmål 10

Forstår du dine plager/tilstand bedre eller dårligere etter å vært hos legen i dag?

Sammenlignet med svarene på spørsmål 7, 8 og 9 ser man her en forskyvning fra venstre og mot midten som var benevnt "som før". Dette har sin naturlige forklaring i at over 2/3 av konsultasjonene ikke var ø.hjelp-konsultasjoner. En rekke av disse var kontroller der lite nytt kunne forventes å komme fram. Skjemaet gir anledning til å skille ut f.eks. førstegangs-kontrollene, det hadde vel vært mere interessant, men det har ikke vi gjort. At noen pasienter 0 - 5% (gj. snitt 1%) ser ut til å ha litt mer usikker etter konsultasjonen er beklagelig og tankevekkende.

Spørsmål 11

Hvordan er du istand til å takle dine plager/lege med din tilstand etter at du har vært hos legen idag?

Sammenlikner vi spørsmål 10 og 11, ser vi at pasientene scorer litt mer positivt på spørsmål 10 enn på 11, altså ta vi lykkes noe bedre med å formidle ny kunnskap/viten i forhold til det å hjelpe folk praktisk med å takle sine plager eller leve med sin tilstand. Igjen har vi bidratt til å gjøre det verre for noen få pasienter.

Spørsmål 12

Hva er ditt totalinntrykk av legebesøket?

Ser vi på spørsmål 7, 8 og 9 og sammenholder svarene med svarene på spørsmål 12, ser vi en mønsterlikhet spesielt i venstre kolonne (meget stor tilfredshet). Dr. A, C og E ligger hele tiden litt høyere i denne kolonnen. Når man veit at spørsmål 7, 8 og 9 omhandler viktige deler av konsultasjonen for pasientene, er det rimelig å forvente at man skulle finne igjen samme mønster i spørsmål 12. Å gå inn på hva som skaper disse forskjellene oss legene imellom er noe av det spennende og utfordrende i en slik selvevalueringprosess, men

ligger utenfor rammene av en slik artikkel.

Spørsmål 13

Hva syns du om å fylle ut et slikt skjema?

Pasientene er svært positivt innstilt til en slik undersøkelse, så man kan hvertfall ikke la være å gjøre en slik undersøkelse utfra argumentet om at pasienten ikke vil ta seg tid til å fylle ut et slikt skjema.

Til slutt var det åpen plass for kommentarer, ialt 36 pasienter benyttet seg av den muligheten (1-11).

Kommentarene var av fire hovedtyper:

1. For lang ventetid (9). To var positivt overrasket over kort ventetid i dag.

2. Positivt med en slik undersøkelse (6).

3. Kommentarer til driften av senteret forøvrig (12).

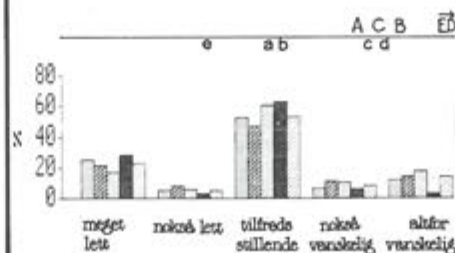
4. Ros til legen/skranken/laboratoriet (10).

DISKUSJON

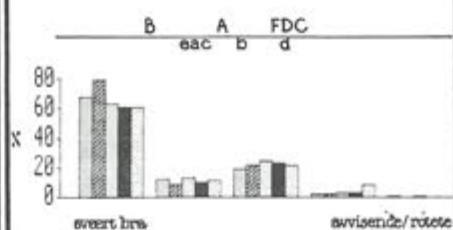
Er så pasientene tilfredse eller utilfredse? Og i hvilken grad bør tilfredshet være et mål i seg selv? Økt pasienttilfredshet medfører bl.a. at pasientene gjennomfører behandlingsopplegg i større grad, og det er jo vanligvis en fordel. De som har satt seg inn i litteratur omkring dette emnet (2), mener det er et problem at svarene generelt er meget positive, og at det viser seg vanskelig å få fram misnøye. Tilfredshet er på den ene side avhengig av pasientens forventninger. Det betyr at man godt kan være tilfreds med en dårlig helsetjeneste. På den annen side er det endel faktorer som gjenlagte ganger er identifisert som viktige for at pasientene skal vurdere en konsultasjon som bra (3).

I alle spørsmålene fra 7 til 13 er det noen få (0-7%) som har vurdert funksjonene som utilfredsstillende i moderat eller i uttalt grad. Utifra vår generelle viten om slike spørreundersøkelser må vi gå fra at disse er betydelig misfornøyd. Men er det disse få som driver fram de store kriseoverskriftene i aviser og ukeblad, eller er også mange av de resterende egentlig også misfornøyd? Kanskje burde vi ha spurt om i hvilken grad folk kunne tenke seg å

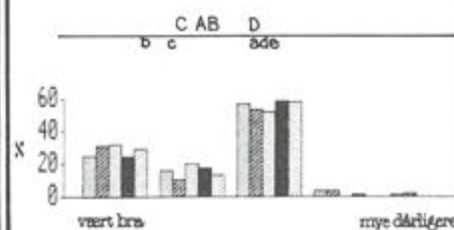
Spørsmål 1



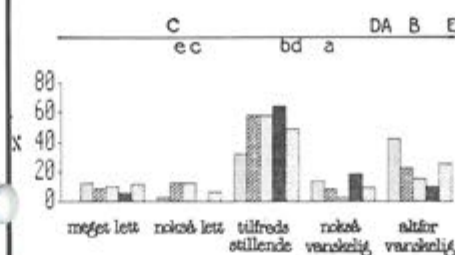
Spørsmål 6



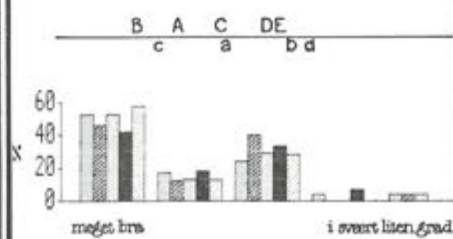
Spørsmål 11



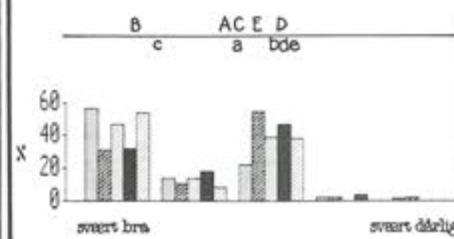
Spørsmål 2



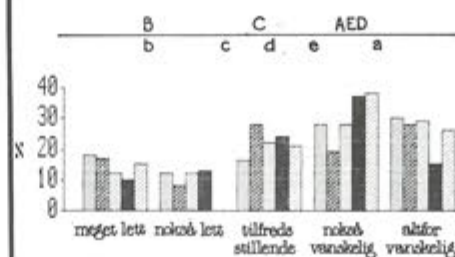
Spørsmål 7



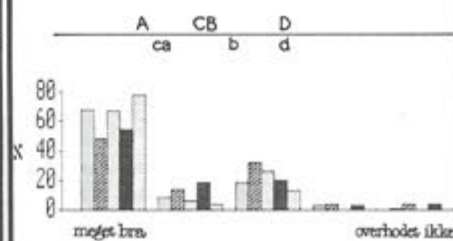
Spørsmål 12



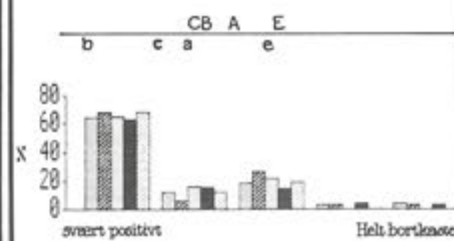
Spørsmål 3



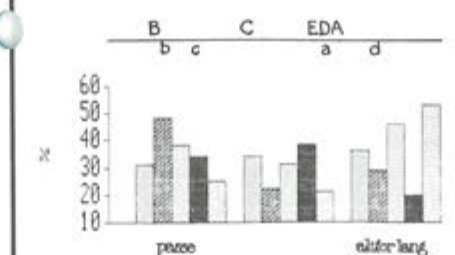
Spørsmål 8



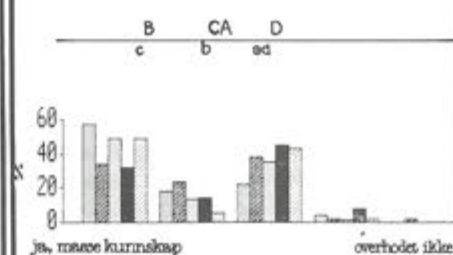
Spørsmål 13



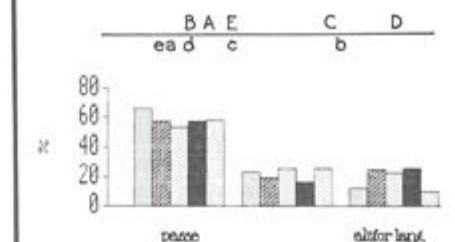
Spørsmål 4



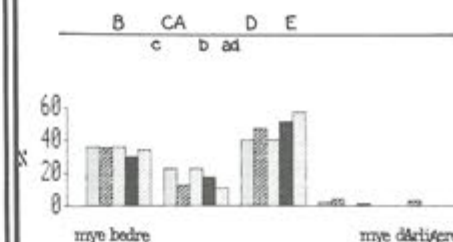
Spørsmål 9



Spørsmål 5



Spørsmål 10



A
B
C
D

Hva legen trodde pasientene mente: A - E

Hva legen syntes selv: a - e

skifte lege? Hva betyr det f.eks. at folk er middels fornøyd med lege/pasient - forholdet?

For endel av pasientene er ikke denne kontakten så viktig at lege/pasientforholdet betyr så mye i deres liv. (Det er tross alt ikke noe ekteskap selvom det av og til kan bli et hat - kjærlighetsforhold ut av det!) Og endel av disse pasientene er neppe interessert i å investere særlig mye i dette forholdet. Dette ikke som noen unnskyldning for dårlige lege/pasientforhold, men dette forholdet er ingen soloprestasjon fra legens side, det er et samspill hvor også pasientens holdning og vesen spiller inn. Både pasient og lege bør av og til ta initiativ til å få til et skifte over til annen lege.

Ware & al. (4) sier at det er vanskelig å måle pasienters tilfredsstillelse med helse-tjenestens tekniske kvalitet - det overlates legen å vurdere. Tilfredsstillelsen går i stor grad på hvordan man blir møtt av helsevesenet. Måten å gjøre prosedyrer på (5) blir viktigere enn det faktiske innholdet når det gjelder å påvirke lege-pasient-interaksjonens stabilitet fordi lekmannen mangler forutsetning for å vurdere hensiktsmessigheten av prosedyren.

Selvevaluering er derfor viktig. Vårt enkle spørreskjema kan være en måte å gjøre det på. Selv om spesielt svarene på spørsmål 7 - 13 blir plassert på den positive delen av skalaen, blir ulike funksjoner vurdert forskjellig, og legene vurderes også ulikt i varierende grad. Skjemaet får altså fram ulikheter. En slik undersøkelse kan være et incitament til å se nærmere på sin egen og eventuelt sine kollegers praksis. Det bør gjøres med omtanke og forsiktighet (3) for at evalueringsprosessen skal føre til positive endringer.

Man legger merke til at vi stort sett har scoret våre egne vurderinger av funksjonene med forholdsvis stor spredning, men med en tendens til ikke å bevege oss ut mot ytterkantene på skalaen. En unnlot å besvare noen av spørsmålene. Vi har antatt at pasientene er mer misfornøyd. Denne forventningen er nok delvis basert på direkte kommentarer, men i vel så stor grad på det inntrykk som skapes gjennom pressen. Vi opplevde pasientenes evaluering av konsultasjonen som en gledelig og (kanskje litt uventet) støtte på at vi ofte gjør en brukbar jobb. Det var enkelte av oss som var mer for-

BRUKERUNDERSØKELSE VED

Til dere som mottar dette skjemaet: Vi på dette legekontoret vil gjerne forsøke å få et inntrykk av hvordan viktige deler av kontoret fungerer, og hvordan vi selv fungerer i forhold til våre pasienter. Derfor har vi laget dette skjemaet som vi håper du vil fylle ut mens du er her idag. Vi ber om oppriktige svar, og det er selvsagt lov til å gi både ros og ris.

Besvarelsene er anonyme, men vi vil gjerne ha med kjønn og alder. Litt om utfyllingen: Til hvert spørsmål bærer en svar-skala, og der skal du krysse av ditt svar. Skalaen er 10 cm lang, og du søker av med et kryss omtrent der du mener svaret bør ligge. Det finns ikke rette eller gale svar her, det er hele tiden DIN mening vi er ute etter. Streken kan plasseres hvor som helst på skalaen. Syns du f. eks. at noe fungerer temmelig dårlig, krysser du av et sted mellom "tilfredsstillende" og "svært dårlig".

Ikke bruk lang tid på utfyllingen - vi er interessert i dine umiddelbare svar. Du skal helst fylle ut dette skjemaet uten hjelp av personalet eller legen, men spør hvis det er noe du ikke forstår.

På forhånd takk!

ER DU HER P.G.A.

☐ Rutinesjekk/kronisk tilstand

☐ Halvøyeblikkelig hjelp - kan vente bare få dager

☐ Øyeblikkelig hjelp

☐ mann

☐ kvinne

☐ alder, event. på den som følger barn

ORS: Spørsmål 1 - 6 kan besvares før du har vært inne hos legen. 7 - 14 må besvares etterpå.

- Hvordan vil du si det er å nå fram til vår resepsjon via telefon?
Svært lett lett noe vanskelig alifor vanskelig
- Hvordan vil du si det er å nå fram til legen via telefonen?
Svært lett lett noe vanskelig alifor vanskelig
- Hvordan er det å få time hos egen lege?
Svært lett lett noe vanskelig alifor vanskelig
- Hva syns du om ventetiden fra du bestiller til du får time?
Svært tilfredsstillende lett noe vanskelig alifor vanskelig
- Hva syns du om ventetiden her idag?
Svært tilfredsstillende lett noe vanskelig alifor vanskelig
- Hvordan ble du mottatt i skranken?
Svært tilfredsstillende lett noe vanskelig alifor vanskelig

- Fikk du svar på det du lurte på/ var redd for av legen?
Ja, i meget stor grad Ja, noe Nei, lite Nei, overhodt ikke
- Hvordan opplevde du at legen forsto dine spørsmål/problemer?
Svært bra Bra Lite bra Svært dårlig
- Opplevde du at legen hadde kunnskap om det du lurte på/var plaget av?
Svært bra Bra Lite bra Svært dårlig
- Forstår du dine plager/tilstand bedre eller dårligere etter å ha vært hos legen i dag?
Svært bra Bra Lite bra Svært dårlig
- Hvordan er du istand til å takle dine plager/leve med til tilstand etter at du har vært hos legen i dag?
Svært bra Bra Lite bra Svært dårlig
- Hva er ditt totalinntrykk av legebesøket?
Svært bra Bra Lite bra Svært dårlig
- Hva syns du om å fylle ut et slikt skjema?
Svært positivt Positivt Lite positivt Negativt
- Hvor lenge ventet du idag for å komme inn til legen?
0 10 20 30 40 50 60 minutter 1 2 3 4 5 6 timer

HAR DU KOMMENTARER TIL DETTE SKJEMAET ELLER FORHOLD VED LEGEKONTERET FORSVRIG - SKRIV NEDENFOR:

nøyd med seg selv. Dette mønsteret ga støtet til endel filosofering og kommentarer oss legene imellom da vi gjennomgikk undersøkelsen.

Det kom tildels skarpe kommentarer om lang ventetid. Vi har prøvd å gjøre noen endringer for å bedre dette. Noen videre fellesdiskusjon har vi ikke hatt, men den enkelte har nok sittet og kikket litt på resultatene i sitt lønnskammer.

VEIEN VIDERE

Artikkelforfatteren er med i fagutvalget i Aplf. Der har vi diskutert alternative kursformer. En slik undersøkelse teller ihvertfall foreløpig ikke som kurstimer. Men for å se hvordan almenpraktikere reagerer på tilbudet om å gjøre en slik evaluering, sendte jeg ut vårt spørreskjema til 55 leger i Romdalsregionen. To stykker gjennomførte undersøkelsen innen fristens utløp. Ved å kopiere opp det etterfølgende spørreskjema vil man lettvis kunne gjøre en slik undersøkelse sjøl. Man kan legge til eller utelate enkelte spørsmål, og man kan legge inn rubrikker for flere data enn alder, kjønn og konsultasjonstype hvis man ønsker dette. Vil noen ha det oppsett som gikk ut til legene her med nokså detaljert framgangsmåte, kan de henvende seg til undertegnede. LYKKE TIL!

LITTERATUR

1. Almind G, Brøgger R, Holstein BE, Much-Petersen, Ravn J. Service i almenpraksis - en forbrugerundersøkelse. Ugeskrift Læger 1978; 140:1453-41.
2. Hofoss D. Hva vet vi om pasienttilfredshet. Tidsskr nor lægeforen nr 14, 1986; 1188-95.
3. Pendleton D & al. The Consultation. Oxford General practice Series 6. Oxford University Press.
4. Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR. Some issues in the measurements of patient satisfaction with health care service. The Rand paper series P-6021 Nov 77.
5. Ben Sira Z. The function of the professional affective behavior in patient satisfaction: A revised approach to social interaction theory. J of Health and Social Behaviour 1976; 17: 3-11.

Streiflyt fra min plattform:

Belastnings- sykdommer i allmennpraksis, Soria Moria 30/3-1/4 1987

Refleksjoner etter kurset

☐ Lisbet Bugge
fysioterapeut/mensendieck-
sykegymnast

Allmennpraktikere er de leger jeg gjennom tiden har fått de fleste rekvisisjoner fra, så jeg var glad for å få delta på kurset som var meget givende for meg. Men av det som fremkom, følte jeg et misforhold i årsaker til belastningssykdommer mellom det psykososiale og det somatiske.

Det psykososiale fikk god dekning, mens kroppens feilbelastninger ikke ble berørt, kanskje influert av at ordet holdning lenge har vært et tabuord.

Mitt virke siden 1928 har vært hovedsakelig å behandle, dels pasienter med belastningssykdommer, og dels gitt profylaktisk gymnastikk på små partier. Det var kroppen jeg skulle påvirke, ut fra anatomisk og fysiologisk viten med 3 fysiologiske krumninger av columna, avbalansert i tyngdelinje. Pust og avspenning var viktig for det psykiske.

I 1933 anmodet dr. Trygve Braatøy meg om å gi to partier pr. uke for de nervøse på Psykiatrisk Klinik, hvor han den gang var assistentlege. Prof. Ragnar Vogt hadde svært motvillig samtykket i dette, for det var jo ikke kroppen som feilte noe hos disse pasientene.

I mine samtaler med dr. Braatøy om våre felles pasienter fikk jeg god innsikt i forholdet psyke/soma. Like etter krigen gikk jeg så på kurs hos dr. Nic Waal, som jeg også hadde pasienter fra, pluss pasienter fra endel andre psykiatere.

Etterhvert ble viten om kroppen som sete for våre følelser allment anerkjent, og en god glose av betydning ble tilføyet: Det sosiale.

Vi har nå lenge hatt innsikt i betydningen av det psykososiale som faktor for sykdommer i skjelettmuskelsystemet, dvs. belastningssykdommer. Vi vet hvordan denne viten lenge er utnyttet positivt i skoler, på arbeidsplasser og i bedrifter osv. og har gitt oss bedre forståelse av mennesket som helhet.

Det går moter i så mangt, bl.a. kroppsmoter. Jeg har gjennom årene instruert alle typer, fra våre besteforeldre og oldeforeldre, hvis kropp var utformet før 1914, via franske kvinner som gjorde opprør etter 1. verdenskrig og skapte typen "la garconne" som trakk baken og magen inn, dertil arvtageren "Twiggy" i London.

Og restene etter disse bølgen må vi fortsatt motarbeide. Her spiller selvfølgelig det psykiske inn som årsak til uheldige belastninger i lumbalcolumna, særlig hos dem med fintfølelse nerver og komplekser. Unge piker

kopierer så lett mannekenger!

De færreste foreldre i dag påvirker sine barn så de beholder en hensiktsmessig kroppsholdning. Alle disse forskjellige holdningstyper som kan gi feilbelastninger og smerte, har jeg ved øvelesesbehandling og holdningskorreksjon prøvd å tilnærme våre anatomiske normer, vel vitende om at også psykiske forhold påvirker vår holdning.

Men jeg er bare autorisert til å tå meg av det fysiske, så min innsikt i det psykososiale kan jeg bare anvende i form av forståelse og medmenneskelighet. Og man opplever stadig at det er en psykisk fordel for pasientene, hvis behandlingen virker så smertene avtar eller blir borte. Det er ikke her snakk om psykiatriske kasus, de må ha et annet opplegg i samarbeide med psykiateren.

Dette er spede tilbakeblikk fra en fysioterapeut for å belyse tilblivelsen av den psykososiale bølge, som var ment å gå hånd i hånd med den somatiske vurdering for å få innblikk i hele mennesket.

Til helheten hører også nutrisjon til våre vevstrukturer som er underlagt belastningen på knokkelvev, brusk og muskulatur, som igjen kan influere på nerve-rotter. Da kommer den lumbale lordose i søkelyset som et ledd i å forebygge belastningssykdommer. Dette har prof. Ivar Alvik i 1960-årene påpekt i en artikkel i Aftenposten: "Flattrygger er noe av det vanskeligste vi har!"

Av interesse er også å få folks uvitenhet om egen kropp, så alt for mange tror at korsryggen skal være rett som en blyant! For egen regning vil jeg også tilføye: En alt for vanlig feilbelastning er recliner thoracaldel som fremkaller en høy svai bak tyngdelinjen så muskulaturen blir ubelastet. Dette gir drag på nerve-rotter ifølge Alf Breigs arbeide (forhenværende prof. v/Karolinska sjukhuset).

Disse tanker må holdes i hevd og videreutvikles som verdige partnere til det psykososiale, så begge disse faktorer er på plass i vurderingen, til beste for pasientene.

Kunne leger og fysioterapeuter gå sammen om å oppvurdere glosen holdning som beholder de 3 fysiologiske krumninger med kropps-tyngden mot foten, og baken får lov å være bakerst? Dette burde barn og ungdom lære i gymnas-tikken på skolen.

Belastnings- sykdommer i allmennpraksis,

□ Øystein Pedersen/Kjell Nordby □
Molde

I månedskiftet mars/april ble det arrangert et tredagers nordisk kurs om belastningssykdommer i almenpraksis på Soria Moria. Ca. 150 leger var med, snaut 30 kom fra våre skandinaviske naboland. For to år siden var det et liknende kurs i Uppsala om infeksjonssykdommer, og i løpet av 1988 vil det bli arrangert et nordisk kurs for almenpraktikere i Århus. Arrangørene: NSAM og Institutt for almenmedisin i Oslo samt deres skandinaviske kontakter synes å være innstilt på at dette er noe som skal fortsette framover.

Kurset inneholdt både forelesninger og endel timer med gruppearbeid hvor man på forhånd hadde prioritert sin interesse mellom ialt 13 forskjellige gruppetemaer.

Hvordan fungerte så kurset?

Møteledelsen lovet oss svært profesjonelt gjennom tre dager, fulgte tidsskjemaet omtrent til punkt og prikke, sekretær og altmuligmann Jens Eskerud var riktignok litt svett av og til, - det er mye som må ordnes selv underveis i et kurs. Foreleserne, de fleste norske, men også svenske og danske, var stort sett gode, men det er sjelden noen blir mer relevante enn en godt forberedt almenpraktiker. Selv om nok spesialister kan komme med mer spesialisert stoff, merker man ofte at de ikke alltid klarer å relatere sin viten til forholdene i almenpraksis.

Endel av gruppelederne følte seg litt "bondefanget", de skulle sannsynligvis vært bedre for-

beredt på hva gruppen skulle fram til. Først underveis fikk vi skikkelig greie på at kursledelsen ønsket å utgi gruppenes skriftlige resymeer i en eller annen hefteform. Det var nok enkelte av oss som følte at dette var vel pretensiøst vurdert utifra det kunnskapsnivå vi selv syntes vi hadde om emnet.

Evaluerings

Var så folk fornøyde? Kursledelsen unnlot ihvertfall å skaffe seg skikkelig rede på dette ved at både skriftlig og i realiteten muntlig evaluering ikke kom på programmet. De mente at de var såpass drevne at de klarte å snappe opp stemningen i pauser og ved måltidene. Dem om det, de unngikk ihvertfall en skikkelig evaluering på det viset. Selv hørte vi alt fra sterk ros til misfornøyde grynt, og når vi så begynte å spørre ut folk fant vi ut en viktig ting: Tilfredsheten varierte med hvilke forventninger folk hadde til kurset. Såre enkelt, men uhyre viktig. Og det var tydelig at noen hadde hatt forventninger om et noe annerledes kurs. Og her kommer vi til et viktig poeng: Vi er antakelig altfor lite flinke til å avvertere våre kurs på en proff måte. Skal man evaluere, må det gjøres utifra en målbeskrivelse. Og denne bør stå i utlysningen av hvert kurs. Da kan man se hva dette er ment å skulle være, og man vil ikke så lett bli skuffet fordi man trodde dette var noe annet enn det det viste seg å bli. På det viset vil man unngå endel misnøye som ofte er der selv om kurset i og for seg er bra nok.

ALTSÅ: Om kurset "traff" vet vi ikke, for vi vet ikke sikkert hva målet var, men vi vet at det blir flere slike kurs. LYKKE TIL.

Verakard
(verapamil)

til behandling av bl.a.:

- Høyt blodtrykk
- Angina pectoris

HVORDAN SPARE 44%? NYE PRISER PR. 1/3-87.

Pakninger og priser pr. 1.3.87:

Injeksjonsvæske: 5 amp. á 2 ml kr. 18,15.

Infusjonskonsentrat:
6 hettegl. á 20 ml kr. 182,05.

Tabletter:

40 mg: 30 stk. kr. 21,75.

100 stk. kr. 41,70.

80 mg: 30 stk. kr. 38,15.

100 stk. kr. 82,05.

250 stk. kr. 171,05.

120 mg: 30 stk. kr. 55,25.

100 stk. kr. 123,80.



NYCOMED
Legemidler

Postboks 4284 Torshov, 0401 Oslo 4.
Tlf. (02) 22 62 60.

Se felleskatalogen.

kopierer så lett mannekenger!

De færreste foreldre i dag påvirker sine barn så de beholder en hensiktsmessig kroppsholdning. Alle disse forskjellige holdningstyper som kan gi feilbelastninger og smerte, har jeg ved øvelesesbehandling og holdningskorreksjon prøvd å tilnærme våre anatomiske normer, vel vitende om at også psykiske forhold påvirker vår holdning.

Men jeg er bare autorisert til å tå meg av det fysiske, så min innsikt i det psykososiale kan jeg bare anvende i form av forståelse og medmenneskelighet. Og man opplever stadig at det er en psykisk fordel for pasientene, hvis behandlingen virker så smertene avtar eller blir borte. Det er ikke her snakk om psykiatriske kasus, de må ha et annet opplegg i samarbeide med psykiateren.

Dette er spede tilbakeblikk fra en fysioterapeut for å belyse tilblivelsen av den psykososiale bølge, som var ment å gå hånd i hånd med den somatiske vurdering for å få innblikk i hele mennesket.

Til helheten hører også nutrisi til våre vevstrukturer som er underlagt belastningen på knokkelvev, brusk og muskulatur, som igjen kan influere på nerve-rotter. Da kommer den lumbale lordose i søkelyset som et ledd i å forebygge belastningssykdommer. Dette har prof. Ivar Alvik i 1960-årene påpekt i en artikkel i Aftenposten: "Flattrygger er noe av det vanskeligste vi har!"

Av interesse er også å få folks uvitenhet om egen kropp, så alt for mange tror at korsryggen skal være rett som en blyant! For egen regning vil jeg også tilføye: En alt for vanlig feilbelastning er reclinert thoracaldel som fremkaller en høy svai bak tyngdelinjen så muskulaturen blir ubelastet. Dette gir drag på nerve-rotter ifølge Alf Breigs arbeide (forhenværende prof. v/Karolinska sjukhuset).

Disse tanker må holdes i hevd og videreutvikles som verdige partnere til det psykososiale, så begge disse faktorer er på plass i vurderingen, til beste for pasientene.

Kunne leger og fysioterapeuter gå sammen om å oppvurdere glosen holdning som beholder de 3 fysiologiske krumninger med kroppstyngden mot foten, og baken får lov å være bakerst? Dette burde barn og ungdom lære i gymnastikken på skolen.

Belastnings- sykdommer i allmennpraksis,

□ Øystein Pedersen/Kjell Nordby □
Molde

I månedskiftet mars/april ble det arrangert et tredagers nordisk kurs om belastningssykdommer i almenpraksis på Soria Moria. Ca. 150 leger var med, snaut 30 kom fra våre skandinaviske naboland. For to år siden var det et liknende kurs i Uppsala om infeksjonssykdommer, og i løpet av 1988 vil det bli arrangert et nordisk kurs for almenpraktikere i Århus. Arrangørene: NSAM og Institutt for almenmedisin i Oslo samt deres skandinaviske kontakter synes å være innstilt på at dette er noe som skal fortsette framover.

Kurset inneholdt både forelesninger og endel timer med gruppearbeid hvor man på forhånd hadde prioritert sin interesse mellom ialt 13 forskjellige gruppetemaer.

Hvordan fungerte så kurset?

Møteledelsen loset oss svært profesjonelt gjennom tre dager, fulgte tidsskjemaet omtrent til punnkt og prikke, sekretær og altnuligmann Jens Eskerud var riktignok litt svett av og til, - det er mye som må ordnes selv underveis i et kurs. Foreleserne, de fleste norske, men også svenske og danske, var stort sett gode, men det er sjelden noen blir mer relevante enn en godt forberedt almenpraktiker. Selv om nok spesialister kan komme med mer spesialisert stoff, merker man ofte at de ikke alltid klarer å relatere sin viten til forholdene i almenpraksis.

Endel av gruppelederne følte seg litt "bondefanget", de skulle sannsynligvis vært bedre for-

beredt på hva gruppen skulle fram til. Først underveis fikk vi skikkelig greie på at kursledelsen ønsket å utgi gruppenes skriftlige resymeer i en eller annen hefteform. Det var nok enkelte av oss som følte at dette var vel pretensiøst vurdert utifra det kunnskapsnivå vi selv syntes vi hadde om emnet.

Evaluerings

Var så folk fornøyde? Kursledelsen unnlot ihvertfall å skaffe seg skikkelig rede på dette ved at både skriftlig og i realiteten muntlig evaluering ikke kom på programmet. De mente at de var såpass drevne at de klarte å snappe opp stemningen i pauser og ved måltidene. Dem om det, de unngikk ihvertfall en skikkelig evaluering på det viset. Selv hørte vi alt fra sterk ros til misfornøyde grynt, og når vi så begynte å spørre ut folk fant vi ut en viktig ting: Tilfredsheten varierte med hvilke forventninger folk hadde til kurset. Såre enkelt, men uhyre viktig. Og det var tydelig at noen hadde hatt forventninger om et noe annerledes kurs. Og her kommer vi til et viktig poeng: Vi er antakelig altfor lite flinke til å avvertere våre kurs på en proff måte. Skal man evaluere, må det gjøres utifra en målbeskrivelse. Og denne bør stå i utlysningen av hvert kurs. Da kan man se hva dette er ment å skulle være, og man vil ikke så lett bli skuffet fordi man trodde dette var noe annet enn det det viste seg å bli. På det viset vil man unngå endel misnøye som ofte er der selv om kurset i og for seg er bra nok.

ALTSÅ: Om kurset "traff" vet vi ikke, for vi vet ikke sikkert hva målet var, men vi vet at det blir flere slike kurs. LYKKE TIL.

Allmennedisinsk kvinneforskning:

Fra ide til prosjekt

ARBEIDSSEMINAR 3.-5. DESEMBER 1987 på Soria Moria

Seminarer arrangeres av NAVF's sekretariat for kvinneforskning og kvinner i forskning i samarbeid med NAVF Program for allmennmedisinsk forskning. Målsettingen er å rekruttere kvinner til allmennmedisinsk kvinneforskning ved å ta utgangspunkt i deres egne ideer, og gjennom seminarer bidra til strukturering, håndterbarhet og forskbarhet av disse.

Seminarer er først og fremst beregnet på kvinnelige allmennpraktikere uten forskningserfaring, men med konkrete prosjektideer. Nybegynnere innen forskning er særlig velkomne. Andre interesserte kan komme i betraktning dersom plassen tillater det.

Arbeidsformen på seminarer vil være verkstedpreget utviklingsarbeid omkring de enkelte prosjektideene, kombinert med plenumsinnlegg og spilleregler og ressurser. Deltakerne må regne med høy grad av egenaktivitet knyttet til egne ideer.

Ansvarlige for planlegging av seminarer er medisinalråd Anne Alvik (Helsedirektoratet/Styringsgruppen NAVF Program for allmennmedisinsk forskning), førsteamanuensis Kirsti Malterud (Inst. for allmennmedisin, Bergen), daglig leder Aina Schiøtz (NAVF's sekretariat for kvinneforskning og kvinner i forskning) og forsker Kitty Strand (Inst. for forebyggende medisin, Oslo).

Spesialistkomiteen i allmennmedisin har godkjent seminarer med 18 tellende timer. Henvendelser snarest til NAVF's sekretariat for kvinneforskning og kvinner i forskning, Sandakerveien 99, 0483 Oslo 4.



Solstrandprisen 1988

Send inn manuskript til en forelesning om et selvvalgt almenmedisinsk emne. Emnet kan være fra almenmedisinsk klinikk, forskning, etikk, administrasjon, fagpolitikk, etc.. Beste manuskript blir premiert og presenteres på Solstrandkurset, i uke 22 1988.

Manuskriptet bes lagt i kodet anonym konvolutt, og navn og adresse på forfatteren bes lagt ved i lukket konvolutt merket med samme kode.

Svarfrist 10. april 1988.

MINIKONGRESS

I tillegg vil det i 1988 bli holdt minikongress -frie foredrag. Folk med ideer og prosjekter innen almenmedisinsk forskning bes sende inn resyme. Frist til påmelding 10. april.

Manuskripter og resymeer sendes til: Solstrandkurset 1988 v/Åge Dahl. Legesenteret, 5033 Fyllingsdalen.

Pris for internasjonal forskning i allmennpraksis

Allmennpraktikere fra mer enn ett dusin land i Vest- og Østeuropa har etablert en gruppe som møtes regelmessig for å diskutere forskningsprosjekt og metodologi der allmennpraksis i de ulike land sammenlignes. (European General Practice Workshop, E.G.P.R.W.)

For å stimulere den videre utvikling av internasjonale forskningsprosjekter ønsker vi å organisere en konkurranse. Prisen, sponset av G. D. Searle & Co. vil bli tildelt beste forsøksprotokoll. Protokollen bør:

- A. Være utformet slik at prosjektet involverer minst to europeiske land.
- B. Konsentrere seg om pasienter og faktorer relatert til deres helsetilstand.
- C. Være konkret hva gjelder prosjektkostnader, antall pasienter o.s.v..

Ideelt sett omfatte tilstander der man vil regne med internasjonale ulikheter.

Fortrinn vil bli gitt til prosjekter relatert til AIDS og HIV-infeksjon.

Siste frist for innlevering: 31. mars 1988.

For ytterligere opplysninger kan du kontakte dr. Paul Wallace, Secretary E.G.P.R.W., The Department of General Practice, Lisson Grove Health Centre, Gateforth Street, London NW8 8EG,

eller Dag Bruusgaard, Institutt for allmenntilleggsmedisin, Frederik Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2.

SIMG's vårkongress 1988

Den europeiske allmennpraktikerorganisasjonen SIMG's 38de internasjonale kongress finner sted i Trondheim i dagene 29.mai-1. juni 1988. Tema: Diabetes i allmennpraksis. Dyspepsi. Søvnforstyrrelser og søvnrelaterte sykdommer. Etterutdannelse i allmennpraksis. Foredrag og posters basert på undersøkelser utgående fra allmennpraksis er velkomne og må meldes før 15. januar 1988. Kongressens språk er engelsk og tysk med simultanoversettelse av plenumsforedrag. Nærmere opplysninger: Ola Lilleholt, N-6657 Rindal. Telefon 073-65217 (dag) eller 073-65125 (kveld).

Kognitiv terapi - ett alternativ?

Börje Wallheden
företagsöverläkare, Borås kommun,
Sverige



Börje W. Norgesvenn, Utpostenvenn og stuntpoet. Flere ganger har han sendt dikt til Utposten. Denne gang tar vi med en bokomtale og ett av de diktene han skrev etter å ha vært med som observatør på veilederkurs på Ustaoset tidligere i år. Per og Christian er to kjente professorer i allmennmedisin.

I seklets början fanns inom psykiatrisk tänkande många som i epokens anda starkt hävdade våra drifters och våra känslors överväldigande betydelse vid uppkomst och behandling av nervösa störningar.

I psykoterapeutisk verksamhet har det varit en trosartikel att vårt förnuft beständigt är i underläge mot våra känslor, mot våra omedvetna processer, mot våra fysiska och sociala behov, alldeles oavsett om man bekänner sig till psykoanalys eller beteendeterapi.

Nu under 1980-talet är hela vår kulturklimat annorlunda. Man har åter börjat hävda tankens och det individuella förnufts suveränitet genemot känslor och drifter, vilket även tagit sig uttryck i psykoterapeutisk metodik - ett återupptagande av gamla traditioner (Buddha: "All we are is the result of what we have thought; it is founded on and made up of our thoughts" eller antikens stoiker: "Det är inte händelser i och för sig som uroar oss utan hur vi uppfattar dessa händelser").

Deras gemensamma nämnare är inställningen att vårt tänkande, vårt förnuft, vår "kognition", inte bara föregår utan även bestämmer våra känslor och inte tvärtom.

Göteborgaren Göran Skoog uppmärksammade mig på dessa två bokverk i början av januari månad 1987 genom en fyllig rescension i Göteborgs-Posten, som omedelbart fann gehör och nyfikenhet hos min mångåriga erfarenhetsvärld som allmänläkare.

För begga dessa böcker gäller Aaron Becks principformulering: "Vi har börjat ta lärdom av det förflutna - att människor tänker likaväl som de känner, att de reagerar kognitivt likaväl som beteendemässigt, att de kan lösa problem, likaväl som de kan skapa dem - ". Att vi inte längre behöver skriva under på föreställningen att människor skulle drivas av inre krafter, som de inte är medvetna om eller stå

under tvång av reflexmässiga reaktioner, som inte har något samband med verkligheten, det vill säga en klar fröndering mot psykoanalysen och i motsvarande markering gentemot beteendeterapi tar fasta på minnen, föreställningar, idéer, fantasier, sätt att tänka och hur vi i det tysta resonerar med oss själva.

Speciellt har kognitiv terapi tillämpats vid depressioner och Lars Janssons bok ger här en utmärkt handledning, en handledning som jag även finner välanpassad för de psykosociala sviktproblemen - dystymierna i allmänläkerens vardag. Under avsnittet "beteendebeteendeterapi" ges bland annat praktiska exempel på "social färdighetsträning", "omfocusering" och "självständighetsträning". Den gradvisa bearbetningen av patientens pessimistiska tankar och övertygelser skildras välstrukturerad och kan vara ett gott bidrag till allmänläkarens terapeutiska arsenal.

Perris bok ger en fin översikt över terapifältet och han betonar med eftertryck att många depressioner är av den arten att de kräver resolut och nyanserad biologisk handling och att de far illa av varje offensiv psykoterapeutisk metodik. Situationen är deremot helt annorlunda om man med psykologiska träningsprogram vill hjälpa människor med kronisk svärmod och långdragna depressiva livsställningar. Han menar således att det finns goda skäl till att pröva kognitiv terapi.

Perris och Janssons böcker är oerhört intress väckande och dertill kritiska och försikliga i sina slutsatser.

De speglar ett annorlunda perspektiv inom psykoterapeutisk metodik och utgör en renässans för språklig kommunikation i förnufts tecken.

Carlo Perris: Kognitiv terapi i teori och praktik. Forlag: Natur och Kultur 1986.

Lars Jansson: Handbok i kognitiv terapi vid depression. Forlag: Natur och Kultur 1986.

På kurs med Per og Christian

Det finns en värme, en stämning,
en frihet, en rymd.
Det finns en prunkande kunskap,
som inte är skymd.
Det finns en känsla av lycka,
unik men så sant!
På kurs med Per och Christian.
*

Här finns det dofter av människor,
av svett och parfym.
Här kan man stå vid ett lunchbord,
bli' vimsig i plym.
Här bjuds på kaffe,
åtminstone en gång om da'n.
Och "avecen" är Christian.
*

Praxis, Praxist!
Ja, nästan alltihop är bara praxist!
Kunskap, hållning. Kollegor i kö.
Ja, en bildande miljö!
Ett grupparbete när koncepten tagit slut.
Det finns en projektor,
som brummar var 11:e minut.
Och de som sköter om den, är de som kan
På kurs med Per och Christian.
*

Och nästa gång vi passerar med bil
eller tåg.
Då vill vi gärna komma ihåg.
En liten vinkning, en blinkning,
en rosentulpant!
För kurs med Per och Christian!
Ett tack till Er Norwegians!
*

BORJE WALLHEDEN

26.-29. JANUAR
USTAÖSET

Kvinnors helse på menns premisser - igjen.... og igjen....

□ Kirsti Møllerud
Institutt for allmennmedisin,
Bergen

■ Av og til får jeg en uvirkelig følelse av at tiden står stille. Enda mer ubehagelig blir det hvis det virker som om klokka er skrudd tilbake. Slik kan det kjennes i situasjoner der vår tids utvikling og framskritt ties i hjel ved at kommunikasjonen foregår fullstendig uanfektet av at ny kunnskap og nye perspektiver er kommet til. Et eksempel på dette møtte jeg sist på nordisk kongress i allmennmedisin i Reykjavik i juni 1987, da Calle Bengtsson fra Göteborg holdt plenumsforedrag om kvinners helse.

Foredraget åpnet med demografiske velkjente data som kjønnsforskjeller i levealder og dødsårsaker. Kvinner lever lenger, og dør av andre sykdommer enn menn. Men til tross for foredragets overskrift handlet neste avsnitt om sykdommer som menn har størst risiko for å dø av - nemlig hjertekarsykdommer. Dette kunne tross alt være relevant

hvis fokus var blitt lagt på kvinners ressurser - nemlig: Hvilke faktorer ved kvinners liv og helse bidrar til å skape en kjønns-spesifikk underisiko for hjertekarsykdom? Calle Bengtsson valgte i stedet en betraktningssåte som forutsetter at det som er relevant for menn (her: risiko for hjertekarsykdom), uten videre er like relevant for kvinner. Kvinner får også hjertekarsykdommer - men i et kjønns-perspektiv er det under- risikoen som er det typiske og påfallende for kvinner og hjertekarsykdommer.

De tilstedeværende allmennpraktikere ble minnet om at det er usunt for kvinner å veie for mye, bl.a. fordi dette er en viktig risikofaktor for hjertesykdom. Men foredragsholderen presiserte ikke at den medisinske risiko først foreligger når overvekten ligger betydelig over såkalt normalvekt. Han gjorde heller ikke noe forsøk på å reflektere over hvorfor så mange normalvektige kvinner strever med slanking langt ut over rimelighetens grenser - noe som fører til alvorlige spiseproblemer hos kvinner som anorexi og bulemi. Derimot gjorde han et nummer av

Göteborgundersøkelsens "midjastuds-kvotient", som skal utgjøre en indikator for det risikable bukfettet. Igjen kommer kvinners "vitale mål" i fokus - denne gangen i medisinsk regi.

Omtalen av klimakteriet ble påny et eksempel på hvordan helsevesenet oppfatter kvinners biologiske særpreg som medisinske risikofaktorer, og Calle Bengtsson valgte å snakke mest om osteoporose. I hans perspektiv ble forebygging av den kvinnetypiske lidelsen osteoporose først og fremst et spørsmål om farmakologisk behandling, ikke om livsstilsendringer som fremmer ressursene. Det er knapt noen uenighet om at denne tilstanden best mulig bør forebygges, men i foredraget ble bare hormonbehandling omtalt. Andre aktuelle profylaktiske tiltak (kosthold, fysisk aktivitet) bedre egnet for masseintervensjon ble ikke drøftet.

Kvinner lever lenger enn menn, men går oftere til lege, og har flere plager og sykdommer underveis i livet. I et foredrag om kvinners helse iville det derfor vært relevant å belyse kvinners helseressurser med henblikk på

overlevelse, og kvinners helse- risiko i forhold til dagliglivets trivsel og sykdom. Kvinners sykdomsprofil er annerledes enn menns, og særlig rammes kvinner av psykisk sykdom og muskelskjelettlidelser. Mange symptomer er vanskelige å klassifisere med vanlige medisinske begreper, og derfor en viktig utfordring for et helsevesen som vil skaffe seg en bedre forståelse av kvinners helseproblemer. Calle Bengtsson valgte å belyse forekomsten av symptomer relatert til kvinnes samlivssituasjon. Mens andre undersøkelser fastslår at ekteskap representerer en helseressurs for menn, og en helse- risiko for kvinner, var foredragets budskap her at skilte kvinner har overhyppighet av symptomer. Gifte kvinners situasjon ble regnet som utgangspunkt for "normal-indeks". Problematisering av kvinners dagligliv - som kanskje utgjør den viktigste dimensjon for helse- risiko - manglet helt. Kvinners vanlige, og tildels omfattende og kroniske sykdomstilstander ble ikke drøftet. Etter foredraget vet vi fortsatt ikke noe vitenskapelig om at de fleste kvinner er dobbeltarbeidende, med ansvar både for familien hjemme og kanskje en lavtlønnet strevsom rutinejobb - innenfor et rolle- mønster som gir kvinner mye ansvar og lite innflytelse på begge sektorer.

Disse eksemplene viser hvordan forståelsesformen preger et medisinsk budskap - også når presentasjonen har en vitenskapelig basis og ramme. Foredraget representerer en foreldet forståelsesform om kvinners helse - som var vanlig for 20 år siden, som forekom for 10 år siden, men som burde være uaktuell i dag. I 1987 vet vi at menns dominans i medisinsk forskning og praksis i så stor grad har preget vårt bilde av kvinners helse at vi trenger nye perspektiver. Kvinners perspektiver var nærmest fraværende i medisinsk forskning for 20 år siden. I dag virker det forunderlig og forargerlig når vi påny får framstilt kvinners liv i menns lys. Velmente morsomheter og vitsetegninger underveis understreker at latterliggjøring av kvinner fortsatt er gangbart - selv i vitenskapelig sammenheng. I 1987 kjennes det som om klokka er skrudd tilbake når kvinners helse skal belyses vitenskapelig på denne måten.

Det er forstemmende at allmenn- medisinsk ekspertise fortsatt kan velge å neglisjere de betrakt- ningsmåter de siste 10 års kvinneforskning har gitt oss del i. Kvinneforskning tar som utgangspunkt at kvinner selv er de nærmeste til å reise relevante vitenskapelige spørsmål og problemstillinger i forskning som

omhandler kvinner. Vi skal ikke vente at mannlige forskere skal ha innsikt i den dynamikk og de strukturer som preger kvinners levekår og livsløp - selv ikke når det gjelder helse og sykdom, der menn til nå har vært alene på banen som eksperter. Men vi må ha lov til å ønske oss et vitenskapelig klima innen allmennmedi- sinsk forskning der respekten for kvinners egne premisser gis en helt annen tyngde enn det vi ser i dag. Jeg tror dessverre ikke det er mulig å få gjennomslag for dette før kvinnene selv blir toneangivende i forskning og undervisning, og dermed kan være med blant ekspertene som skal definere de medisinske sannheter.



Norsk Selskap for Almenmedisins spalter

NSAM's kurs og årsmøte 1988

□ Ola Lilleholt og Frode Heian □

■ NSAM avviklet kurs og årsmøte i Stavanger i dagene 15.-17. oktober. Den lokale arrangementskomiteen skal ha ros og ære for et møte som ble svært vellykket både faglig og sosialt.

Kurstemaet den første dagen var vitenskapelige grunnlagsproblemer forbundet med kvalitativ forskning. Henrik R. Wulff var hentet fra København og holdt forelesning i ånde med hvordan vi resonerer over de observasjoner vi gjør både i hverdagslig legeggering og i mer kontrollerte forskningssituasjoner. Forståelsen av det vi observerer kan ta utgangspunkt i forskjellige biologiske teorier der en søker

etter årsaker eller hermeneutiske/etiske former for forståelse der en søker motiver. Professor i filosofi, Hans Skjervheim fra Voss og Bergen, dro forelesning med mot nye og dristige høyder ved å riste stadig nye filosofer og synsvinkler ut av ermet, fra Aristoteles' animal rationale til Merleau-Pontys philosophie d'ambiguïté og Jaspers' allgemenne Psychopathologie.

Sosialantropolog Anne Karen Bjel- land skildret så mot slutten av dagen både sine opplevelser som deltaker og forsker i en alders- heim og illustrerte mange av de praktiske problemene en står overfor som deltakende obser- vator. ▶

Fredag formiddag var ingen av Utpostens medarbeidere til stede, og av det vi har fått referert er det grunn til å beklage det i sterke ordelag. Men, verst for oss, for:

Eivind Vestbø og John Nessa leverte en elegant forestilling der allmennmedisinerens konsultasjon ble plukket fra hverandre og i minste detalj analysert og satt i system.

Kirsti Malterud presenterte sitt arbeid med å utvikle allmennmedisinske konsultasjonsteknikker overfor kvinnelige pasienter. Ved å stille "nøkkelsspørsmål" kan vi få pasientens egne årsaksopfatninger som er viktige korrektiver i den diagnostiske og terapeutiske prosess. Vi kan få viktige opplysninger om hennes bekymringer for "selvforskyldt" sykdom, angst for alvorlig underliggende sykdom og tanker om sammenheng mellom symptomer og livssituasjon.

Det ble i diskusjonen pekt på at disse tilnæringsmåtene i høyeste grad er aktuelle også overfor mannlige pasienter.

Anders Grimsmo viste hvordan det går an å drive meningsfylt aksjonsforskning i og for pro-vinsen. Etter en omhyggelig kartlegging av de psykisk utviklingshemmede i kommunen og deres og familiens behov, -har han inspirert til et samarbeid mellom helsetjeneste, politikere og andre ressurser i kommunen med siktemål å bedre forholdene for denne lite tilgodesette gruppen.

Anne Luise Kirkengen ga oss et helt nydelig bilde av kvinners fødselsopplevelse slik den kan være uten bedøvende interaksjon fra helsetjenesten, i skjæringspunktet mellom smerte og lyst. Kombinasjonen av temaet, Munch-billeder og Anne Luisers sterke engasjement gjorde dette til et annerledes foredrag.

RM Braut presenterte en praktisk modell for skolehelsetjeneste i 9. kl. Det ble på bakgrunn av anonyme spørreskjema for kartlegging av elevenes levesett påvist sammenheng mellom levesett og nervøse lidelser, og aktuelle elever fikk på bakgrunn av sykdom råd mht. yrkesvalg.

Erik Ekker Solberg ga en oversikt over helseopplysningsvirksomheten gjennom radio/TV og etterlyste mer aktivitet på området.

Så ga representanter for de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene korte oversikter over sine aktiviteter og formannen i fagutvalget omtalte de aktuelle NAVF-prosjekter.

Etter en tids venting (det var den dagen det var så mye våtere i Oslo enn i Stavanger at det fikk konsekvenser for trafikken) -kom Inge Lønning for å legge frem hovedpunktene i innstillingen om Prioriteringer i helsevesenet (NOU 1987:23). Det ble en oppvisning der normer og verdivalg til ettertanke ble servert elegant tilberedt i veldreide formuleringer.

Dette var en dag så full av inntrykk at vi fant et flertall av deltagerne lett beruset svevende en halv meter over bakken helt til de var nødt til å sette seg til middagen.

PRISER

Anne Luise Kirkengen og Olav Thorsen mottok hver sin 2. pris i Utpostens essaykonkurranse.

Løvetannprisen gikk dette året til Øyvind A. Vandbakk i Kautokeino. Dessverre var han forhindret fra å komme.

SOSIALT

Mange av møtedeltakerne fikk med seg "Romeo og Julie" på Rogaland Teater: et frodig stykke som spilte på nær sagt alle tilskuerens strenger, som det heter, hjerne, hjerte, lattermuskulene, endokrine organer etc. etc..

Festlig festmiddag og avslutning med kulturtur i legeskyssbåten sammen med Erling Tjønneland bidro nok til at NSAM i ennå sterkere grad enn før gjør seg fortjent til betegnelsen "selskap".

ÅRSMØTET

En fyldig årsmelding fra arbeidet i styret og de forskjellige utvalga og ressursgruppene vitner om stor og økende faglig aktivitet i NSAM's regi, og at kolleger over hele landet er engasjert med forskjellige typer arbeide.

VALG

Etter valget ser styret for NSAM fra 1988 slik ut:

Leder: Anne Hensrud, Bardu

Styremedlemmer:

Anders Grimsmo, Surnadal
Ellen Myraker, Bjorbekk
Jytte Ramberg, Sandefjord
Olav Rutle, Jesheim
Karin Rønning, Oslo
Åse Schrøder, Bodø

Varamedlemmer:

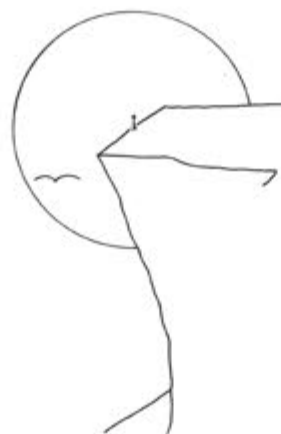
Fredrik Langballe, Raufoss
Nils Lønberg, Tønsberg
Ellen Scheel, Oslo
Inger Marie Steinsholt, Kongsberg
Mona Søndena, Kirkenes
Dag Søvik, Bergen

Valgkomite:

Signe Flottorp, Oslo
Ola Lilleholt, Rindal
Beate Lupton, Båtsfjord
Jo Telje, Vinstra

Etter årsmøtet kan vi bare konstatere at NSAM er en virkelig drivkraft i utviklingen av det allmennmedisinske fag. Ingen må unnlate å støtte selskapet, og ingen bør ta sjansen på å unnvære neste årsmøte, på Lillehammer.

LEGEN - DELTAKER OG TILSKUER





Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

KAPSLER 150 mg og 300 mg. Hver kapsel inneh.:
Lymecyclin, æqv. 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/doxycyclin – farmakokinetikk:

C max (mg/l) l 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 bakteriestatiske 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. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ 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 doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriestatisk 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, Suppl. 32 May 14–16, 1981. (2) Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecyclin and doxycyclin in serum and suction blister fluid, Chemotherapy 31:261–65, 1985. (3) A. Pinex et al.: Antiviot. Régimes in Severe and Acute Parient 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. Suppl. 9 78–81, 1976. (5) L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

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



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



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

Verakard

(verapamil)

til behandling av bl.a.:

- Høyt blodtrykk
- Angina pectoris

HVORDAN SPARE 44%? NYE PRISER PR. 1/3-87.

Pakninger og priser pr. 1.3.87:

Injeksjonsvæske: 5 amp. á 2 ml kr. 18,15.

Infusjonskonsentrat:

6 hettegl. á 20 ml kr. 182,05.

Tabletter:

40 mg: 30 stk. kr. 21,75.

100 stk. kr. 41,70.

80 mg: 30 stk. kr. 38,15.

100 stk. kr. 82,05.

250 stk. kr. 171,05.

120 mg: 30 stk. kr. 55,25.

100 stk. kr. 123,80.



NYCOMED

Legemidler

Postboks 4284 Torshov, 0401 Oslo 4.
Tlf. (02) 22 62 60.

Se felleskatalogen.

For å oppnå begge mål i behandling av søvnforstyrrelser

Halcion®

(triazolam)



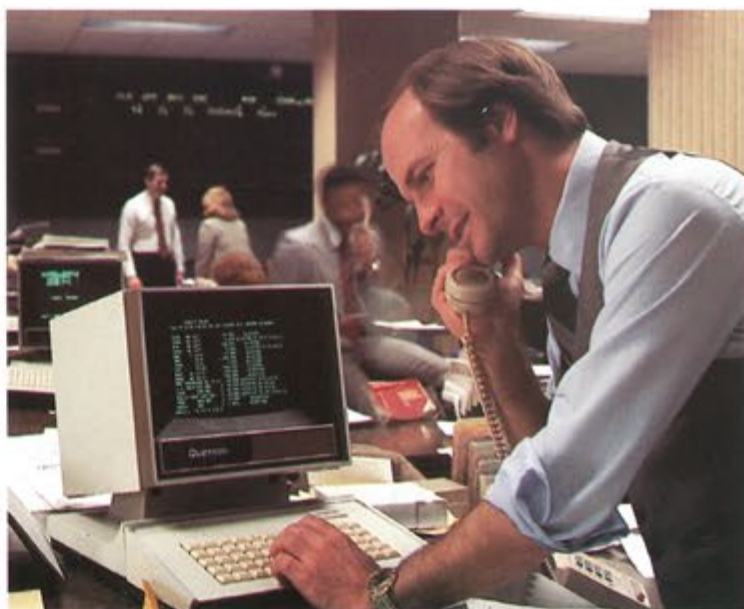
MÅL 1 = Kort innsovningstid og bedre søvnkvalitet *



For nærmere opplysninger
se Felleskatalogen

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

MÅL 2 = Pasienten opplagt neste dag *



Registrert varemerke: HALCION

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

PASIENTVEILEDNINGEN

er utarbeidet for bl.a. å:

- motivere pasientene til å endre levesettet
- lette helsepersonellens kommunikasjon og arbeid med pasientene

HØYT BLODTRYKK?

(En veiledning fra NYCOMED AS)



JAA!

Vennligst send meg stk.
pasientveiledninger om høyt
blodtrykk.

Navn: _____

Postadresse: _____

Kupongen sendes til Nycomed A/S, Postboks 4284, Torshov, 0401 OSLO 4.

NYCOMED

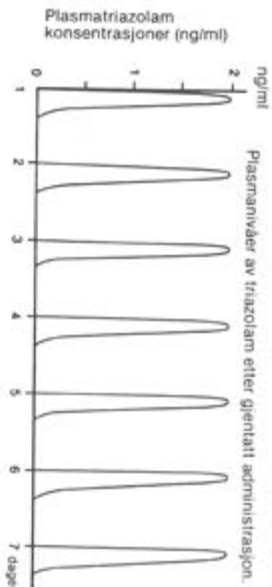
Legemidler

Postboks 4284 Torshov, 0401 Oslo 4.
Tlf. (02) 22 62 60.

Halcion®

(triazolam)

Ingen akkumulering med 2,3 timers halveringstid



B Hypnotikum

Tabletter:

Hver tablett inneholder: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigo-tin, erytrosin. 0,25 mg: Indigo-tin.

Egenskaper:

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

Indikasjoner:

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

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

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

Δ Forsiktighetsregler:

Bør fortrinnsvis gis i et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempen-de effekt. Forskrives med forsiktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men pre-paratet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig

ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestofferet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til ammende kvinner, foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan gi avdempende, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på prepa-ratet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordine-ring er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Halcion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (b.l.a. alko-hol). (!: 51 e benzodiazepiner).

Dosering:

Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125-0,5 mg ikke før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større føl-somhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnvis til 0,25-0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre). **Voksne:** 0,25-0,5 mg. **Geriatriske pa-sienter:** 0,125 mg (økes trinnvis til 0,25 eller 0,5 mg ved behov). **Hospitaliserte pasienter:** 0,25-0,5 mg.

Pakninger og priser:

0,125 mg: 10 tabl. kr. 16,10 - 30 tabl. kr. 31,45 - 100 tabl. kr. 77,80 - 10 x 100 tabl. kr. 722,15.
0,250 mg: 10 tabl. kr. 19,30 - 30 tabl. kr. 37,60 - 100 tabl. kr. 101,10 - 10 x 100 tabl. kr. 955,15.

Halcion®

(triazolam)

Doseringsanbefaling.

VOKSNE
0,25 mg - 0,5 mg
ved sengetid

GERIATRISKE PASIENTER
0,125 mg
(økes til 0,25 mg eller 0,5 mg
ved behov)
ved sengetid



0,125 mg



0,25 mg