ISSN 0800-5680

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8 1987 ÅRGANG 16

REDAKSJONEN PÅ VEG MOT NYE UTFORDRINGAR – BLANT ANNA Å FINNE NY UTPOSTENREDAKSJON

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
6687 Rindal
Tlf. kont. 073. 65 217
Tlf. priv. 073. 66 128

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

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

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

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

EN BLOMST TIL OLA!

På denne hedersplass vil vi ære den som æres bør. Selv om UTPOSTEN-redaksjonen de siste fem år har bestått av fem medlemmer, er det ingen hemmelighet at Utpostens kraftsenter har befunnet seg i Rindal. Ola Lilleholt har som ja-menneske og uhelbredelig arbeidsnarkoman vært krumtappen i det meste av det redaksjonelle og praktiske arbeid med Utposten. Hans iderikdom, entusiasme og faglige nysgjerrighet har inspirert og preget både Utposten og oss i disse fem årene, og det har vært et privilegium mer enn et slit å delta i redaksjonen.

Med dette ønsker vi som avtroppende medredaktører å rette en spesiell takk til Ola for jobben som nå er gjort. Han er allerede på full fart inn i nye utfordringer og aktiviteter innen norsk almenmedisin, og hører ikke med blant dem som trives hvilende på gamle laurbær:
Vi ønsker også den nye redaksjonen lykke til,- og sier takk for oss etter fem inspirerende og begivenhetsrike Utpostenår!

Frode H. — Frode Heian

Jon H Iversen — Jon Hilmar Iversen

Magne — Magne Nylenna

Øystein P. — Øystein Pedersen

Nr. 8, 1987

INNHOLD:

Ola Lilleholt:
Om fattigdom og et utvidet helsebegrep ..... s. 314

Øystein Pedersen:
Alminnelig allmennmedisin — er det så spesielt? ..... s. 318

Egil H. Lehmann:
Narkomane og misbrukarar i allmennpraksis ..... s. 321

Jostein Buanes:
Hvordan kan vi på allmennlegekontorene best mulig beskytte oss mot HIV-smitte? ..... s. 325

Peter Croft:
Epidemiology and the general practitioner ..... s. 330

Øystein Pedersen:
Tenåringsmedisin — et kursreferat s. 334

Elvind Meland:
Selvhjelpslitteratur ..... s. 340

Berit Tvelt:
Blodig alvor ..... s. 342

Reidar Tyssen:
Oppofrende lege — utbrent lege og forsømt familie? ..... s. 343

Debatt om prislapp på kommunelegestillinger ..... s. 345

Anne M. Hanstad:
Kan norske allmennpraktikere lære noe av å dra på kurs til England? ..... s. 347

Kjell Nordby:
Javisst kan norske allmennpraktikere lære noe av å dra til England ..... s. 349

Bokanmeldelse ..... s. 351

VEISKILLE

Mange av leserne vil allerede være kjent med at Utposten får ny redaksjon fra 1988. Det blir bladet fjerde redaksjon, og dette skiftet gir anledning til noen ord om Utpostens status. Som en liten lefse kom bladet til verden i 1972, med Per Wium og Harald Siem som kjærlige fødselhjelpere. Bladet vokste der i 5-6 år før det flyttet til videre oppfostring hos Aage Bjertnæs og Martin Holte på Risvollan. Fra 1983 har det gjennomgått ytterligere vekst og modning hos denne redaksjonen. Bladet har alltid vært, og er fortsatt, et idealistisk tiltak: Redaktørene er ulønnet, og inntektene (dvs. av annonser) avstemmes slik at regnskapet balanserer fra år til år.

Bladets vekst gjenspeiler utviklinga i norsk allmenn- og samfunnsmedisin i denne perioden. Fra mange hold høres rop om krise, samarbeidsvansker, knapphet på ressurser osv.. Samtidig må det være åpenbart observatører at vi er inne i en gullalder når det gjelder allmennmedisinsk fagutvikling. Aldri noen gang har så mange kolleger arbeidet bevisst med å styrke sine faglige kvalifikasjoner, og aldri har det vært en slik bredde i norsk allmennmedisinsk forskning som det er nå.

Utposten er ikke bare et speil, men vi har en sterk tro på at dette bladet også er en aktør og katalysator i fagutviklinga. Vi vet at bladet blir lest og brukt. Det får vi stadig signaler om gjennom kontakter med leserne. Som redaktør av Utposten høster en naturligvis både ros og ris, en blir synlig i det allmennmedisinske miljøet: Det kan også være hyggelig noen ganger. Men den viktigste lønna for dette fritidsarbeidet har det vært å få kontakt med så mange kolleger over hele landet. Det starter gjerne med skriftlige og telefoniske kontakter om bidrag til bladet. Senere er det alltid artig å møtes ansikt til ansikt ved kurs, møter etc..

Ved denne korsveien takker vi leserne som betaler bladpengene, alle som har skrevet i bladet, og annonsørene som har gjort det mulig å la bladet vokse i de 5 åra som er gått.

En spesiell takk sender vi også til enkvinnefirmaet Ulset Form & Profil, alias Alvhild Ulset, som har stått for lay-out, og Kåre Bjørn Huse, tegneren som har fulgt Utposten i 13-14 år. Vi glemmer heller ikke all god hjelp vi har fått fra trykkeriet, Orkla Grafiske.

Til slutt skal det ikke være glømt at arbeidet med Utposten har skjedd i fritida, dvs. kvelder, netter og helger. Dette har bare vært mulig takket være overbærenhet og tålmodighet fra ektefeller og barn.

Og med en liten klump i halsen ønsker vi den nye redaksjonen lykke til!

Om fattigdom og et

Ola Lilleholt
kommunelege i Rindal

Ola L. ble cand. med. i Oslo våren 1967. Etter turnus i Krisitiansund/Rødøy, ett år som infanterist i Troms og ett halvt år med kirurgi ved Rana sykehus, har han i løpet 17 år langsomt beveget seg østover Nordmøre som distrikts- og kommunelege. Kommunelege i Rindal fra 1980. Denne karrieren har i kortere perioder vært avbrutt av nødvendig sykehustjeneste, almenpraktikerstipend o.a..

I denne korte framstillinga forsøker jeg å stille sammen tre elementer som på avgjørende måte former mitt daglige arbeide som allmenn- og samfunnsmedisiner: et helsebegrep, litt om katastrofeteori og om fattigdom som et fruktbart overordnet sosialmedisinsk begrep. Framstillinga er ikke ment å være høytflygende teori, men er snarere å betrakte som en skisse av et praktisk arbeidsredskap eller også som en del av en mer grunnleggende holdning til samfunns- og allmennmedisinen.

HELSE ER FRIHET!

Begrepa "helse" og "sykdom" er sentrale i vår virksomhet som helsearbeidere. Målet for vårt arbeide er å hjelpe pasientene våre til å bevege seg fra en tilstand av "sykdom" i retning av en tilstand av optimal "helse". Det er av stor viktighet å kunne enes om begreper for helse og sykdom, bl.a. som resultatmål og mål for effekter av helseopplysning, medisinsk behandling, teknisk-hygieniske tiltak og for konsekvenser av alminnelige politiske valg og vedtak.

I det følgende skal jeg la sykdomsbegrepet ligge. Både i filosofisk og medisinsk-historisk perspektiv er det et spennende og mangeslungent begrep, kanskje så fundamentalt at vi er blinde for det i hverdagen.

Vi kjenner alle WHO's definisjon av helse som en tilstand av fullstendig kroppslig, mentalt og sosialt velvære ("a state of complete physical, mental, and social well-being"). Denne definisjonen er vel egentlig en tautologi fordi de fleste oppfatter "helse" og "velvære" som synonymer.

Basert på Platon og Aristoteles' tanker har den humanistiske psykologi, med Abraham Maslow som den mest kjente representant, skissert helse som en behovstilfredsstillelse med en gradient fra de elementære fysiologiske behov til overordnede behov for sjølutfoldelse og realisering av skapende evner etc..

Dubos (1,2) og Baranowski (3) har foreslått definisjoner og mer omfattende modeller hvor helse beskrives som evnen til å tilpasse seg og å samhandle med det sosiale og fysiske miljøet.

Inspirert av eksistenialistiske forfattere som Szasz, de Beauvoir, Kierkegaard og Tillich har Hollen (4) formulert helse som "valgmulighet" ("Health is choice"). Ho skriver at det å kunne ta sjølstendige avgjørelser er "necessary to achieve a personally satisfying and socially useful life, and is therefore central to maximum health". I dette perspektivet består helse i å kjenne sine valgmuligheter og å ha frihet til å gjøre sitt valg. Denne definisjonen skiller seg fra dem som er nevnt ovenfor

evidert helsebegrep

ved at helse defineres som en valgmulighet eller -frihet, mens de andre beskriver helse vesentlig som egenskaper ved individene eller som prosesser.

Til privat og daglig bruk har jeg modifisert Hollens "choice" til "freedom": "Helse er frihet". Tanken er sikkert ikke ny: til det er den for nærliggende.

Dersom helse defineres som frihet, består helsearbeide i å gjøre våre medmennesker, "pasientene", oppmerksomme på deres valgmuligheter og så langt det er mulig også klargjøre mulige konsekvenser av valg. Som helsearbeidere skal vi ideelt opptre som informanter, "lærere", og ikke aktører, ved at vi bare unntaksvis skal velge for pasientene. Dette med å gjøre oppmerksom på valgmuligheter er spesielt viktig fordi svært mange er uvitende i vårt kompliserte informasjonssamfunn. Folk kan naturligvis ikke forventes å ha detaljkunnskap om moderne diagnostikk eller behandlingsmodaliteter, men mange er også blinde for hovedelementer i problemet(-ene) sine, noe en kan kalle "falsk bevissthet".

"Helse er frihet" kan presiseres ved at utsagnet bygges inn i WHO's definisjon av helse som dermed kommer til å handle om "somatisk, mental og sosial frihet". Denne definisjonen tør være adskillig mer meningsfylt enn helse som "velvære".

I praksis ser vi at sykdom/redusert helse gjerne oppstår primært i én av de tre sfærene som inngår i WHO's definisjon, kropp, sjel og "sosial". Dersom sykdommen/lidelsen får utvikle seg, vil den sekundært kunne manifestere seg i de andre sfærene og redusere individets "frihet".

For eksempel kan angina pectoris betraktes som en somatisk sykdom, og som i den sfæren reduserer bevegelsesfrihet. Sekundært kan denne lidelsen bli så omfattende at den skaper angst i den mentale og reduserer videre den sosiale bevegelsesfrihet (arbeidsevne, mulighet for rekreasjon og samvær etc. etc.). En passant: Liksom f.eks. "forkjølelse" er "angst" er et ord fylt av folkelig innsikt. Angst (angina) betyr "trangt", altså mangel på bevegelsesfrihet.

Et annet eksempel: Hver dag møter vi pasienter som primært har lidelser i den mentale sfære med sekundære fenomener i kroppslig og sosial sfære.

Et tredje eksempel: Ufrivillig arbeidsledighet er en mangel på sosial frihet og kan kompliseres med sekundære somatiske og mentale problemer som ytterligere reduserer individets valgfrihet.

Målet med helseopplysning er å gi mottakerne kunnskap som øker deres valgmuligheter og dermed også større bevegelsesfrihet i forhold til å vare på seg sjøl gjennom egenomsorg og bruk av helsetilbuda.

I all edruelighet: Frihet er et mangeslungent begrep. Bl.a. kan det også tolkes i retning av "liberalistisk", en betydning som for meg vekker assosiasjoner om "den sterkestes rett" osv. en frihet som ikke er solidarisk med våre medmennesker, andre medskapninger og den naturen vi lever i. Noen tenker kanskje også i retning av de grunnleggende filosofiske spørsmål om "viljens frihet" kontra "determinisme": Det er igjen et helt annet gebet. I forhold til helse vil jeg holde fast ved tolkninger i retning av det å ha alternative valgmuligheter og bevegelsesmuligheter både i direkte og sosial betydning.

NOEN ORD OM KATASTROFETEORI:

"Liten tue kan velte stort lass"

Her kan jeg ikke motstå fristelsen til å ta med noen ord om sykdomsprosessen. Zeeman (5) og mange andre har utviklet en "katastrofeteori" basert på kompliserte matematiske teoremer utviklet av den franske matematikeren Rene Thom. Zeeman skriver at katastrofeteorien er spesielt interessant i forhold til krefter som gradvis forandrer seg slik at de medfører en plutselig og uventet stor effekt. "We often call such effects catastrophes, because our intuition about the underlying continuity of the forces makes the very discontinuity of the effects so unexpected, and this has given rise to the name". De matematiske modellene beskriver interaksjon mellom forskjellige dimensjoner og dermed mange typer katastofer. Disse katastrofene beskrives som matematiske/geometriske former. Fig. 1 og 2 er hentet fra Gilbert (6) og viser en enkel modell som angår adferdsreaksjoner. Her forestiller en seg at en del manifestasjoner av et individs sinnstilstand beskrives som bevegelser i en tredimensjonal modell. Modellen beskriver hvordan visse konstellasjoner av omstendigheter kan gi plutselige og store endringer i sinnstilstand/reaksjonsmønster.

I medisinen snakker vi ofte om onde sirkler. Det er et greitt begrep som kanskje beskriver en del etablerte katastrofeprosesser, men begrepet leder kanskje oppmerksomheta bort fra de små og gradvise forandringene som inntrer før katastrofen.

Katastrofen resulterer i en ny tilstand. Noen ganger innebærer dette at det er vanskelig eller umulig å komme tilbake til utgangspunktet.

Eksempelvis kan suicid betraktes som en katastrofe etter at individet har brukt opp alle andre valgmuligheter. Dette er vel å merke de valgmuligheter individet øyner, gjerne fordi synsfeltet er fylt av nære og store problemer (et eksempel på "falsk bevissthet"). Overfor disse medmenneskene består vår hjelp i å ha fantasi til å peke ut alternative, gjerne dramatiske og revolusjonerende, veier ut av situasjonen. Vi skal altså bidra til å øke pasientens repertoar og dermed valgmuligheter og frihet.

Mange av pasientene våre skal reorientere seg etter somatiske, mentale og sosiale katastrofer. De befinner seg plutselig i en ny og ukjent posisjon i livet med reduserte valgmuligheter og bevegelsesfrihet. Av oss som helsearbeidere er det ventet at vi av erfaring eller utdannelse skal kunne kjenne landskapet der hver enkelt befinner seg og at vi skal kunne informere pasienten om de beste veiene videre. I konsultasjonen er det vi som skal finne fram til pasienten der han/ho befinner seg, og ikke omvendt.

FATTIGDOM OG SYKDOM ER UFRIHET!

Fattigdom er et spennende begrep. I praksis er like vanskelig å definere som helsebegrepet. Begrepet kan relateres til mangel på midler til å dekke sine basale behov. I snever forstand kan en spesifisere basale behov som "det som er nødvendig for å overleve" eller bredere som "alminnelig, enkel levestandard i et gitt samfunn". Dette betegnes som henholdsvis absolutt og relativ fattigdom. Fattigdommen omfattes av økende interesse i samfunnsvitenskapene, og de fleste forskerne arbeider i dag med relative definisjoner. Fattigdommen kan også beskrives som objektiv eller subjektiv avhengig av enkeltindividenes opplevelse av situasjonen: Noen er fornøyd med lite, mens andre lider i overflod. En kan også beskrive massefattigdom i U-land eller som lommer i industri- og velferdssamfunnas slumområder og utkanter.

Steinar Stjernø (7) har skrevet om fattidom og fattige i det moderne norske samfunnet. I denne boka vil interesserte kolleger kunne finne mange henvisninger til mer generell litteratur om fattigdom.

Mange undersøkelser har bekreftet at de fattigste har de flest og alvorligste helseproblemene. Townsend og Davidsons (8) "Inequalities in health" er allerede en klassiker. De fattige har økt sykelighet og dødlighet av de aller fleste sykdommer, og bruker i de fleste samfunn mye mindre av ressursene i helsetjenesta enn deres behov skulle tilsi.

Begrepa fattigdom, helse/sykdom er fasetter av ett fenomen eller én realitet: Fattigdom er også mangel på valgfrihet eller frihet. For min del betrakter jeg begrepet fattigdom som overordnet i forhold til helsebegrepet. Fattigdom/rikdom er mer enn et spørsmål om somatisk, mental, og sosial frihet. I alle fall er det slik at de fattige pasientene vanligvis presenterer en isolert fasett av sin totale situasjon. Dette er et uttrykk for at de lever ofte i en tilstand av "falsk bevissthet" ved at de bare har uklare eller manglende innsikt i sine fundamentale problemer. I møtet med disse pasientene er det derfor viktig å hjelpe dem å identifisere også disse aspektene ved sin tilværelse.

Gjennom mange år har jeg i det daglige arbeidet hatt nytte av et utvidet fattigdomsbegrep fra det svenske LO's undersøkelse over "låginkomstgrupper" (9) fra slutten av 1960-åra. Dette utvalget tok dels sitt utgangspunkt i en FN-anbefaling fra 1954 om hva som skal forståes med "level of living", dels fra den kjente engelske sosialforskeren Titmuss' definisjon av velferd som "individets mulighet til å benytte seg av økonomiske, kunnskaps- og helsemessige, sosiale og andre ressurser til å kontrollere og bevisst styre sine livsvilkår". Altså igjen en definisjon der kunnskap og valgfrihet inngår som sentrale elementer. Disse "velferdskomponentene" eller "dimensjonene" er satt opp i tabell 1.

Med disse komponentene for øyet forsøker jeg å se pasientenes konkrete problemer i et videre perspektiv. Dette er et nyttig hjelpemiddel hver eneste dag i en alminnelig klinisk praksis. Spesielt er det nyttig å vurdere betydninga av hver av disse komponentene i attførings- og uføresaker. Ofte finner en da at søkerens definerte sykdom er en stor eller liten katastrofe, "dråpen som får begret til å flyte over", fordi det fra før foreligger mange andre problemer

som enten ikke er erkjent av pasienten eller som vanligvis ikke oppfattes som "sykdom" eller "lyte" hverken av pasient, lege eller trygdelovgivning.

I en attføringssak er det helt nødvendig å ha kartlagt disse komponentene for å kunne ha håp om å lykkes.

Et helt kortfattet eksempel:

Jon er 6 år gammel og bor sammen med foreldre og to yngre søsken, 4 og 2 år gamle, i en liten landkommune. Foreldrene giftet seg da de var 19 år gamle, vesentlig fordi Jon var i anmarsj. Faren arbeider på et sagbruk. Mora er hjemmeværende. Begge foreldrene er uten yrkesutdannelse. Alle 4 besteforeldrene er i 50-60 års alderen og bor i kommunen. Jons familie bor i et gammelt hus som de leier billig fordi Jons far bruker adskillig av fritida til å restaurere, nærmest rom for rom. Huset ligger ca. 100 m fra riksveien med temmelig tett biltrafikk. Det er 5 km til tettsted med butikk, skole etc.. Ingen unge barnefamilier bor i familiens naboskap. Familien har én bil, en gammel stasjonsvogn, som faren vanligvis kjører med til arbeidsplassen. Jon's mor har ikke førerkort.

Jon har sterkt redusert syn, lyssans, på grunn av medfødt glaucom. Ellers er han frisk og aktiv for alderen. Hans søsken er friske.

Hvordan skal vi som hjelpere angripe dette problemet ?

Den legen som bare interesserer seg for Jons glaucom kommer naturligvis ingen vei og kan ikke yte Jon og resten av familien rettferdighet. Ta en titt på tabell 1 og tenk på hva som kunne være til hjelp nå, både for Jon og familien, og hva som må gjøres for at Jon skal få utviklet sine muligheter slik at han som voksen kan ha optimal bevegelses- og valgfrihet i forhold til velferdskomponentene i tabellen!

Et forslag: Ta fram denne tabellen i forbindelse med de 5 neste attførings- og uføresakene som passerer over skrivebordet ditt!

FATTIGDOM, SAMFUNNSMEDISIN OG HELSEPOLITIKK

Det er ikke bare pasientene og de fattige som har "falsk bevissthet". Både helsepersonell og -politikere kan ha vel så store scotomer. Store problemer kan være usynlige fordi ingen setter navn på dem eller fordi de ikke er interessante for massemedia. Dette er forhold som angår tabellens "poltiske ressurser". Det handler om å kunne tale sin sak i lokalsamfunnet eller i storsamfunnets politiske maktfora.

I Odelstingsproposisjon nr. 36 1980-81, Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene, identifiseres en del såkalte "svake grupper": Eldre, funksjonshemmede, psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, alkohol- og stoffmisbrukere. For min del ville jeg gjerne ha føyd til arbeidsløs ungdom og enslige forsørgere. Dette er grupper som ikke bare har flere isolerte helseproblemer enn andre, men også problemer som omfatter mange av de velferdskomponentene som er nevnt i tabell 1.

Dette er grupper som sjøl ikke når fram til talerstolene og de møtene der saker blir avgjort og prioritert. Helsepolitikerne er avhengige av observasjoner fra helse- og sosialpersonell for å kunne opptre som talerør for dem.

Som samfunnsmedisinere kan vi gjøre mye for disse gruppene. Som allmennmedisinere i kurativ virksomhet er det viktig at vi hjelper enkeltindividene med å identifisere de forskjellige komponentene i den totale sitasjonen, en bevisstgjøring som i sin tur kan hjelpe dem til å finne veien ut av vanskene. Samtidig må vi samle og formidle kunnskap som forebygger disse problemene.

Den medisinske vitenskap og allmennmedisinen kan og skal ikke løse alle problemer i forhold til de "svakstilte gruppene" som er nevnt. Det er primært vårt anliggende å identifisere og behandle det som vi definerer som sykdom og anlegg for sykdom samtidig som vi hele tida har øynene oppe for det videre perspektivet. Klarest ser vi denne utviklinga innen eldreomsorga. Tidligere alders- og sjukeheimer utvikler seg til å bli sosiale institusjoner hvor det medisinske tilbudet går inn som et av flere elementer ■

LITTERATUR

1. Dubos R. Health and creative adaption. Hum Nature 1978; 1: 74-82.

2. Dubos R. Man adapting. New Haven. Yale University Press. 1965.

3. Baranowski T. Toward the definition of concepts of health and disease, wellness and illness. Health Values 1981; 5: 246-256.

4. Hollen P. A holistic model of individual and family health based on a continuum of choice. Adv Nurs Science 1981; 3: 27-42.

5. Zeeman EC. Catastrophe theory: Selected papers 1972-77. Reading: Addison-Wesley. 1977.

6. Gilbert P. Depression: From psychology to brain state. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd. 1984.

7. Stjerne S. Den moderne fattigdommen. Om økonomisk knapphet og ydmykelse i 1980-åra. Oslo: Universitetsforlaget. 1985.

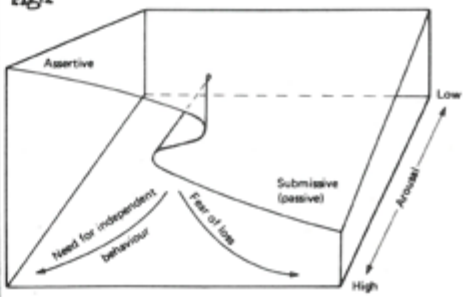
8. Townsend P, Davidson N. comps. Inequalities in health. Middlesex, England: Penguin Books. 1982.

9. Johansson S. Låginkomstutredningen. Stockholm. 1970.

Tabell 1

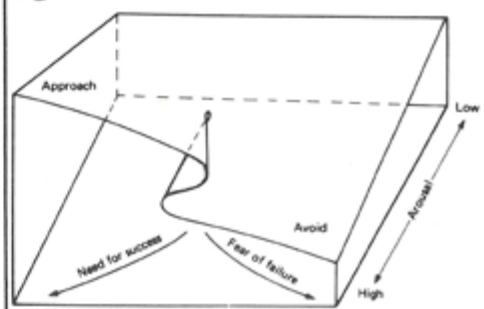
1. Helse/ernæring
2. Bolig
3. Oppvekstvilkår/familieforhold
4. Utdanning
5. Arbeide
6. Økonomiske ressurser
7. Politiske ressurser
8. Fritid og rekreasjon

Fig.1



A cusp catastrophe model of assertive-submissive behavior related to the opposing motivations for independence and fear of loss of social support.

Fig.2

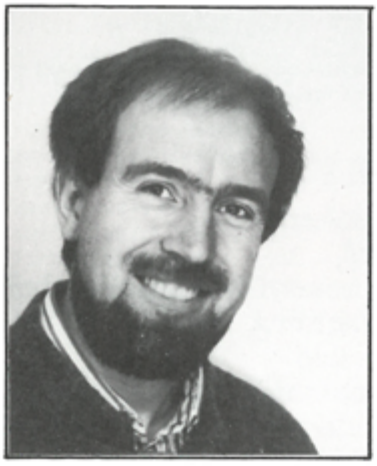


A cusp catastrophe model of approach—avoidance behavior related to the opposing motivations to approach success and avoid failure.

Alminnelig allm

- er det så spesiellt?

Øystein Berger Pedersen



Øystein Berger Pedersen
Født 1949
Eksamen Oslo 1974
Medredaktør i Utposten 1982-87
Almenpraktiserende lege i Molde

Almenmedisinen er grunnmuren i helsevesenet, fundamentet for all annen helsetjeneste. Uten almenpraktikernes kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende innsats ville det stått dårlig til også i de øvrige deler av helsevesenet. Det høyt differensierte spesialmedisinske hjelpeapparat kan ikke alene gi folk en god nok helsetjeneste, og det ville iallefall ikke kunnet fungere uten almenpraktikerens forhåndsseleksjon av pasientene. Almenpraktikeren sitter med nøkkelen til helsevesents labyrint i sin lomme, og han må kunne bruke riktig nøkkel til riktig dør, formidle rett pasient til rett sted.

Dette arbeidet er både utfordrende, komplisert og dilemmafylt - med mange fronter der det stilles store og av og til uforenlige krav.
Pasientene forventer maksimal interesse for sine problemer, gjerne med omfattende diagnostisk utredning og terapeutisk intervensjon på spesialistnivå.
Sykehuslegene forventer at almenpraktikeren ikke henviser alle som ber om det, men foretar en faglig begrunnet seleksjon av de som skal utredes videre.
Samfunnet forventer at legen som helsevesenets ressursforvalter ikke påfører fellesskapet unødvendige kostnader og fordeler ressursene etter objektive faglige kriterier.
Og ikke minst har legen selv forventninger og krav til seg selv om å gjøre en god faglig jobb - i det mangfold og konglomerat som almenpraksis er.

Overfor disse utfordringer er det ikke overraskende at almenpraktikeren opplever mange dilemmaer, tildels ganske uløselige - som han må akseptere og leve med:

1. At han ikke er sykehuslege

For sykehuslegen innebærer egentlig arbeidslivet en videreføring av studenttilværelsen. Han befinner seg i et akademisk miljø og fellesskap med sans for teoretisk detaljkunnskap. Han utvikler relevante kunnskaper, ferdigheter og forestillinger om doktorarbeid som stemmer bra med universitetslærdommen om "den ordentlige medisin". På spesialavdelingene oppleves et svært avgrenset sykdomspanorama - der pasientene er selektert på forhånd og henvist med spesialistrelevant problemstilling. Problemene er ofte klart organavgrenset, og man har klare begreper om hva som er mitt problem og hva som ikke er mitt problem. Det å være en god doktor vil ofte være ensbetydende med å ha utviklet teknologiske ferdigheter og faglig dybde på et lite avgrenset område - på bekostning av helhetssyn og faglig bredde.

På sykehuset er ansvaret for diagnose og behandling fordelt på flere kolleger, idet beslutninger tas i fellesskap, på møter og under visittgang. Pasientkontakten blir sporadisk og tilfeldig, og mye av arbeidet med sykehuspasienten skjer uten pasientens egen medvirkning og medinnflytelse.

Sykehusmedisinen er på sin måte komplisert og spesialisert, men samtidig oversiktlig og forenklet på grunn av det avgrensede ansvarsfelt og tidsperspektiv.

ennpraksis

2. At allmennmedisinen er annerledes

Det er på sykehusene vi lærer å bli doktre!
I almenpraksis erfares raskt at sykdomskartet fra sykehuset stemmer dårlig med det almenmedisinske terreng.

For det første er pasientene annerledes. Sykehusmedisinen utgjør bare en liten brøkdel av befolkningens medisinske hverdag 90% av de som kontakter helsevesenet med symptomer eller plager får tilstrekkelig avklaring og hjelp i almenpraksis.

For det andre er sykdommene annerledes. De nevnte 90% har problemer og symptomer som avspeiler et helt annet sykdomspanorama enn det sykehuslegen møter. Symptomers forekomst og betydning blir totalt annerledes. Medbrakte forestillinger om sykdommers incidens og prevalens blir verdiløse, forekomsten av signifikant sykdom blir mye mindre. Alminnelige og banale problemer er vanlige, mens spesifikke organiske sykdommer er sjeldne. Almenpraktikeren står nærmere pasientens levende liv i yrke, familie og samfunn, og mange søker ham for andre behov enn diagnose og resept.

For det tredje er forutsetningene for diagnostikk og behandling annerledes. Mindre enn 50% av pasientplagene i almenpraksis passer inn i de tradisjonelle diagnoselister. Der er glidende overganger fra frisk til syk, legen må tenke og arbeide annerledes enn på sykehuset. Beslutninger må ofte tas i uvisshet, på usikre og mangelfulle premisser.

For det fjerde er ansvarsforholdene annerledes Almenpraksis er i hovedsak soloarbeid. Der stilles store krav til selvstendig stillingstagen til alle slags problemer, og man må utvikle en arbeidsstil som er tilpasset realitetene. Almenpraktikeren er også mer ubeskyttet, med mindre hvitfrakkautoritet enn sykehuslegene.

3. At allmennmedisinen er spesiell

Almenpraktikeren befinner seg i et svært uoversiktlig terreng. Pasientene kommer direkte, på eget initiativ, med problemer som ofte er både diffuse, kaotiske, forvirrende, og godt kamuflerte. Ofte dreier det seg om problematiske livssituasjoner mer enn syke organer.

I dette vanskelige terreng har almenpraktikeren viktige og avgjørende oppgaver:

- Han er pasientens førstekontakt i helsevesenet, og må med effektiv tidligdiagnostikk kunne skille ut de mer betydningsfulle organiske sykdommene i mengden av symptomer og plager av mer funksjonell art.

- Han er pasientens koordinator i helsevesenet, og må kunne styre pasientens videre vandring i systemet, der dette er nødvendig for diagnose og behandling.

- Han må kunne følge opp pasienter med behov for kontinuerlig tilgjengelighetfor alle typer helseproblemer til enhver tid.

- Han skal arbeide både kurativt og forebyggende, drive helseopplysning og inspirere til egenomsorg og tiltak mot risikoadferd.

4. At forventningspresset øker

Folk vil ikke ha plager. Folk vil ikke være syke. Når de kommer til oss med symptomer og problemer, så er det fordi de forventer at vi skal diagnostisere dem og helbrede dem. Hvis ikke, må vi i det minste henvise til en mer kompetent spesialist som da kan løse deres problemer.

Når folk ber om våre tjenester, forventer de at vi uten unødig sommel og ventetid yter rask og effektiv service. Vi skal kunne møte alle individer i alle aldre med alle slags problemer innenfor hele sykdoms- og symptompanoramaet. Og vi skal alltid gjøre det vi kan, og utrede og behandle med alle tilgjengelige midler---.

Folk vet mye om helse og sykdom. Medisinske fremskritt er et populært medietema. All kunnskapen skaper ikke bare trygghet, -hos mange skaper den angst og frykt - som det blir vår oppgave å forholde oss til. Vi blir sittende med et vanskelig avveiningsproblem der den enes ønsker og behov må veies mot andres, og der kanskje samfunnsøkonomiske hensyn og køproblemer veier tyngre enn pasientens utrednings- og behandlingsønske. For mange kan møtet med den etablerte medisin bli så skuffende at de søker hjelp og trøst hos alternative diagnostikere og behandlere som er tilgjengelige på helsemarkedet.

5. At ansvarsområdet stadig utvides

Dersom helhetsperspektivet og kontinuitetsaspektet virkelig skulle gjennomføres i sin ytterste konsekvens, ble det raskt umulig å være almenpraktiker.

Helsemyndighetene og vårt legeløfte pålegger oss ansvar og forpliktelser både i kurativ og forebyggende medisin, både ved akutte og kroniske sykdommer, både i individrettet og samfunnsrettet helsearbeid. Og som leger har vi vært ja-mennesker til å påta oss ansvar, og akseptere utvidede helsebegreper og pompøse slagord - som om vi kunne redde verden.

I økende grad kommer ikke folk til oss som ofre for mikrober, men med medisinske symptomer som bivirkninger til økonomiske og sosiale belastninger. Hvor skal grensen gå for vårt ansvar for folks helse og trivsel? Hva skal vi bidra med når folk er ulykkelige og har uløselige livs- og samlivsproblemer i sitt nærmiljø? Vi ser en mengde sammenhenger vi ikke kan gjøre noe med, og like-

vel kommer de til oss - kanskje fordi de ikke har noen andre å gå til. Vi konfronteres med oss selv som hjelpeløse hjelpere, og må tross all behandlingsoptimisme erkjenne at der også for oss leger er mange uløselige problemer.

Og med alt vi vet om helseskadelige livsstilseffekter og helsefremmende verdivalg og miljøtiltak - burde vi ikke benytte vår posisjon og kunnskap til å påvirke folk til å ta de riktige valg? Burde vi ikke engasjere oss for fullt både i helseopplysning, moralprekener og politikk? Ihvertfall hvis vi er skikkelige doktre?

For ikke å havne i en ufruktbar insuffisienstilstand blir det viktig for oss selv - og våre pasienter - at vi bevisstgjør oss både på våre profesjonsgrenser og på vårt kompetanseområde.

6. At ressursene innskrenkes

I økende grad har helseøkonomi og rammebevilgninger blitt en del av også almenpraktikerens hverdag. Selv om etterspørselen etter våre tjenester øker og køene vokser, ser ikke kommunene seg råd til å bygge ut primærlegetjenesten.

Innenfor rammebevilgningene til helse- og sosialtjenesten må vi konkurrere både med andre faggrupper og kommunal helse- og sosialadministrasjon om midler. De prioriterende politikerne mangler ofte insikt i legetjenestens problemer og behov, og andre tiltak prioriteres.

Utbyggingen av helsetjenestene skjer ikke lenger ut fra påviste behov, men i stor grad ut fra økonomiske betraktninger. Dette rammer alle nivåer av helsetjenesten, og primærlegens jobb som forvalter av helsevesenets goder blir dermed ganske frustrerende - fordi godene er så få og så vanskelig tilgjengelige.

For almenpraktikeren blir konsekvensen av dette at han tvinges til retrett på områder der han tidligere har hatt deltakelsesmulighet, som f.eks. i forebyggende arbeid, helseopplysning og tverrfaglig samarbeid. Presset på hans kurative tjenester blir etterhvert så stort at ressursene til annen legevirksomhet forsvinner. Han tvinges til hardhendte prioriteringer i bruk av sin arbeidstid, og blir mer sykdomsorientert enn helseorientert, mer engasjert i kurativ medisin enn i forebyggende medisin, mer individorientert enn samfunnsorientert.

Allmennpraktikerens utfordring

Legen som begynner i almenpraksis kan altså ikke uten videre bygge på den kunnskap og de ferdigheter han har med fra universitetssykehuset. Han må arbeide mye med seg selv og sitt fag for å avlære innlærte holdninger, reorganisere kunnskaper og ferdigheter, og tenke i nye baner med hensyn til diagnostikk, utredning og behandling. Han må rett og slett omskoleres og "spesialisere seg" i almenmedisin hvis han skal trives og finne seg til rette der - og hvis han skal gjøre den jobben som forventes av ham.

Forventningene er høye, kravene store, oppgavene mange og ressursene ofte små. I de mange dilemmaer han står overfor vil hans evne til fleksibilitet og tilpasning ofte utfordres. Almenmedisinen er et åpent mangfoldig terreng med mye spennende variasjon som både vanskeliggjør og inspirerer. Alminnelig almenpraksis inneholder så store og spesielle utfordringer både faglig og menneskelig at det utvilsomt er en spesiell spesialitet innenfor vårt fag!■

'We'll have to postpone your operation – there's nowhere to put you if it goes wrong.'

Narkom i allmer

Egil Henrik Lehmann
Allmennpraktikar

ane og misbrukarar
npraksis

ATTEN PASIENTER FØLGT I TRE ÅR.

Innleiing

Narkomani, alkoholisme, stoffmisbruk, medikamentmisbruk: Dette er tilstander som idag meir eller mindre går over i kvarandre og som medfører høg risiko for annen sjukdom, høg dødsrisiko, store utgifter for samfunnet.

Behandling av misbrukarar i allmennmedisin har fått eindel omtale her i landet i det siste (1). Det er aktualisert av HIV-epidemien og det ansvar som hermed er lagt på primærhelsetenesta.

Her blir omtala røynsler med atten pasientar, samla over tre år i solopraksis.

Pasientane og behandlingstilbodet

Pasientane kom til kontoret i året 1984 etter at eg nyleg hadde opna praksis i Haugesund. Sume presenterte seg med hoste eller smerter og kom som del av "legerunde", andre opplyste straks om misbruket. Det var tydelig at eg hadde kontakt med eit misbrukarmiljø som ikkje var registrert av helsevesenet. Etter å ha rådført meg med kolleger og littertur, vart det skissert eit behandlingstilbod med desse element:

1) Oppretting av stabilt legepasient-tilhøve med registrering av misbruket hos Fylkeslegen.
2) Vanleg allmennmedisinsk service, henvisning til psykiater og andre spesialister om det trengst.
3) Samtalebehandling: Konsultasjonar 1-2 gonger i veka med bearbeiding av holdninger og forsøk på å auke sjøltilliten.
4) Nedtrapping av misbruk og evt. bruk av sedative/hypnotika.
5) Miljøtiltak: Samarbeid med familie, foreldreforening, medisinske institusjonar, sosialkontor, utekontakt, Kriminalomsorg i frihet, politiet o.s.v.
6) Hjelp med å auke yrkesmessig kompetanse.
7) Hjelp til institusjonsopphald.

Pasientane vart tekne inn i programmet utan seleksjon. Opplysningane her stammar frå registreringstidspunktet og fram til 1987 slik at obs. tida vart i gjennomsnitt 3 år (2).

I året 1984 var det registrert 18 pasientar innanfor denne råma. Tabell 1 viser fordelinga på type misbruk, alder og kjønn. Der var 10 menn og 3 kvinner med hovudmisbruk medikament klasse A og tilsvarande illegalt (Gruppe 1). Der var 3 menn og 2 kvinner med hovudmisbruk alkohol og/eller piller klasse B og C. (Gruppe 2).

Av desse 18 var det 4 som hadde yrkesutdanning. Det var 3 som levde eit tilnærma "normalt" parforhold og familieliv. 5 var delvis omflakkande og i gatemiljø. Ingen hadde fast arbeid, dei livnærde seg av sosialstøtte, trygd og kortvarig ufaglært arbeid eller småjobbar. 3 av pasientane hadde psykiske avvik og/eller traume som utgangspunkt for misbruket.

Av alle 18 pasienter var 15 frå før uregistrert og skaffa seg medikament delvis ved "legerunder", delvis ved innbrot og illegalt kjøp.

Alle sa seg i utgangspunktet motivert for å slutte misbruket. Pasientarbeidet gjekk føre seg stort sett slik det er vanleg i allmennpraksis. Det vart ikkje utført systematisk kontroll med leiting etter nålestikk, urinprøver etc., ut frå den tanke at vanleg klinisk observasjon var mindre forstyrrande for tilliten.

I vurdering av framgang eller forverring la eg vekt på pasientens evne til å møte som avtalt, følgje råd og dosering, stell av

ytre, uttrykte og demonstrerte haldningar til misbruk, kontakt med familie, forsøk på å skaffe seg utdanning og arbeid, kriminell atferd. Det vart ikkje utarbeidt nokon poengskala, resultatet er vurdert "globalt" og truleg med den grad av objektivitet som ein kan greie i allmennpraksis.

Der var kontakt over telefon og på møte med sosialarbeidarar, psykiater og offentlig helsepersonell. På møta tok ein for seg både enkeltklientar og behandlingsprinsipp.

Sedativa og/eller hypnotika i klasse B vart prøvd hos alle pasientane. Nedtrapping med Ketogan eller Fortralin vart utført i 12 tilfelle, med antihistaminika i eit tilfelle.

Nedtrapping vart nytta på ein tålmodig måte med reduksjon på 5 til 10% i veka. Dersom det oppsto press for medikament vart nedtrappinga avslutta for godt. Ein måtte her vurdere kva det var rimeleg å kreve av kvar einskild pasient.

Det vart skrive sju søknader om institusjonsopphald for behandling av misbruket. Tre til medisinsk avdeling, av desse vart to akseptert. To til Statens klinikk for narkomane, av desse vart ein akseptert. Ein til psykiatrisk avdeling, avslag. Ein til Haslatun, Fevik, avslag.

Som venta var der ein god del sjukdom. Tabell 2 viser diagnosar frå tida før registrering og i observasjonsperioden.

Det vart ytt ialt 1581 pasientkontaktar, dei aller fleste av typen "konsultasjon med samtale og resept". Det blir i gjennomsnitt 88 kontaktar pr. pasient, minimum var 3 og maksimum 177. Naturleg nok var det flest kontaktar med dei som viste framgang. Kontaktane kom tettast i den første tida (i 1984, andre halvår), då der var nesten 19 kontaktar pr .. kalenderveke med desse pasientane. Nå i den siste tida (i 1987, første halvår) er der vel 3 kontaktar pr. veke.

Samtalar vart ført på uformell vis, det var sett av rikeleg tid. Fleire av pasientane hadde tydelegvis hug til å lette seg og snakke ut om livet i det kriminelle miljøet.

Resultat

Hovudresultatet ut frå global vurdering slik som anført kan oppsummerast som følgjer:

I gruppe 1 (13 pasientar) har 6 vist sikker framgang. Fem står omlag som før, om 2 manglar opplysning.

I gruppe 2 (5 pasientar) har 2 vist sikker framgang. Av dei 3 andre er ein som før, ein er død, om ein manglar opplysning.

Pasienten som døydde var ein relativt eldre mann med hovudmisbruk alkohol som etter kort tid vert avvist avdi han møtte rusa til konsultasjon.

Han vart funnen død i 1986 saman med 3 andre etter å ha drukke frostvæske (?).

Ved same høve vart ein annan alkoholikar funnen død som hadde konsultert meg ei veke før p.g.a. rusproblem og som eg då henviste til tidligare legekontakt i eigen kommune.

Tolv av dei 13 som fekk nedtrapping var i gruppe 1. Nedtrappinga gjekk relativt greit hos 6 av desse og likeeins hos den eine i gruppe 2.

Der var 2 opphald på indremedisinsk avdeling for å gjøre pasienten medikamentfri (3). Desse opphalda gjekk greit og utan nemnande abstinens.

Det vart ordna eit opphald på Statens klinikk for narkomane med godt resultat.

Ein av pasientane vart (som passasjer) innblanda i ei bilulykke medan han framleis var opiatavhengig. Han fekk ein smertefull kompresjonsfraktur av L5. Det synte seg at 1 ml Ketogan kvar 3. time gav lindring, d.v.s. ordinær dosering var nok.

'I'm afraid there's been an error, Mr Thackley – you've been cured in mistake for another patient.'

Ein av pasientane hadde hatt kroniske ryggsmerter i mange år og at dette var årsaka til hans narkomani. Han gjennomførte ei prikkfri nedtrapping, men fekk så akutte ryggsmerter. Det vart påvist nucleusprolaps. Under dette var han utsett for tilbod om illegalt opiat med fåre for recidiv. Eg fann det rett å la han bruke Paralgin forte og Ketogan som smertestillande middel, omlag tilsvarande 8 tabletter Ketogan i døgret. Dette førde til reaksjonar frå Helsedirektoratet. Resultatet vart at han gjekk over til ein annan lege. Han har framleis sterke ryggplager og brukar i skrivande stund større doser enn før, men han er såvidt eg forstår recidivfri og kan livnære seg.

Innsatsen for å hjelpe med somatisk sjukdom vart svært positivt oppfatta av pasientane.

'That's right. We've moved Mr Robinson from the intensive care unit to the insensitive no-one-gives-a-damn unit!'

Det kom i stand kontakt med familiar og sambuarar til dei fleste av pasientane. I eitpar tilfelle kunne familiane få hjelp til å oppnå rasjonelle kjensler og handlingar overfor klienten. Det synte seg å vere bruk for opplysning såvel som vegleiing og moralsk støtte, oppgåver som gav inntrykk av å vere sterkt forsømt.

Samarbeidet med mindre institusjonar, sosialkontor etc. gjekk greit og gav inntrykk av positive haldningar, men små ressursar. Mangel på institusjonsplassar, på verna arbeidsplassar, på koordinering av hjelpetiltak var svært merkbart.

Hjelp til å auke yrkeskompetanse vart gitt i eit par tilfelle. Pasientens eige ønskje vart tatt som utgangspunkt, og det vart sett opp realistiske mål som det også lukkast å nå. (Brevkurs i teknisk teikning, kurs som trailersjåfør). Dette vart i båe tilfelle utgangspunkt for ei positiv utvikling. I eit tredje tilfelle gjekk ein tungt belasta pasient i gang med eit full dags arbeidsmarkedkurs. Dette virka i utgangspunktet urealistisk, han måtte snart gi opp og der har sidan ikkje vore framgang.

Diskusjon

Som nemnt vart dette arbeidet sett i gang "ad hoc", og det varierte livet som vart ført gjennom tre år av denne gruppa gjer det ikkje lettare å systematisere.

Dette at 15 av dei 18 pasientane for første gong vart registrert med fast lege og apotek, står for meg som eit viktig resultat av programmet. Det vart slutt på legerunder og tilfeldig forskrivning, noko som førde til positive reaksjonar frå kolleger og apotek.

Misbrukarane som kom til behandling var alle vaksne og eldre, der var ingen tenåringar. Der er som kjent ein tendens til spontan betring hos eldre misbrukarar. Mitt inntrykk er at tilbodet gjorde det lettare for fleire av misbrukarane å følge denne tendensen.

All medisinsk behandling går ut frå at kuren skal vere akseptabel for pasienten. Ein kur med nedtrapping og bruk av sedativa/hypnotika som ein del av tilbodet viste seg tiltrekkande for denne pasientgruppa. Det vart skapt opning for kontakt og behandling som ein ellers neppe ville få.

Som kjent er dette eit kontroversielt tema. Her som ellers i medisinen kjem ein ikkje langt med svart/kvitt-tenking. Rask nedtrapping for å sleppe abstinens står som omtalt nærast som ein standardprosedyre i Mercks manual (4, s 1512). Norsk legemiddelhåndbok nemner at bruk av sedativa og hypnotika kan gi eit høve til å hjelpe **dei** som på denne måten greier å fungere (5, s 664-667). Ramstrøm diskuterer dei såkalla metadonprogram (6, s 148-152) men nemner ellers lite om medikamentbruk.
I korrespondanse med Helsedirektoratet er det kome fram to synspunkt som til ei viss grad er i motstrid. 1) "Vi vil innskjerpe at eit eventuelt behandlingsopplegg med forskrivning av lækjemiddel med innhald av narkotika til stoffmisbrukarar normalt ikkje bør skje utan under særskilt kontroll frå spesialinstitusjon eller spesialavdeling". (Brev av 19/8 1986). 2) Men i eit brev til ein av pasientane blir det anført at det er den einskilde lege sitt ansvar å forskrive dei medikament han meiner er forsvarleg.

Mitt eige inntrykk av dette er følgjande: Sjansen for vellykka bruk av medikament i klasse A og B hos narkomane og misbrukarar er relativt god dersom vedkomane lever innanfor ein rimeleg ordna sosial situasjon, har bak seg mange års stoffmisbruk og er i avviklingsfase og dersom der er eit sluttpunkt for nedtrapping, f.eks. i form av institusjonsopphald. Men bruk av medikament til ein som lever i gatemiljø, eller som einaste tiltak gjer oftast meir skade enn gagn.

Dei fleste institusjonar krever at klienten skal kome stoffri til inntak. Dette er vanskeleg å gjennomføre uten bruk av medikament.

Myten om den "snille" legen som gjer pasientar til narkomane, er framleis levande. Ein som tek opp arbeid med narkomane kjem lett i søkelyset for ukritisk forskriving såvel som eige misbruk. Dette er **ein** yrkesrisiko på linje **med** smittefåre, agressivitet frå sinnslidande o.s.v. som ein må ta med dersom ein vil arbeide i faget. Den beste måten å møte det er truleg ved å vere heilt open med det ein gjer og halde eit godt fagleg nivå.

Vi høyrer ofte det synspunkt at bruk av A- og B-preparat berre tener til å forlenge pasientens misbruk. Men dette argumentet kan nyttast om alle hjelpetiltak til narkomane.

Her som ellers i medisinen er det slik at den som ønskjer å rapportere berre gode resultat, skal ta på seg berre lette sjukdomstilfelle. Mykje av misbrukomsorga er lagt opp slik at pasienten langt på veg må gjere seg sjølv frisk før han blir godtatt som klient. Dei som blir igjen, er "tunge" pasientar som lever eit vanskeleg og uverdig liv, og som virkar som lærarar og ledarar for nye misbrukarkull. Greier ein å få berre nokre av desse ut av misbruket, kan dette førebyggje mange nye tilfelle.

Eit ønskje om å lukkast vil alltid påvirke vurderinga av prosjekt som dette. Det vart tatt kontakt med Helsedirektoratet med framlegg om utanforståande evaluering, men dette kom ikkje i stand.

"Almenpraktikeren bør inn fra sidelinjen og med på lagspillet mot narkotika" skriv E.E. Solberg (1).

Forsøket som her er rapportert, var på alle måtar eit pilotprosjekt som ikkje provar noko som helst. Men summen av erfaringa tyder på at det kan vere verd å følgje opp. Det burde vere bruk for og plass til ei utprøving i større skala av allmennmedisinsk innsats for narkomane og misbrukarar. Eit prosjekt med betre metodar, med utanforståande evaluering og (slik Helsedirektoratet krever) med tilsyn av spesialavdeling.

Takk for råd under arbeidet til Berit Fevang, Torunn Moksheim Lehmann, Steinar Westin, Sigurd Wisløff.
Manuskriptet er reinskreve av Randi Johannesen■

Referansar:

1) Solberg E.E.: På laget mot narkotika. Almenpraktikeren - en glemt reserve. Utsposten, 1986, årg. 15, 95-97.
2) Lehnan E.H.: Pasienter med stoffproblem. Invitasjon til samarbeid. Utposten, 1985, årg. 14, 22.
3) Ekeberg Ø., Rostrup M. og Aass G.: Frivillig innlagte stoffmisbrukere i medisinsk avdeling. Tidsskrift for Den norske lægeforening Nr. 26, 1984, 104: 1759-9.
4) Berkow R. (Ed): The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Rahway N.J. 1977. Merck Sharp & Dohme Research Laboratories.
5) Vennerød, A.M.: Norsk legemiddelhåndbok 1984-85.
6) Ramstrøm J.: Narkomani. Orsaker och behandling . Borås 1979. Tidens Forlag/Folksan ISBN 91-550-2225-1.

Atten misbrukarar over tre år i allmennpraksis. Pasientane fordelt etter misbruk-type, alder og kjønn.

Hovud-misbruk type		Alder 20-29	30-39	40-49	50-59	Sum
Gruppe 1 A-medikament og tilsv. illeg.	M	2	8	0	0	10
	K	3	0	0	0	3
Gruppe 2 Piller og/ eller alkohol	M	1	0	1	1	3
	K	1	1	0	0	2
Sum		7	9	1	1	18

Tabell 1

Tabell 2

Atten misbrukarar over tre år i allmennpraksis. Diagnosar kjent. Sjuketilfelle etter registreringa markert med skråstrek.

Pasient nr.	Diagnosar
1.	Lumbago-ischias. Hepatitt B. Sjølpåførte sår underarmar.
2.	Fract. humeri sin. Ulcus ventr. Ulcus perf.ventr. Contusio faciei et thoracis. Pneumonia. Abscessus pulm. Gastritis acuta. Vulmus palpebrae. Fractura antebrachii./Intoxicatio acuta (etylenglycol?)
3.	Kramper, syncope.
4.	Aplasia mammae.
5.	Calve Legg Perthes sekv.. Hepatitt./Kompresjonsfraktur L5.
6.	Nevrose?
7.	Spontanabort. Hepatitt. Depressiv nevrose. Intox.Traumer./Traumer. Intox. Migrene.
8.	Ekstrauterin graviditet.
9.	Magesmerter. Ryggsmerter/Myalgi, nakkesmerter.
10.	(Visstnok s.s. frisk)
11.	Appendicitt. Commotio./Conjunktivitt. Traumer. Syncope-intox?
12.	Lyskebrokk. Ab prov. Salpingitt. Intox. Missed abortion/Vaginitt.
13.	Fract. columna/Fract. columnae L3? Fract calcanei.
14.	(Oppl. manglar)
15.	Ryggsmerter./Nucleusprolaps. Skade v hand med flegmone. Skade penis.
16.	Ab. prov. Anorexia nervosa. Leverskade. Salpingitt. Sinusitt.
17.	Hepatitt. Augeskade./Skade v. arm m flegmone. Bronkitt.
18.	Recidiverande tonsillittar. Acne conglobata. Hepatitt./Tromboflebitt.

Tabell 3

Atten misbrukarar over tre år i allmennpraksis. Pasientane fordelt etter resultat.

Hovud-misbruk type		Resultat Død	Som før	Framgang	Ukjent	Sum
A-medikament og tilsv. illegalt	M		3	5	2	10
	K		2	1		3
Gruppe 2 Piller og/eller alkohol	M	1	1	1		3
	K		1	0	1	2
Sum		1	7	7	3	18

Hvordan kan vi på allmennlegekontorene best mulig beskytte oss mot HIV-smitte ?

Jostein Buanes
bydelslege, Bergen

På tross av den store mengde trykksverte som er brukt om HIV, og også om beskyttelse mot smitte for helsepersonell, må en stort sett lete forgjeves etter omtale av situasjonen på almenpraktikerens kontor. Og mye av det som er skrevet er svært lite konkret. Mange av våre medarbeidere har derfor følt at de tross den store informasjonsflommen ikke har fått informasjon som er så jordnær at den kan benyttes i det daglige arbeidet.

I et forsøk på å rette på dette og for å forsøke å dekke noe av det som er etterlyst, har Almenhelseavdelingen laget et lite skriv med tittelen "Smitteforebyggelse på legekontoret, spesielt med tanke på HIV".

Dette skrivet er delt ut til samtlige ansatte ved de kommunale almenlegekontorene i Bergen.

SMITTEFOREBYGGELSE PÅ LEGEKONTORENE; SPESIELT MED TANKE PÅ HIV

Selv om risikoen for HIV-smitte for helsepersonell ansees svært lav, er det enkelte arbeidsoppgaver som er mer risikofylte enn andre. Det finnes lite skriftlig materiale som er laget for vår situasjon, og det som finnes er svært lite konkret.
Det er satt ned en arbeidsgruppe under Helsedirektøren som skal utarbeide veiledende forholdsregler mot HIV-smitte innenfor de fleste virksomheter i helsevesenet. Inntil dette og evt. andre arbeider foreligger, vil Almenhelseavdelingen her peke på måter å redusere denne risikoen.

Dette er på ingen måte fullstendig. Det er kanskje heller ikke alltid den beste løsning vi påpeker. Se mest på dette skrivet som en påminnelse om at der er en risiko. Den viktigste forutsetning for effektiv smitteforebyggelse er at en hele tiden tenker på at

risikoen er der, og ut fra det opptrer varsomt oghar en generelt god hygienisk standard i sitt arbeid.

Den viktigste trykksak til nå som omhandler dette emnet er Helsedirektoratets AIDS-skriv nr. 20: Forholdsregler mot smitte med HIV i laboratoriet. Alle må gjøre seg kjent med dette.

Antiseptikk - desinfeksjon

HIV-virus inaktiviseres ved 56 grader i en halv time, og inaktiveres således ved alle vanlige varmedesinfeksjonsprosedyrer vi benytter. Av kjemiske desinfeksjonsmidler inaktiveres virus av 5% kloramin i en time eller 2% glutaraldehyd i 1/2 time.

Materiale som er tilsølt med blod eller kroppsvæsker må desinfiseres etter bruk. Ved søl av blod eller kroppsvæske skal det renses opp som følger:

Det tilsølte området dekkes av cellestoff som dynkes med desinfeksjonsmiddelet (kloramin 5% eller glutaraldehyd 2%) i foreskrevet tid. Deretter vaskes med vanlig såpevann. Rene flater og gjenstander uten synlig forurensing avtørres/ desinfiseres med 70% sprit.

Håndbeskyttelse

Alt blod og alle kroppsvæsker må behandles som potensielt smittefarlige. I all kontakt med slike bør det benyttes hansker og/eller arbeidsredskap (tang, pinsett, etc.). Spesielt viktig er det å unngå kontakt med slikt materiale hvis man har åpne sår på hender eller fngre. Slike sår må dekkes med vanntett plaster. Vi anbefaler Nobecutan flytende, men andre muligheter er Nobecutan spray, Scanpor plaster eller vanntett Micropore plaster. I tillegg må de med sår eller eksem på hendene bruke hansker i enhver kontakt med potensielt smittefarlig materiale.

Håndvask

Håndvask er den viktigste og enkleste beskyttelsen vi generelt kan få. Vask hendene hyppig med såpe og vann.

Blodprøvetaking og -behandling

Alt utstyr som skal brukes må være klart på forhånd. Arbeidsplassen bør ikke forlates under prøvebehandlingen. Bruk engangsutstyr der det er mulig. All behandling av prøvematerialet må skje med forsiktighet, slik at søl, sprut og aerosoler unngås. Arbeidsplassen kan ved risiko for søl med fordel dekkes av papir med plastunderside, slik at dette kan kastes hvis søling skjer.

Prøver bør tas av mest mulig erfarent personell, spesielt hvor prøvetakingen antas å være vanskelig, eller hvor det er mistanke om infisert blod.

Hansker bør brukes. Særdeles viktig er dette hos dem med sår eller eksem på hendene. Bruk også frakk og evt. bukse. Husk ved hanskebruk at blodsøl på disse ikke må grises på andre ting (telefon, lab-bok, etc.).

Bruk mest mulig lukket system ved taking og håndtering av prøver. Prøveglass skal være tette og ikke tilsølt på utsiden. Ta om mulig prøver i like mange glass som det trengs til de ulike formål, slik at videre fordeling av prøvene kan unngås. Hvis fordeling skal gjøres, må dette skje ved pipettereing, og ikke ved helling.

Der finnes rør med en gel som ved sentrifugering skiller serum fra koagelet, kalt SST-rør. Disse kan sendes inn direkte etter sentrifugering, slik at en slipper å åpne glassene for avpipettering. Hvis dette skal holde i postgangen uten blanding av komponentene, forutsetter det imidlertid at sentrifugeringen skjer

med utsvingbar (horisontal) sentrifuge. Forutsett at en har slik sentrifuge kan disse glassene anbefales.

Munnpipettering må aldri skje. Bruk gummiballong eller annen manuell pipette. Kapillærprøver medfører relativt stor risiko for søl, og skal benyttes minst mulig. Ta heller blod fra tappet prøve der det er mulig. SR-målinger skal skje i lukket system. Seditainer-røret, som benyttes på våre steder, er smalere en de øvrige Vacutainerrør. Det er med dette risiko for å gjøre den indre nålen i prøvetakingshylsen skjev, med fare for søl ved neste prøveglass. Når det tas flere glass skal derfor Seditainer-røret fylles sist.

Hematokrit-målinger er forbundet med svært stor risiko for søl, og bør derfor ikke gjøres hvor den ikke er svært viktig (og det er ikke ofte).

Største risiko for smitte er ved stikk på infiserte kanyler, se neste punkt.

Bruk av sprøyter / kanyler

Den klart største risiko for HIV-smitte for helsepersonell er ved inoculasjonsuhell med kanyle som har vært i kontakt med infisert materiale. Dette kan være under bruk av kanylen, eller som følge av uforsvarlig behandling av brukte kanyler.

Farligste prosedyre er når en forsøker å stikke kanylen tilbake i beskyttelseshetten. Dette skal aldri gjøres. Brukte kanyler skal kastes direkte i emballasje for dette bruk, se under.
Ved prøvetaking med Vacutainer-systemet må kanylen likevel stikkes tilbake i beskyttelseshylsen for å få den løst fra prøvetakingshylsen. Dette kan løses ved at kanylen i stedet løses med tang og kastes direkte i bøtten. Der finnes også et plaststativ hvor beskyttelseshylsen kan settes oppi, slik at en etter bruk kan sette nålen tilbake i hylsen uten fare for å treffe hender. Den fåes hos SABA og er merket VIMED. Lignende plass for å sette fra seg hylsen er oppå en ny bøtte for oppbevaring av brukte kanyler o.l. Denne bøtten er også kraftigere og har en mer hensiktsmessig åpning enn de bøtter som nå brukes. Alle bør vel gå over til denne, som heter SHARP-SAFE. Den fåes hos SABA i størrelse 1,5 liter, 4 liter og 7 liter. 4 liter er vurdert å passe best til våre laboratorier, mens 1 1/2 liter gjerne er best til legekontorene.
Husk at når nålen skal tilbake i beskyttelseshylsen, skal hylsen ikke holdes med fingrene. Bruk "enhåndsmetoden", bare den hånden som holder prøvetakingshylsen skal brukes ved denne prosedyren.

Sårstell / småkirurgi / punksjoner

Bruk alltid hansker. Cave stikkskader med kniver/kanyler/brukte suturnåler. Disse kastes direkte i SHARPSAFE-bøtten etter bruk. Det oppdekkede "operasjonsbrettet" ser ofte ut som en slagmark etter bruk. Hold orden her, la ingen skarpe gjenstander ligge igjen der til den som skal rydde opp, kast disse selv i bøtten. Forsiktig med bandasjer med blod/sårsekret/abscessinnhold. Bruk alltid hansker ved opprydding av dette.

Brukte redskaper legges i Talosan-oppløsning. Ved betydelig mistanke om HIV eller Hepatitt B legges det i 5% kloramin. (P.g.a. uttalte miljøproblemer ved utstrakt bruk av kloramin kan dette ikke anbefales til generell bruk nå.)

Gynekologiske undersøkelser / prosedyrer

Fluor og menstruasjonsblod er potensielt smittefarlig. Bruk hansker ved gynekologisk undersøkelse/prosedyrer. Alle brukte redskaper skal direkte i Talosan-bøtten (se kommentar over vedr. indikasjon for kloramisbruk).
Forsiktig ved håndtering av objektglass (fluor-us, cytologi), en kan kutte seg på disse. Bruk hansker ved håndtering. La ikke glassene ligge direkte på benken, men ha underlag som kan kastes. Brukte glass skal direkte i avfallsbøtten (SHARPSAFE).
Undersøkelsesbenken kan lett få blodsøl ved prosedyrer her. Desin-

feksjon/vask skal skje som nevnt under punktet Antiseptikk - desinfeksjon.

Endoskopi

Rectoskopi/anoskopi gjøres med samme retningslinjer som ved gynekologiske undersøkelser. Husk at fæces kan inneholde blod.

Sensibilitetsundersøkelser

Her er vanlig å bruke sikkerhetsnål. Husk at denne må kastes eller steriliseres etter bruk. Kan også velge å bruke billigere redskap som kan kastes: knappenål eller tannstikker.

Gjenoppliving / munn til munn

Selv om smitterisiko her er lav, så eksisterer den. Konkrete råd er vanskelig å gi. Den enkelte helearbeider må selv ta opp til vurdering hvilken risiko hane r villig å ta i en konkret situasjon (i andre situasjoner utsetter vi oss for stor helserisiko hvor liv kan reddes). Som helsearbeidere må vi akseptere at det er en kalkulert risiko i vårt arbeid. Bruk av maske eller intubering er selvfølgelig best der det er mulig. Kompress mellom partenes munner i situasjonen også aktuelt.

Apparatur

Apparatur som vi bruker på kontorene våre (spesielt analyseapparater) er det ikke alltid teknisk eller praktisk mulig å desinfisere tilfredsstillende. Slike apparater må derfor alltid betraktes som potensielt smittefarlie og våre arbeidsrutiner må innrettes deretter.

Forsendelse

Husk forsvarlig pakking og merking. Bruk de gule merkene på prøver og rekvisisjoner hvor det er indisert.

Sentrifugering

Sentrifugering skal gjøres med varsomet. Ha ikke overfylte glass. Ha godt balanserte sentrifuger. Bruk ikke sentrifugebremse, og for all del ikke bremse med fingrene.

Spising

Spising må bare skje på egnet lunsj-rom, og ikke hvor pasienter behandles eller hvor prøver tas og behandles. La arbeidsfrakken henge igjen ved arbeidsplassen når du spiser.

Posteksposisjonell profylakse

Dersom det skulle skje uhell ved stikk på skarpe gjenstander eller sprøytespisser som har vært i kontakt med potensielt smittefarlig materiale, eller en ved uhell får slikt materiale på slimhinner eller i ferske sår på huden, skal følgende tiltak gjennomføres:

- Hvis mulig tilstreb fortsatt blødning på stikkstedet
- Øyeblikkelig fortynning ved spyling/skylling med rikelig vann, evt. vaske seg med såpe og vann, og desinfeksjon med 2% jodsprit,
- Sikre identitivitet, og evt. få prøve av smittematerialet på HIV-antistoff
- Ta evt. egen blodprøve (null-prøve) på HIV-antistoff, og oppfølging med prøver etter 6 uker, 3 mndr., 6 mndr. og 12 mndr. Mer utførlig om dette i MSIS 1987: 15 (26).

Behandling av risikoavfall

Behandling av risikoavfall blir ikke omtalt her. Inntil videre råd om dette foreligger, må en etter beste skjønn behandle dette materialet som en tidligere har gjort. Det vises til prosedyrebokens punkt D8 - "Emballasje for risikoavfall.".

Avslutning

Vi håper dette skrivet kan være til hjelp . Hvis det får noen til å tenke mer bevisst over sine arbeidsrutiner i potensielt smittefarlige situasjoner, er hensikten langt på vei oppnådd.

VI REPETERER STIKKORDMESSIG DET VIKTIGSTE:

- Ha en god hygienisk standard i arbeidet ditt.
- Utfør hyppig håndvask.
- Vær varsom med alt biologisk materiale, det skal ansees som potensielt smittefarlig.
- Unngå direkte kontakt med blod, sekreter og andre vevsvæsker.
- Beskytt deg fremfor alt mot stikk på kanyler.

Alle praktisk tenkelige beskyttende tiltak skal tas i bruk, samtidig som tiltakene må stå i et rimelig forhold til den fare vi skal beskytte oss mot. Det vil alltid være en "restrisiko" tilbake som vi som helsearbeidere må akseptere å leve med.

LA ALLE PÅ KONTORET STUDERE DETTE SKRIVET. La det bli gjenstand for samtale. Avdelingen tar svært gjerne imot råd som kan forbedre skrivet, enten det er ting som bør forandres, eller ting som bør komme i tillegg.

ALMENHELSEAVDELINGEN
August 1987

«Løype! Jeg har AIDS!»

Epidemilogy and the

Peter Croft
Aged 37 years

Educated at Cambridge University (degree in social anthropology) and qualified in medicine at Birmingham University.
Entered general practice in 1981, and pursued research into the dietary treatment of hypertension and the health beliefs of hypertensive patients.
Currenthy studying epidemiology as a postgraduate.
Lives in Stoke - on - Trent, England.

A clear outline of the philosophy of modern general practice came in 1960 from the then Editor of The Lancet (1). He emphasized that the doctor we all need, was a personal doctor "who will take responsibility for the individual and knowing how he lives, will keep tings in proportion", and who at the same time would provide a high quality of clinical care. There is nothing to indicate that society's need the individual healer may decrease, despite improvements in people's health overall. Epidemiology, being the study of disease and health in human populations, aims both to understand the natural history of diseases in populations and to evaluate attempts to improve the public health. How can this population - based science relate to the clinical care of an individual patient?

The work of one general practitoner provides a practical answer to this question - a man who could state that in his country practice in the 1930's "There was hardly a soul, man, woman or child, of whom I did not, and do not, know even the Christian name". (2). This very personal doctor also wrote a book, published in 1939, which was described by Major Greenwood as "the most outstanding happening in epidemiology in the last 25 years". (3). The beautiful style of the book etches clearly the potential in general practice for combining pastoral care of sick individuals with the scientific study of disease occurence in a whole community.

Dr. Pickles worked in a relatively stable and geographically well-defined community in the Yorkshire dales. Epidemiology has been described as the science of the denominator, the rational counterbalance of clinical training which tend to be preoccupied with numerators" (4), and the local people who were Pickles' patients provided this population denominator for his observations. With the start of the National Health Service in 1948, the registration of patients with general practitioners resulted in the doctors being paid according to their list of potential patients re-gardless of the patients' use of services: so a connection between general practice and epidemilogy was codified - both work with a defined population base.

There are two concerns about the use of a general practitoners list as a basis for epidemiological study - that it is inaccurate and, unlike Pickles' population, it is unstable (5). The first problem results largely from the second: as many as 20 per cent of the registered population in one study was found to "move on" during one year. This study came from a practice in Inner London where population mobility is unusually high - in other parts of the country and even in other inner city areas, lists are often more stable than this, although the range is wide. The other point to consider is that no population base is likely to remain stable over a period of time: even a fixed cohort, in which no incomers are considered after the start of observation will become depleted for various reasons and is thus a "dynamic" population. Epidemiological met-

general practitioner

hodology has turned its attention to the mobile denominator through density sampling and survival analysis, whilst migration status itself has been used to shed light on disease patterns. If changes in the registered population could be more accurately charted than at present, the general practice denominator might realize its full potential as an "epidemiologic laboratory"!

The events and illnesses which formed the numerator of Pickles'. studies were acute infections and the patients who suffered them. Clinical science and epidemiology were dominated in the early part of this century by the infection model and the germ theory of disease; this has changed with the emergence of chronic degenerative disease as the major causes of death and disability in the Western world. The claim is made that a general practitioner (Sir James Mackenzie) first applied the notion of epidemiology in the context of noninfectious disease. (6). In a letter to his cousin, also a general practitioner, encouraging him to continue observations on symptoms and common diseases encountered in community practice, Mackenzie wrote: "If you continue this line of work, in five years' time you will have done more for epidemiology than any other living man, and you need not limit your observations to the epidemic diseases". That was in 1920, and in the same year Mackenzie set up a research institute in St. Andrews where the recordings and observations of local practitioners were to be used for

"The investigation of minor symptoms and maladies which interfere with efficiency or comfort, to determine

a) the mechanism of their production

b) their bearing you the future health of the patient.

The study of the conditons under which the patient lives (food, work, surroundings etc.).

The recording of all cases and keeping in touch with the patients who have been seen, with the aim of discovering the relation between envirомment, ailments and subsequent disease".

These ideas were not brought to fruition since Mackenzie essentially retained a clinicians approach to the methods of achieving them, but they show a clear vision of the relevance of epidemiology in general practice. The peruptive cousin who recived Mackenzic's letter realised the crucial advance in achieving such ideals were methods to describe, organize and infer from data related to groups - and this progress of epidemiological method came with the general emergence of biomedical statistics. General practitioners tend to shy from numerary and yet with a population registered for potential care it is as essential for them to quantify the disease burden and health needs of that population as it is for the community physician for "not to think quantitatively about the needs of all the people has qualitative implicatons for most of the people" (7).

So the personal doctor also has a population base with a disease profile which epidemiological method can describe and quantify. What type of study has resulted from this? There are descriptive studies which characterise the morbidity presenting in a single practice (8) or across many practices; (9) prospective studies of diseases common in general practice, for which it still remains to chart natural history and prognosis - low back pain and serous otitis media, anxiety and dyspepsia, "have their epidemiologies and their correlations with social and occupational conditions and must eventually be considured to be in greater or lesser degree preventable"(10), cohort studies such as the Oral Contraceptive Study of The Royal College of General Practitoners (11), which has demonstrated that data on patients and controls can be accurately collected over a long period of time by a number of collaborating practices. A major concern of epidemiological research is the quest for causal associatons. In an analysis of why achievements of general practice epidemiology have been disappointing, Morell felt that aetiological research and multicentre studies of disease were unsuitable for general practice settings(5). Two recent examples contradict that view.

Firstly The Medical Research Council's collaborative study in general practice, essentially a randomized trial of treatment of mild hypertension (12), has shown that the framework of cooperating practices could be used to make population measurements accurately and repeatedly, and to relate them to subsequent specific end-points. Quite apart from the results of the trial itself, the study has supplied important information about risks of

smoking to hypertensives, the psychological effects of labelling people as "hypertensive", and the side-effects of drugs commonly used by general practitioners.

Secondly, in the context of research into disease causation, the case control study now prominent in epidemiological literature appears little used in general practice research - perhaps because the prevalence of cases of clinical importance is too low and of the common conditons of practice too high. A recent exception was a case control study of multiple sclerosis involving several practices to test the hypothesis that sinusitis was a significant forerunner of the disease (13). Much discussion was provoked by the positive findings because general practice records had been used to search for the antecedent event: what is sinusitis, as diagnosed by general practitioners? asked the specialists. Certainly it is important to explain why this vague label appears to have an association with subsequent multiple scleross, but this does not nullify the finding, and it is intriguing that the records of general practitioners, despite their variable quality, may hold narrative clues to the precursors of disease. The current broadening of the application of case control studies - to the study of common conditions and to the outcome of preventive measures - holds promise that the service work of primary care may generate hypotheses as it did in the studies of Pickles.

Beyond the task of description and the search for causes, of what concern is epidemiology and a defined population to the general practitoner? The epidemic pleurodynia which is charted in "Epidemiology in Country Practice" was a clinically dramatic event for an affected individual and one which was likely to be brought to the attention of the doctor. The majority of illness in the community is not like that: once estimate has suggested that 75% of "symptomatic episodes" are not seen by the family doctor, whilst of those that are seen some 65% represent selv-limiting conditions carrying no risk to the patient (14). The numerator of the "presenting problem" is often difficult to define, whilst much of the numerator of "symptom" and "illness" remains outside the doctors surgery. This has important implications for general practice, concerns which are shared by the epidemiological perspective, and which broadly parallel a change in medical orientation towards disease during the past 50 years: from individualistic clinical science (the single germ for the single disease; the specific cure for the specific case) to ideas of community health and multiple factors in disease causation.

The first implication is that what is seen in the surgery is only the top of the iceberg of illness in the community: an individual perspective may say it does not matter, but a perspective of concern for the whole community says it does. This is true particularly of psychosocial dimensions of disease: the epidemiological gaze directed at the whole population base reveals this "extra-mural dimension of morbidity"(15), with clinically important depression being wider spread in the community than in the practice diagnostic Index records. The methods of epidemiology here are crucial to establish case definitions and community rates of incidence and prevalence, and to highlight needs that are unmet. The latest OPCS/RCGP/DHSS morbidity survey provides illuminating examples of the questions raised by the "patient contact" data: asthma consultation rates for instance have increased sharply between 1971 and 1981 - is this a true increase in incidence or is more of the iceberg showing above the waterline as a result of better diagnosis or of different labelling by doctors or by patients?

Secondly there is the idea that both general practice and epidemiology are in part social sciences, and that cultural phenomena are a proper part of their concerns. The epidemiological contribution to general practice has its focus on social and economic and psychological factors, not only in disease patterns, but in the use of health services, the uptake of treatment and of preventive advice, and public attitudes towards medicine and its practitioners.

The third implication is that aspects of a person's lifestyle which, unlike many of the minor symptoms they may experience from time to time, do constitute a possible risk to future health, may not be regarded as a reason for medical consultation - smoking and alcohol consumption for example whilst asymptomatic measures of risk such as blood pressure of blood cholesterol may never see the light of day if the family doctor is only the receiver of the symptomatic complaint.

'You're a mess, Mr Bulstrode. It would be cheaper to knock you down and start again.'

This brings ideas of disese prevention right into the general practice arena and for this the family doctor needs a view beyond the symptomatic presentation, and it is this which is a spesific concern of epidemiology. Tudor Hart has focussed on such a "marriage" of general practice and epidemiological concerns as being the future direction of primary health care (16). He has his critics.

There are those who are cynical about current attempts at prevention and object to the prospect of the "healer treating the healthy". They demand scientific certainity about the benefits of intervention (17). Next come the modern hygienists who believe that only legislative and fiscal action, such as the seat belt laws and fluoridation of water, can effect prevention of chronic disease and that there is little place for direct action at the individual level (18). Then there is the objection that such an approach is inappropriate for the personal doctor because it reduces vagaries of human behavior and the cultural contact of illness to a mechanical bunch of measured risk factors (19).

Such criticisms highlight the dilemma of the general practitioner's dual position as healer of the sick individual and carer for his or her community's health. Orien-tation towards the group does not quarantee the good of a spesific individual, whilst treatment of sick individuals or orientation towards those at highest risk may not affect the level of sickness in the population (20). The approaches are neccessarily separate, but not antagonistic for the practitioner - indeed difficulty may arise if one approach is considered more important than the other, for example a vigorous "high risk" policy of prevention in primary health care ignores the ethical issues of non-treatment of known risk factors in the numerically greater "at not quite so high risk". Epidemiology is aware of the uncertainties of much of the evidence, but the decisions are separate from the science: at one level these may be political actions affecting whole countries; at another level it may be the primary health care team promoting community health by ensuring full vaccination uptake, good antenatal care and that all smokers recieve advice, and by encouraging exercise and healthy eating; at another it may be the individual family doctor faced with the problem of what to do about the fit, slim, non-smoking patient with a mildly elevated blood pressure.

Finally the criticism that epidemiology too crudely removes health problems from the personal context so central to the general practice picture of illness. The answer to this I think is that neither epidemiology nor general practice should be removed from their respective contexts in setting out what we can expect of them. In the surgery consulation the family doctor focusses on individuals in their personal context of feelings, relationships, ideas and so on. The focus of epidemiology is the community, but likewise in its total context including social, psychological and cultural elements. It is the extent to which general practice shares this latter focus as well that measures the relationship between the two disciplines■

REFERENCES

1. Fox TF. The personal doctor and his relationship to the hospital. Lancet. 1960; 1: 743-760.
2. Pickles WN. Epidemiology in Country Practice. 1939, reissued 1972. The Devonshire Press.
3. Quoted in Pemberton J. Will Pickles of Wenslydale. RCGP Publications. 1986.
4. Stewart G. in Shepherd M. The Psychosocial Matrix of Psychiatry. Tavistock. 1986.
5. Morrell D. 1979 William Pickles Lecture. JRCGP. 1979. 29. 457-465.
6. Mair Alex. Sir James Mackenzie MD. RCGP Publications. 1986.
7. Weeds L. quoted in Tudor Harr J. The Marriage of Primary Care and Epidemiology. JRCollPhys. London 1974 8. 299-314.
8. Fry J. Present state and future needs in general practice. RCGP Publications. 1983.
9. RCGP/OPCS/DHSS. Morbidity statistics from general practice, third national study. 1981-2. London: HMSO, 1986.
10. Ryle J. quoted in LeRiche W.H. and Milner J. 1971. Epidemiology as Medical Ecology. Edinburgh. Churchill Livingstone.
11. Kay, C. The happiness pill. 1979 Mackenzic Lecture. JRCGP. 1980. 30:8-19.
12. Madical Research Council Working Party MRC trial of treatment of mild hypertension. BMJ. 1985. 291. 97-105.
13. Cray D. Dick G. Upton G. Multiple Sclerosis associated with sinusitis. Lancet. 1986. 1: 815-818.
14. McCarthy M. in Management of Minor Illness. King Edward's Hospital Fund for London. 1984.
15. Shepherd M as for reference 4. above.
16. Tudor Hart J. as for reference 7 above.
17. McCormick J. S. Science and medicine. JRCGP. 1985. 35, 462-464.
18. Black N. Strong PM. Prevention: who needs it? BMJ. 1982. 285: 1543-1544.
19. Underwood P. Gray D. Winkler R. Cutting open Newtons apple to find the cause of gravity. BMJ. 1985. 291: 1322-1324.
20. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epid 1985. 14: 32-38.

Referat fra kurs i

tenåringsmed

i Tromsø 28. september - 2. oktober 1987

ved Øystein Pedersen

Kursleder: Overlege Stein E. Høyer, Barneavdelingen, RST

Fagområdet Tenåringsmedisin er mangelfullt utviklet i Norge. Mens der i flere år har vært tenåringsklinikkker i Helsingfors, og tilsvarende nå under utvikling i de andre nordiske land, er der lite som tyder på noen umiddelbar bedring av situasjonen her i landet. Desto mer betydningsfult at dette tema tas opp i såpass omfattende grad som ved dette ukeskurset i Tromsø.

Ut fra erfaringene fra Helsingfors har pasientene i denne gruppen nokså annerledes problemer enn det man ser i en vanlig barneavdeling eller i en pediatrisk poliklinikk. De er slik sett verken store barn eller små voksne, men har sine egne aldersspesifikke problemer. Nærmere 50% kommer til tenårings-klinikkene p.g.a. psykiske og sosiale problemer som depresjon, angst, identitetskonflikter og pubertetskriser, og ellers er det hormonelle, gynekologiske og nevrologiske temaer som dominerer.

- Ca. 33% kommer til førstegangsbesøk på eget initiativ, mens foreldre (44%), skole (14%) og kamerater i høy grad bidrar til kontakt med tenåringsklinikken i de øvrige tilfellene.

- Kursets mange temaer med velkvalifiserte forelesere blir neppe ytt rettferdighet ved et kursreferat som dette - men likevel synes vi UTPOSTEN's lesere kan få noen smakebiter som gir et inntrykk av kursets bredde og dybde.

Overlege Svein Kolmannskog Barneavd. i Tromsø:

Somatisk utvikling

- normalitet og forstyrrelser i vekst og pubertet

Pubertetsalderen i Norge har sunket betydelig i.l.a. de siste 100 år, f.eks. er i denne tiden menarchealder redusert fra 16 år til 13,2 år.
Vi vet ikke hva som setter igang puberteten, men den påvirkes av både ernæring, generelle helseforhold, sosiale forhold m.m. som via hypthalamus/hypofyse/hormoner påvirker organutviklingen. Både ernæring, arv og hormoner betyr mye også for vekst- og vektutvikling, og det er viktig å ha normalfordelingskurven med seg når man skal ta stilling til normalt og unormalt i en vanlig ungdomsskoleklasse!

Under påvirkning av pubertetens hormonforandringer skjer der store fysiske forandringer - med generell vekstspurt, vekst og modning av ovarier/testikler, utvikling av sekundære kjønnskarakteristika (se tab. 1) endret legemsform og betydelig økning i f.eks. hjertestørrelse og lungekapasitet.

disin

skjelettalder, vurdert ut fra håndrotsrøntgen og standardtabeller. Hvis høyden ut fra dette beregnes til å kunne bli over 183 cm foreslås syklisk behandling med gestagener og østrogener for å bremse tilveksten. Piker som har høyde + 3 SD bør henvises fra 12 års alder.

Jfr. Trygstad, Tidsskr. Nor Lægeforen 25, 1980, 100, s. 1503-04).

GUTTER:

	Pubertas praecox	Mean	Forsinket pubertet
Scrotum/testes vekst	< 8	11,6+-1,1	> 15
Penis	< 10	12.9+-1,0	> 16
Pubesbehåring	< 10	13,4+-1,1	> 17
Vekstspurt	< 11	14,1+-0,8	> 17
Stemmeskifte	< 12	15,2+-1,0	> 18

Gutter < 10 år

PIKER:

	Pubertas praecox	Mean	Forsinket pubertet
Brystutvikling	< 8	11,2+-1,1	> 14
Pubesbehåring	< 8	11,7+-1,2	> 15
Vekstspurt	< 9	12,1+-0.9	> 15
Menarche	< 10 (9)	13,5+-1,0	> 17

Piker < 9 år

(Etter Trygstad, RH).

Hypogonadisme er sjelden, men tilstander med sviktende hormonproduksjon eller med gonade-dysgenesi (Kleinfelder/Turner) avslører seg som regel i puberteten.
20-30% av guttene har fysiologisk gynekomasti som kan gi mye bekymringer, men som går tilbake ila. 1/2-2 år. Nedsatt lengdevekst, spesielt hos gutter, er et vanlig problem. Ved arvelig betinget kortvoksthet vil lengden være rundt nedre percentiler (-2-3 SD), med normale koppsproposjoner, normaltidig kjønnsutvikling og skjelettalder tilsvarende kronologiske alder. Ved forsinket pubertet er skjelettalderen mindre enn kronologisk alder, guttene får et noe sent men normalt pubertetsforløp med sen vekstspurt og slutthøyden normal. Begge disse tilstandene er normalvarianter som ikke skal behandles. 1 av 3 000 piker har Turners syndrom (Kjønnskromosom XO) med uttalt kortvoksthet rundt pubertet og betydelig forsinket skjelettalder - p.g.a. mangelfull østrogenproduksjon fra strekgonader. Disse kan behandles med anabole steroider, østrogener og evt. veksthormoner for å øke lengdeveksten.

Økt lengdevekst hos piker er det alminneligste vekstproblemer for almenpraktikeren. Jentene er nå 168 + 6,5 cm høye normalt, men 2,5% vil være over 181 cm ut fra standardvariasjonene.

Viktigste del av utredningen er å sammenligne kronologisk alder med

Psykolog Ottar Kruse, Norges Sosialhøyskole i Oslo:

Psykisk utvikling i puberteten

Ut fra det individualpsykologiske perspektiv er puberteten karakterisert ved en sårbar personlighet, utviklingsproblemer med frigjøring og identitet, og fare for mistilpasset adferd.

Den fysiske kjønnsmodningen med kroppsforandringer og gryende seksualitet gir en økt sårbarhet med engstelse, usikkerhet, impulsvansker og angst. Denne sårbarheten krever mestrings- og forsvars-strategier tilpasset nærmiljøet, noe som både kan bli vellykket og mislykket. I dette spenningsfeltet utvikles ofte et helt spekter av reaksjonsmønstre som de fleste kjenner igjen -, der hovedsaken er å selvstendiggjøres og frigjøres fra foreldrene. Regressiv adferd, vekslende adferd og sinnsstemninger, opprør og anti-foreldre-holdning - med sterke følelser enten for eller imot i typisk sort-hvitt-tenking - kan gjøre livet nokså anstrengende både for tenåringen og hans nærmeste. Mange opplever sterk skyldfølelse, angst, depre-

sjon og tomhet - og søker sterke opplevelser for å bekjempe sitt indre følelseskaos.

Identitetsutviklingen er inne i en kritisk fase. Noen mangler den indre trygge identitet som gir dem opplevelse av å være den samme uavhengig av ytre forandringer og opplevelser. Dette kan gi problemer med identitetsforvirring og rolleforvirring (ca 20%) med isolering, utagering, valg av negativ identitet. Spesielt utsatt er tidligutviklede piker og sentutviklede gutter. Foreldrerollen er ikke enkel. Viktigst er å være ærlige, vise sine følelser og si sin mening!

Ut fra det sosialpsykologiske perspektiv på puberteten er det sosialiseringen og rolleutviklingen som er nøkkelproblemet for pubertetsungdom.
De befinner seg i en uklar gråsone mellom barndom og voksenrolle, og de må nå velge selv der de tidligere er blitt foreskrevet rolle og adferd av andre.
Tilegningen av normer, verdier og ideologier har til en viss grad skjedd innen familien - nå skal de ut i voksensamfunnet. Familien får stadig mindre betydning - selv om det er viktig å ha voksne som mener noe og står for noe og er noe å forholde seg til i en vanskelig brytningstid. Med rolleforandringer, rollekonflikter, rolleforvirring m.m. er det mange farer for mistilpasning og identitetsproblemer. Likevel er det et stort flertall av ungdommene - ca. 80% - som uten vesentlige langvarige problemer utvikler trygg indre identitet og sosialiseres innenfor en "normal" voksenrolle.

Psykolog Odd Fyhn
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Tromsø:

Angst, depresjon og selvmord i ungdomstiden

På grunn av manglende utvikling av grunnleggende tillit, utrygt selvbilde og utrygg tilhørighet er angst- og depresjonsopplevelser i tenårene både sterke og vanlige. Angstens ansikter er mange, og kan ytre seg både som autonome reaksjoner (hyperventilasjon, diare, svimmelhet m.m.), motoriske reaksjoner (muskelspenninger, tremor, stamming m. m.) og kognitive forstyrrelser (svekket konsentrasjon og hukommelse, endret kroppsoppfatning, "fjernhet"). Tenåringens livssituasjon er ofte preget av frustrert behovstilfredsstillelse og kombinert indre og ytre krysspress m.h.t. forventninger og roller. Trusselen om skuffelse eller utilstrekkelighet er alltid nærværende, og mangelen på trygghet kan gi en eksistensiell angst som aktualiserer suicid.

I Norge er der over 700 sucid pr. år (flest menn) og over 7000 sucidforsøk (flest kvinner). Suicid er den dødsårsak som forårsaker høyest antall tapte leveår, og utgjør ca. 10% av dødsfall i aldersgruppen 15-30 år. Disponerende faktorer er ensomhet, isolasjon, økonomisk fattigdom (låser fast situasjonen og begrenser valgmulighetene), likeledes bruk av alkohol og stoff, vansker med skolegangen og en impulsiv natur. Også tvangspregede perfeksjonister med urealistiske forventninger til seg selv er utsatt!

Faresignaler ellers kan observeres både i skolen (økende fravær, fallende prestasjoner, lekseskulk m.m.) og ellers (tilbaketrekning, rømming, væremåte). Spesielt utsatt er ungdom ved stressende opplevelser (flytting, sosial etablering og venner) og personlig belastende situasjoner som kjærestebrudd, alvorlig sykdom, tap av voksen ved skilsmisse eller død m.m. Å oppfatte disse faresignalene og forholde seg til dem på adekvat måte er verken lett eller mulig å dyktiggjøre seg til uten betydelig interesse, omsorg og engasjement.

Tormod Aasland
Balsfjord:

Den funksjonshemmede familie

Som far til funksjonshemmet barn gav Aasland et engasjerende og tankevekkende innblikk i det å være familie med funksjonshemmet barn/ungdom. Selv om funksjonshemmede barn er minst like ulike som andre barn, og selv om alle familier har ulike forutsetninger og ressurser for å møte de krav og utfordringer som situasjonen påtvinger dem, er der likevel mange felles trekk og problemer i "den funksjonshemmede familie".

Krisehjelp i starten er svært viktig, men her hadde mange negative erfaringer med hjelpeapparat. Likeledes manglende opplevelse av kontinuitet og omtanke fra "de profesjonelle" var for mange foreldre frustrerende.
Det problem som for familien kunne være en svært viktig del av totalsituasjonen, var kanskje for legen en trivialitet, en bagatell. Flere konkrete ekempler på dette ble gitt.

Foreldrene som får et funksjonshemmet barn står overfor en enorm utfordring - og en enorm belastning. Det fører alltid til økte familieproblemer, med psykiske reaksjoner som depresjon og utslitthet, konflikter, oppdeling av familien der én må ta seg av "friske" søsken og én av den funksjonshemmede. Det kan bli vanskelig å holde familien sammen, spesielt ettersom barna blir større. Mens småbarnsårene tross alt kan være mer lik normale barns, blir de fleste funksjonshemmede mer innadvendte, og sensitive i ungdomstida, med økende isolering og kontaktproblemer. Den fysiske integrering av funksjonshemmede i skolen har for mange ført til sosial isolering ved at de er blitt mye alene, de andre har hatt det travelt - og den funksjonshemmede er blitt overlatt til seg selv. Familienes problemer varierte, men felles var der ofte begrensede valgmuligheter m.h.t. bolig, bosted, jobbemuligheter, fritidsaktiviteter, ferier, reiser m.m. (minus reising, vakter). Alltid måtte man innrette seg etter omsorgsbehov i hjemmet i første rekke.

I ungdomsårene skjer det også et frafall av kontakter og støtte fra etablerte tilbud og nettverk. De får ikke beholde kontakten med barneavdelingen, skoletilbudene faller bort, PP-tjenestens eventuelle støtte trekkes tilbake - og familien blir i enda større grad overlatt til seg selv med vanskelige frigjøringsproblemer og usikker fremtid. Aasland foreslo at der opprettes regionale kompetansesentra i arbeidet med disse familiene. Det er behov for kontinuitet i kontakt og oppfølging av noen som kjenner familiene, og som spesielt har innsikt i dette sensitive og krevende arbeid med barn/ungdom og foreldre. Med en funksjonshemmet i familien er situasjonen alltid unormal, og der er alltid behov for støtte og hjelp i en eller annen form. Slike kompetansesentra kunne bidra til å fylle det hjelpe- og omsorgstomrom som oppleves etter barnealderen, og bidra med den kontinuitet og nærhet som trengs for mange av disse famliene som må leve videre med krevende omsorgsoppgaver mens andres barn og ungdommer vokser seg ut av familien og går videre på egne bein.

Ernæringsfysiolog Kristin Bakke, RST

Fedme

Først - regn ut din egen BMI (Body Mass Index) etter formelen BMI = kg/m2. (Kvadratet av høyden i meter). Hvis BMI er 25-30 er du fet (1.grad), 30-40 er 2.grad mens >40 tilsvarer høygradig fedme.

For å måle fedme kan man også måle hudfolder - der fedme defineres som hudfoldtykkelse > 25 mm når man klemmer hudfold mellom tommel og pekefinger. Vi vet det er mangelfull viten om fedme - men det dreier seg om ubalanse mellom energiforbruk og unntak. Ikke alle overvektige spiser spesielt mye, genetiske og sosiale faktor har betydning. Hvis begge foreldre er overvektige, har barnet 80% risiko for fedme - hvis bare en av foreldrene er overvektige er risikoen halvert.

- De fleste overvektige tenåringer forblir overvektige som voksne, og vektforholdene i 10-20 årsalderen er mer avgjørende enn vekten i spebarns- og småbarnsalder.

- Der er lite nytt om slanking. Det er kroppens fettmengde som skal reduseres. 1 kg kroppsfett tilsvarer 7000 kcal, og hvis man reduserer inntaket eller øker forbruket tilsvarende 500 kcal pr. dag, tar det altså 1 uke å gå ned 1/2 kg ! For å oppnå dette kreves ulike grader av intervensjon med opplegg tilpasset den enkelte. Ingen enkel generell effektiv metode eksisterer, og markedet flommer over av stadig nye "vidunderkurer".
Grunnpilarene er likevel økt fysisk aktivitet, riktig kosthold med redusert kaloriinntak, og fremfor alt en helhjertet motivasjon. Realistiske mål og realistiske midler er viktig - og krever både kunnskap og engasjement.

EN FET MANNS AFTENBØNN

Kvelden er over,
natten er lang
I meg der vokser
en spirende trang.
Hodet mitt dupper
og kroppen er trett,
men magen min murrer
og er ikke mett.
Fingrene klør,
jeg er helt desperat,
for å sove så trenger jeg mat.

Jeg må ha smørbrød,
et bugnende fat,
lekkert dandert,
og servert delikat.
Syltetøy, ost, skinke,
bacon og egg,
jeg vil ha brødskiver
fra vegg til vegg.
Hver smitt og hver smule
vil jeg konsumere
selv om jeg vet
at jeg bør diettere.
Kanskje i morgen
om jeg får det til.

Men da behøves din hjelp,
vær så snill,
lytt til meg herre,
min vilje er svak.
Se i ditt storsinn til meg,
arme vrak.
Skamfullt bekjennes
min syndige brøde:
Tanken på mat
får min sjel til å gløde.
Gud, gi meg styrken
og kraften jeg trenger
slik at jeg ikke
er matsugen lenger.
Fri meg for matondets
fyrste og tjenere
når jeg tar kampen opp
før eller senere.

Fristeren er overalt,
jeg får støkken,
helvete er i hvert gatekjøkken.
Djevelen er i hvert pizza-fat,
satan i chips og potetsalat.
Mefisto er i hver pølse på jord

og Gamle-Erik i smultkokt svor
Fanden er synbar
i hver sjokolade,
i milk-shaken kan jeg se
Lucifer bade.
Beelsebub bobler
i boller og brus,
hjelp meg å vike
fra fristerens rus.
Jeg vet jeg har prøvet
utallige ganger,
men lytt til meg,
her jeg ligger i anger.
Vis meg den smale veis
gleder og lykke,
led meg fra lastens vei,
stykke for stykke.
Knekk kalori-trang,
driv fedmen på dør,
stålsett mitt sinn,
vern mitt gode humør.
Herre, jeg trygler deg
i nødens stund:
Lær meg å holde
mitt sluk av en munn.

Ass. lege Marite Rygg
Barneavd. RST

Incest og annet seksuelt misbruk av barn

Nyere forskning har vist at mellom 20-25% av kvinner har opplevd seksuelle overgrep før 18 års alder.
Krenkerne er i over 90% av tilfellene menn. Rundt 20% av tilfellene er incest, d.v.s. krenker er biologisk (far, bror, onkel) eller psykologisk (samboer, stefar) familiemedlem.
Rundt 60% er fjernere slektning eller bekjent av familie/offer, og bare ca. 20% av krenkerne er fremmede for offeret. Tallene er noe usikrere når ofrene er gutter, men det er grunn til å tro at det også her er betydelige mørketall med hensyn til omfang. Også når ofrene er gutter, er krenker i all hovedsak mannlig.

Ved incestmistanke får legen tidlig rolleproblemer, der han dels må fungere som etterforsker og angiver, dels være kliniker og terapeut - med taushetsplikt og tverrfaglighetsproblemer og egne reaksjoner og emosjoner i forhold til den konkrete sak.

SEKSUELT MISBRUK - JURIDISKE ASPEKTER

Ifølge BARNEVERNSLOVEN paragraf 4 B, har enhver "offentlig tjenestemann" (barnehagepersonell, lærere, trygdekontoransatte, politi o.l.) opplysningsplikt. D.v.s. at de plikter å melde fra til Barnevernet (som ligger under Sosialkontoret) uten hinder av taushetsplikt, når de mistenker at et barns helse utsettes for skade.
Personer med "yrkesmessig taushetsplikt" (leger, sykepleiere og annet helsepersonell, psykologer o.l.) har opplysningsrett (men ikke plikt) i slike tilfeller, også her uten hinder av taushetsplikten.
Det understrekes at det må være ytterst få (om noen) tilfeller en kan tenke seg der helsepersonell unngår melding ved mistanke om seksuelt misbruk av barn.
Ved sterk usikkerhet/tvil, er det dessuten alltid mulig (og ønskelig) med anonym rådføring både med Barnevern/Sosialkontor og med politiet. Ved anonyme drøftinger må ikke navn nevnes. Når navn først er nevnt, er saken blitt en melding, og Barnevern/politi må handle deretter.

En henviser også til STRAFFELOVENS paragraf 139, som er en generell plikt for alle, overordnet event. taushetsplikt, til å avverge alvorlige, kriminelle forhold, herunder voldtekt/seksuelt misbruk av barn under 14 år.

Dersom en sak er meldt til Barnevernet, kan Barnevernet kreve supplerende opplysninger fra ellers taushetsbelagte journaler, både fra sykehus, primærleger, helsesøstre m.m. Barnevernet kan også ta initiativ til tverrfaglige møter om saken.
Barnevern/Sosialkontor har også anledning til å underrette politiet, dersom det er mistanke om strafferettslige forhold.

Ifølge BARNELOVENS paragraf 4 A er utveksling av informasjon mellom faggrupper (utenom Sosialkontoret) brudd på taushetsplikten dersom ikke klientens forhåndssamtykke foreligger. (Klienten skal ha informasjon om både hvilke opplysninger, til hvem og hvilke konsekvenser det kan få).

Vår oppgave i primærhelsetjenesten er:

1. Skjerpet oppmerksomhet på "varselsignaler" som kan tyde på seksuelt misbruk. Her er sjelden åpen og direkte kommunikasjon, men ukarakteristiske psykiske og psykomotoriske symptomer eller vage hentydninger.

2. Oppmerksomhet på symptomer og funn som kan gi mistanke om seksuelt misbruk. Somatiske "bevis" finnes bare i knapt 20% av tilfellene. Se etter mishandlingstegn, gripemerker - og undersøk spesielt ytre genitalia (hymeåpning, rifter, utflod) og anus (irritasjon, rifter, dilatasjon). Eventuelt tas baktprøver. Hos forskolebarn er analt misbruk mer vanlig enn vaginalt både hos gutter og jenter. Instrumentering og full gynekologisk undersøkelse er ikke nødvendig. Viktigere er det å etablere tillit og en rolig og trygg atmosfære.

3. Videre arbeid der man bør skynde seg langsomt, legge plan før man handler, søke samarbeidspartnere og ikke jobbe alene - og ha alle de involvertes situasjon i tankene i oppfølging/konfrontasjon/behandling. Familien vil være i en krisesituasjon med krisereaksjoner og behov for først støtteterapi og senere nyorienteringsarbeid for familien. Her klarer de færreste å stå alene og på adekvat måte bearbeide og behandle alles problemer i slike store problemkomplekser. Finn samarbeidspartnere! (BUP? PPT? Barnehjem? Psykolog? Jurist? Politi? Psykiater? Familierådgivning?).

Bydelslege Morten Laudal
Oslo

Ungdom og seksualitet

Ut fra erfaringer fra Sør-Varanger fikk vi innsikt i hvor betydningsfullt seksualopplysning (generell kunnskapsformidling) og prevensjonsveiledning (individuell tilpasning) er i forebyggende medisin.
Det viser seg at behov for slikt forebyggende helsearbeid eksisterer allerede fra 8.-9. klasse - ut fra det man fant om seksuell debutalder og prevensjonsbruk. Økt kunnskap fører til endret adferd med mer prevensjonsbruk, mindre kjønnssykdom og færre uønskede svangerskap. Formålet med opplysningsvirksomheten er å formidle kunnskap og gi trygghet, gi prevensjon der det trengs, formidle holdninger og gi bakgrunn for aktive verdivalg.
Hovedproblemet er å få gitt seksualopplysning på en slik måte at budskapet når frem dit det skal. Laudals erfaring var at den etablerte helsetjeneste sjeldent ble kontaktet av de som trengte det mest. Han gjorde seg til sterk

talsmann for opprettelse av prevensjonskontorer som kunne imøtekomme ungdommens livssituasjon ved å være en møteplass uten timebestilling, utenom skoletid - gratis og åpent for alle - med en klart definert oppgave som prevensjonskontor. Forutsetningen for å få til dette er interesse og kunnskap blant helsepersonell og politikere - og en kommunal vilje til finansiering og praktisk gjennomføring av dette viktige forebyggende helsetiltak.

Rektor Trygve Hildebrand
Glitrehaug skole, Gol

Ungdom og stoffmisbruk

- 80% av ungdom i alderen 15-20 år har aldri brukt illegale stoffer. Av de 20% som har prøvd illegale rusmidler er det bare 1/4 som har gått videre og utviklet tilhørighet til misbrukermiljøer. 95% av ungdommen har altså en livssituasjon der stoffene ikke har appell til dem, eller de fanges opp i nettverk rundt dem som forhindrer misbrukerkarriere.

- Av de 5% som forblir i stoffmiljøet (ca. 10 000 i Norge) går ca. 1% (2 000) over på Amfetamin eller Morfin, sprøyter, tilegner seg et "uteliggersyndrom" og bærer problemene med seg utover ungdomstida.

- Stoffmisbruk er "ensomhetens fest". I den harde gruppen har ingen gode venner. De utnytter hverandre, stjeler fra hverandre - og det er alles kamp mot alle. Kriminaliteten er høy, ikke minst fordi det er kostbart å være misbruker. Der må skaffes 1 000 - 3 000 kroner pr. dag, og "inntektskildene" er kriminalitet, salg av stoff, og prostitusjon. Ca. halvparten av de til enhver tid 2 000 innesittere i norske fengsler har tilknytning til stoffmisbrukermiljø, og av de ca. 12 000 som soner fengselsstraff årlig er halvparten uetablert ungdom under 25 år. Det er nå færre i 15-20 års-gruppen enn før, men flere over 20 år med stadig tyngre problematikk.

- Hildebrand var sterkt opptatt av både å hjelpe de som per i dag har problemer, og samtidig forebygge nyrekruttering til misbrukergruppen. En gjennomsnittlig misbrukerkarriere varer 6 år, og koster samfunnet 1/2 - 5 mill. kroner årlig! Det er nå kommunene som har fått ansvar også for denne gruppen, noe som har ført til nedbyggende og nedprioriterte tiltak. Kommunenes kompetanse, økonomi og vilje varierer, og i realiteten er innsatsen svært liten i forhold til de totale samfunnskostnader misbrukerne skaper.

Hildebrand mente at den nåværende desentraliseringen er resultatet av en overvurdering av den kommunale evne og kompetanse på dette problemfeltet. Han ville tilbake til sentralismen - når likevel lite skjer uten sentralt initiativ, pådriving, og ressurstilførsel.
Han har selv en sentral rolle i utformingen av det opplæringsmateriell som nå tilbys bl.a. i skoleverket gjennom Sosialdepartementet/Sentralrådet for narkotika med tema "OPPVEKST" i videofilm, bok og debattperm - og fokus på skole, fritid, arbeid, rus og nærmiljø.

Kurset omfattet også viktige temaer som hudproblemer, veneria, gynekologi, spiseforstyrrelser, kronisk sykdom m. m. og en hel dag var avsatt til diskusjon og gruppearbeid om skolehelsetjenesten.
Kursledelsen hadde også utgitt en veileder om nocturne spørsmål for kursister som ga et meget livlig fremstilling av Tromsøs uteliv - jfr. utklipp.
Tenåringsmedisin er et viktig fagfelt, og dette kurset bekreftet bare at interessen er stor, problemområdene mange - og det bør arrangeres flere tilsvarende kurs ved flere av våre universiteter eller lokale kurskomiteer.

OPTIMISME PÅ RORBUA

Nå skal vi gå på pub. Rorbua synes nærmest. Gjennom en bueformet dør kommer vi inn i et inferno av røyk og bråk. Det er som å komme inn på en fransk fiskeauksjon når det er lite fisk. Mysende prøver vi å orientere oss.

En rødkledd firkant av en dørvakt kommer over gulvet. Foran på brystet hans henger det en liten gjest med westernstøvletter, en sørgmodig bart og en promille som må grense mot prosent. Det er den nordnorske optimismen som henger der. I det han bæres ut gjennom døra ser vi han skotter opp på dørvakta, og vi hører at han sier:
- Låne du mæ hundre krone går æ frivillig.

Gir du en mann en fisk,
kan han mette seg e n gang.
Lærer du ham å fiske,
vil han ikke sulte.
Visdomsord fra østen.

En bok
kan få det til å blomstre
i den karrigste jord
Carl Sagen

Selvhjelpslitteratur

En bibliografi

Eivind Meland

I mitt arbeid med pasienter med psykiske vansker og livsproblemer, har jeg i de siste årene benyttet med mye av "selvhjelpslitteratur", som jeg anbefaler pasientene å kjøpe/låne. Den littertur j e g bruker er for det meste utsprunget fra en læringsorientert psykologi. Erkjennelsesmessig nyorientering og bevisst følelsesmessig bearbeiding kan læres og omlæres. De lærings- og erkjennelsesbaserte metoder er veldokumenterte i den psykologiske vitenskap. De handler om hverdagsmenneskers problemer, om allmenne mentalhygieniske råd og vink: hvordan ser vi på oss selv og andre? - hvordan forholder vi oss til oss selv og andre? -hvordan skal vi gjøre det bedre for oss selv og dem vi omgåes?

Slike metoder er ingen heksekunst som krever spesielt utdannede ypperstepresterer for å formidle. Konsultasjonen kan holdes innen en rimelig ramme ved at en tar opp et begrenset antall tema.
Det er metoder som har som siktemål å utvikle pasientens egne ressurser.
For behandleren blir det mulig å respektere pasientens integrietet.

Denne littertur handler også om legens erkjennelse og selverkjennelse. Hjelpeyrkene er slitsomme kanskje først og fremst fordi de luller oss inn i livsløgner. Med denne litteratur i hyllene og mellom ørene blir det lettere å leve etter Hippocrates' ideal: Lege - leg deg selv.

Thomas A. Harris: Jeg er OK, du er OK Tidens Tema, 305 s.

Denne boka er litt tung, men en klassiker om emnet: transaksjonsanalyse. Den er imidlertid såpass tilgjengelig at de fleste kan lese den med utbytte. Transaksjonsanalysen deler personligheten i tre bevissthetsfuksjoner, som deltar i mellom-menneskelig samkvem (transaksjon): foreldre, voksen og barn. Den lærer hvordan visse typer kommunikasjon hører sammen med følelsesmessige ekvivalenter, og hvordan vi kan gjøre oss i stand til å velge mer adekvate og virksomme måter å forholde oss til dem vi omgåes gjennom andre kommunikasjonsformer og andre følelser.

Den gir en grundig innføring i hvordan de ulike former for eksistensielle posisjoner utvikles i barnealderen: Jeg er (ikke) OK - du er (ikke) OK. Den behandler hvordan en tjenlig posisjon (Jeg er OK - du er OK) avhenger av et bevisst valg. Avslutningsvis gir den en omtale av hvordan transaksjonsanalyse kan brukes overfor pasienter og i møte med barn på ulike alderstrinn.

Pål Martinsen: Det var en gang..... Odd Dyrborg A/S, 92 s.

Harris' bok utkom første gang på begynnelsen av 70-tallet. Denne bok representerer en videreutvikling av transaksjonsanalysen.

Boka er lettlest med oversiktlige figurer og treffende eksempler. Den forteller hvordan de eksistensielle posisjoner øver innflytelse på personligheten og dens måte å fungere på. Boka gir praktisk veiledning i hvordan en tjenlig posisjon kan nåes.

Boka introduserer et nytt begrep: egogram. Hvordan utvikle en allsidig personlighet? Hvor stor plass gir d u til det naturlige barnet og lille professor i deg?

Boka må bestilles på eget forlag: Odd Dyrborg A/S, Tidemandsgt. 3, Oslo 2.

Dorothy Rowe:
Depresjon - veier ut av ditt fengsel
da Capo, 217 s.

Rowes utgangspunkt er at depresjon kan sees på som et symptom på manglende livskunst, mangel på en kultur som ivaretar de følelsesmessige sider ved vår personlighet. Hun henter kunnskap såvel fra den selverkjennelsesmessige psykologi som fra østens livskunst og vår felles litteraturarv. Det er en lettlest bok. Pasienter kjenner seg igjen i kapitlene i boka, selv om identifikasjonen aldri er 100% (heldigvis er vi forskjellige). Boka behandler perfeksjonismens ødeleggende selverkjennelsesmønster og gir gode råd om hvordan en skal være god mot seg selv og finne livsverdier i de små og nære ting.

En del av innholdet vil nok provosere noen kolleger. Blant annet har Rowe et temmelig endimensjonalt, negativt syn på psykofarmaka, mens hun lovpriser yoga.

Paul Hauck:
Bygg opp din selvtillit
Dreyer forlag, 112 s.

Det er slående hvor ofte psykisk lidende kan fortelle om manglende selvakseptering. Denne mangel driver mange mennesker ut i et sosialt spill der de er ute av stand til å sette grenser. Haucks bok handler om hvordan man kan klare å sette grenser, hva som medvirker til at man er dumsnill, og hvordan vi kan ta ansvar for å komme ut av denne hengemyr.

J.H. Schultz:
Øvingshefte i autogen trening
Tanum-Norli, 32 s.

Dette er en fin bok i konsentrert relaksasjonsteknikk. Boka er klassikeren om emnet: autogen trening. Den praktiske framgangsmåte for å oppnå avslapning er også god. Den understreker betydningen av å gjenta "budskapet", uten evaluering av resultatet. Prestasjon og forknytt angst for ikke å få det til blir derved overvunnet.

Nancy van Pelt:
Kunsten å være gift
Norsk Bokforlag, 184 s.

Denne bok vil provosere den snerpete radikaler og være usmakelig for en fastlåst og kompromissløs feminist. Nancy van Pelt tar sitt utgangsupunkt i Pauli ord: De gifte kvinner skal underordne seg under mennene sine som under Herren selv. Hun videreutvikler imidlertid dette utgangspunktet med å sette det inn i en mer fullstendig kristen forståelse av ekteskaps- og samlivsmoral med skriftstedet: Underordne dere under hverandre i ærefrykt for Kristus.

Hun anviser hvordan ekteskapet kan fungere som kollektiv ledelse der partene anerkjenner og respekterer og hverandres behov for kjærlighet og støtte. Rammen er kristen moral, rådene er praktiske og åpenhjertige. De spenner fra råd om clitoris-stimulering til jordnære familieøvelser i hvordan vi skal lære å kommunisere bedre.

En kritisk merknad vil være at den kulturelle setting er å akseptere arbeidsfordelingen mellom kjønnene a la amerikansk middelklasse på 60-tallet. På den annen side er boka framtidsrettet, positiv og praktisk. Den viser til kjærlighetens styrke og forteller hvordan kjærligheten skal pleies og vedlikeholdes.

Paul Hauck:
Kunsten å være gift
Dreyer forlag, 138 s.

Hauck har et fornuftsbasert, nesten merkantilt syn på kjærligheten: en følelse som du har og deler ved at du forutsetter at den andre part skal ivareta deg og dine interesser. Boka handler om hvordan firmaet Hvermannsen A/S kan drives på en måte som gjør begge parter tilfreds. Mestringsteknikkene er andre enn van Pelts, men praktiske og rettferdige.

Boka beskriver hvordan selverkjennelsesfeil gjør en til et lett bytte i kampen om fordelene i "firmaet". Den gir innsikt i og styrke til å fremme egne interesser og krav på en fornuftsbasert og anvarsbevisst måte. Svakheten med boka, etter min oppfatning, er at den undervurderer styrken i å gi følelsesmessig og personlig anerkjennelse til den annen part uavhengig av hva man har fått ut av "firmaet" den dagen.

Haim G. Ginott:
På talefot med barna
Fakkelbok, 136 s.

Mangel på psykisk og sosialt velvære fører svært ofte til samværs- og kommunikasjonsvansker med ens nærmeste (eller er sammenhengen den omvendte?). Ginotts bok er gammel og utgitt i en rekke nye opplag som er litt modernisert. Den er imidlertid preget av amerikansk middelklasse-livsstil, og en del av innholdet vil med rette føles uakseptabelt for folk med et moderne syn på arbeidsdelingen mellom kjønnene. Boka har imidlertid flere gode budskap:

For det første å akseptere dine barns (og medmenneskers) følelser. Utgangspunktet for en oppdrager er å komme på bølgelengde med barnet ved å akseptere dets følelse av f.eks. sinne, sårhet og trass.

For det andre å skille mellom person og handling. Overbevis deg om at barnet ditt er bra. Et snilt barn er ikke det samme som et lydig barn. Hvis vi tilegner oss evnen til å skille person fra handling, vil våre muligheter som oppdragere være mye større. Evner vi å inngi følelsen av verdi til våre barn, vil muligheten til adferdsmessig forandring og modning bli mye større.

Boka gir ikke minst konkrete kommunikasjonsråd i hverdagssituasjoner vi kjenner oss igjen i.

Margot Jørgensen og Peter Schreiner:
Barns kamp mot voksne
Fighter-relasjon som oppdragerproblem
Ida bokverksted og forlag, 150 s.

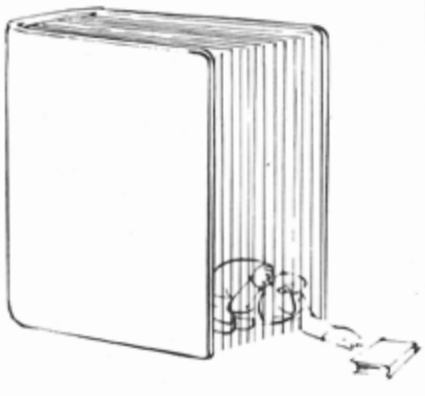
Dette er en lettlest fagbok, som nok krever litt forhåndskunnskap hos leseren. Den gir befriende gode råd om hvordan foreldre/pedagoger kan tre ut av fighter-relasjonen og etablere positiv kontakt med sine barn. Den har

også en grundig innføring i hvordan selverkjennelses-svakheter og livsvansker blir utgangspunkt for fighterens måte å tilkjempe seg fordeler.

Boka evner å framstille barnets intensjoner med sin adferd på en positiv måte. Adferd som vi vet vekker følelsesmessig aversjon, blir dermed forståelig og rasjonell. Det blir klart for leseren hvordan den sosiale interaksjon virker og vedlikeholdes.

Det er svært vanlig (om ikke obligatorisk) at følelsesmessig nød og pine har en sosial/interpersonell ekvivalent. Denne boka viser veg ut av uføret som vi vet mange av våre pasienter (og vi selv) befinner seg i. Med utgangspunkt i boka vil vi også være i stand til å gi råd som skolelege/helsestasjonslege på en praktisk og framtidsrettet måte

Eivind Meland
Bergen, sept - 87.



Berit Tveit, 9.8.87

Blodig alvor

"Dags att "normalisera" AIDS?"
spør nordiske kolleger.
De tenker medisinsk etikk.
Når legen spør, får de svar.

Mitt hjerte slo salto av glede.
De ga avstandsbehandling til meg,
for desperat som Hamlet
ropte jeg ut mitt problem:
"Å vite eller ikke vite:
Hvem har HIV?"

"Normalt" i vår sære latin
betyr jo å gjøre mot AIDS
som vi gjør mot Salmonella:
Registrere, etterforske,
lete etter smittekilder,
isolere dem fra friske folk.

Kakaobønne-bålet lyste over Norge.

Mennesker kan lære, håper vi,
å isolere sine egne virus,
dersom vi får hentet bærerne
tidlig nok fra folkedypet,
før de får virus på hjernen
og sanseløst sprer sitt blod.

Navn er ikke magisk for oss.
Bare en metode for å sikre
at innkalling til mulig smittede
postes til rett person,
og at vi kan følge pasienten
på hans tunge, bitre vei.

Antall positive prøver
er spennende for forskeren,
men hjerteskjærende for legen.
En pasient er ikke statistikk.

Anna, Kari, Per og Ola
vi vil holde deres hender
selv om vi tar hansker på,
når rosetorner stjal vårt blod igår.

Hva slags sex de bedriver
er uten verdi for oss.
Selv når fordom bor i vår ryggmarg,
er det vår plikt som leger
å bruke hodet til å tenke med.

Sex er like normalt som å spise.
Analsex og sjokolade
er heit enkelt smittemåter.

Folkesjelen støtter oss.
To tredjedeler vil testes.
Noen er bestemødre
og vil gjerne kunne si engang:
"Du var en trassig treåring, men lever nå,
for vi skrev vårt navn i blod for deg."

Men de ber samfunnet om hjelp:
"Kall oss inn!"- Vi makter ikke
smertelig alene gå til legen,
si at vi er redde. Hvorfor?
Kanskje: "Nils var på bytur ifjor,
og vil ikke si mer om det."

Farlig å stå i registre?
Kreft blø konkret for mange.
De er registrert, med navn og alder,
og kan spørres om solfaktor og sex.

Så underlig mennesket er -
det kan se døden i øynene.
Men likevel glede seg over å hjelpe.
Ved å svare på spørsmål,
eller la være å smitte andre.
Men da må det ha kunnskapen først.

Å stå i et register
er ikke prisen de betaler.
Heller en støtte: Noen vet om meg.
Noen våker diskret og vennlig.
Sender spørreskjema nå og da:
"Hvordan har du det? Kom til kontroll-"
Prisen? Mareritt i våken tilstand.

Jo det er på tide
å normalisere AIDS.

Vi er ikke bare tellekorps for forskere.
Leger for mennesker er vi.
Selv når det kreves svette, blod og tårer
og slikt er vekstmedium for fienden: AIDS.

Berit Tveit.

Oppofrende lege -utbrent lege og forsømt familie?

Reidar Tyssen

Reidar Tyssen er cand. med. fra Bergen 1981. Turnus på Ringerike sykehus og Torsken distrikt. Kortere vikariater ved Oslo kommunale legevakt (skade-kir.) og. Dyrøy distrikt. Siden 1985 kommunelege II i Lenvik, Troms.

Temaet er hentet fra utdanningsboka for almenpraktikere av Steinar Westin (1). Dette er ett av de foreslåtte emner til spesialist-utdanningsgruppene i almenmedisin. Men det er ett av de siste i boka - så jeg regner med at få av dem som deltar i utdanningsgruppene er kommet så langt ennå.

Dette er nok likevel et aktuelt tema, som vi snart skal se.

Bortsett fra det mulig attråverdige som ligger i noenlunde bra økonomi og status, viser undersøkelser at vi som partnere langtfra er så mye å samle på som legeromanene antyder.
Ikke bare har vi problemer med ektefelle og familie, men også ofte med oss selv. Her tenkes da på legen som pasient - og spesielt som psykiatrisk pasient. Flere av oss er vel smertelig klar over disse forhold. Derfor er dette også et ømtålelig tema, som kanskje for sjelden taes opp...
Det er imidlertid mitt håp - tross de dystre fakta som presenteres - at vi etter dette lille foredraget ikke skal gå ut med "knekte nakker og knekte maker" - ennå mere desillusjonerte enn vi var fra før. Nei, jeg skulle ønske at vi tvertimot ble oppmuntret til å stå på som "oppofrende" i ordets mest positive betydning. Dette gjelder både leger og ledsagere. Kanskje kunne vi stoppe opp, løfte blikket fra medisinfaget, og hjelpe hverandre til å se verdien av livet der utenfor lege-kontoret. Ikke minst se verdien i det å ta vare på våre nærmeste.
Jeg vil ta for meg først legen - dernest hans eller hennes forsømte familie.

Legen

Hvem er så denne "oppofrende legen"?!
Per Fugelli skrev i Nordisk Medisin i 1981 (2) et tankevekkende innlegg om hvilke særpreg ved legeyrket som former legens personlighet. Han ramser opp 7 positive og hele 14 negative forhold. En del av de negative går på utviklingen av uheldige karaktertrekk hos legen, jeg skal komme tilbake til dette senere. Som en rød tråd i innlegget går imidlertid betydningen av det store arbeidspresset i yrket.
Og selv om de fleste leger greier dette forholdsvis bra, får noen alvorlige psykiske problemer. Det er gjort en del studier over dette, men mange av dem er mangelfulle. Det er mye skjult og underrapportert ute og går. Dessuten er de fleste undersøkelser gjort i USA, og avspeiler dermed kun amerikanske forhold.
Scheiber og Doyle skriver i "The Impaired Physician" (3) at de statistiske data som foreligger om dette emnet sannsynligvis bare representerer toppen av et isfjell.

De hovedproblemer som går igjen i undersøkelser i USA er:
- Alkohol-og medikamentavhengighet
- Depresjon og selvmord
- Ekteskapsproblemer

Og det synes som om noen av disse tilstandene er overrepresentert hos leger i forhold til resten av befolkningen: 30 - 100 ganger økt risiko for medikamentavhengighet (4). Selvmordshyppigheten for mannlige leger ligger kun litt over gjennomsnittet for menn ellers. Kvinnelige leger har imidlertid en selvmordsfrekvens tre ganger over det forventede.
Denne tendens er vist både i en amerikansk (5) og en vest-tysk (6) undersøkelse. Kvinnelige legers problemer er viet et eget kapitel i "The Impaired Physician"

Den norske psykiateren Eivind Haga har interessert seg spesielt for legen som psykiatrisk pasient. Han skriver i en artikkel (7) at disponerende for depresjon er nettopp slike verdifulle trekk som særpreger mange opporfrende leger: Streng samvittighet, utrettelig arbeidsinnsats, behov for anerkjennelse, kontrollerte følelser.

At visse særtrekk ved personligheten kan være ekstra belastende for utøveren av et yrke der en arbeider med mennesker, har også sosialhøgskolelærer Steinar Stjernø beskrevet. Dette i en undersøkelse blant sosialkuratorer i 6 østlandsfylker, som er referert i boka "Stress og utbrenthet" (8). Stjernø fant at kuratorer med høy klientorientering var mest utsatt for stress symptomer. Med høy klientorientering menes positivt og personlig engasjement i klienten - og villighet til å tolke lover og regler i klientens favør. Det viste seg at høy klientorientering var betydelig mere belastende enn høyt arbeidspress.

Jeg tror det samme gjelder for pasientorienterte ger. I alle fall er det belastende for leger å ha mye med pasienter å gjøre.
En undersøkelse fra Australia (9) har vist et høyere angst-nivå blant leger som hadde direkte pasientrelatert arbeide, kontra leger i ikke-klinisk fag (patologer) og befolkningen ellers.
En annen undersøkelse (10) viser at leger i pasientrelatert arbeide var mer utsatt for problemer i ekteskapet og hadde større behov for psykiatrisk hjelp enn kontrollgruppen og leger i ikke-klinisk arbeid.
Dette bringer oss inn på

Den forsømte familien

Det er selvfølgelig galt å hevde at alle legers familier er forsømte. Og skilsmissefrekvensen blant leger er neppe høyere enn i resten av befolkningen. Dette viser både en amerikansk litteraturgjennomgåelse (11) og en undersøkelse blant norske leger i psykiatriutdanning av Haga og Abrahamsen (12).
Likevel er det mye som tyder på at vi oftere opplever samlivsproblemer hos leger enn hos andre folk. Et velkontrollert materiale som Haga refererer til i Nordisk Medicin 1982 - riktignok også det amerikansk - viser at nær halvparten angir ekteskapsvansker, mot en tredjedel i kontrollgruppen (7,10).
Hva så med legenes ektefeller? Jo, legekoner som blir psykiatriske pasienter rammes ofte av det samme som sine utbrente ektemenn: Depresjon, misbruk og selvmord. Dertil har de ofte kroniske smertetilstander (13).
Sarah Nelson, amerikansk lege og familieterapeut, har interessert seg for barna i legefamilien - og bl.a. gjort videointervju med legebarn. Fra et av hennes opptak siteres følgende:
"Can you characterize your father in just a few words?" Carol (aged 28); "I can do it in one word - missing, for the most part"(14).
Nelson understreker farene ved den selvoppofrende, eller rettere sagt selv-ofrende legerollen, der hele livet dreier seg om faget og jobben. Der alle ens ambisjoner går i retning av en karriere i yrket, og der en nekter seg alt annet.
En slik far eller mor blir dårlige modeller for sine barn mht. det å ta vare på seg selv og nyte andre områder av livet (14).
Fugelli er også inne på dette, i tidligere nevnte artikkel. Han hevder at de fleste leger arbeider etter det gamle medisinermotto Carpe Diem - utnytt tiden. Vi venner oss til at hvert minutt skal være nyttig, arbeidsdagen skal være fylt av mening og handling (underforstått alt "unyttig" er meningsløst). Og han understreker at det kan være vanskelig å henge fra seg denne holdningen sammen med frakken på kontoret når dagen er slutt. Tar vi den med hjem i familiesituasjonen, kan en lett forestille seg hvilket ufritt, livsfornektende miljø som vil kunne oppstå her.

En annen negativ holdning vi lett får - eller inntar - i legeyrket er det å være allviteren.
I arbeidet får vi hver dag bekreftelse på at vi vet mer om medisin enn folk flest. "Hos noen leger leder dette til den kortslutning at de er klokere enn andre jevnt over." (Sitat Fugelli). Vi kan slik bli mestere i å uttale oss skråsikkert om ting vi ikke har så mye greie på , og inntar ofte en belærende holdning. Dette får selvfølgelig ofte negative følger i hjemmesituasjonen. Både i forholdet til ektefelle og barn: "My dad (mum) lectures instead of listens", er et hyppig sitat fra legebarn i følge Sarah Nelson (14).

Manglende medfølelse er et tredje negativt karaktertrekk hos en del leger. Fugelli skriver: "Som et nødvendig forsvar, for ikke å bli følelsesmessig oppbrukt, må legen i sitt arbeid prøve å gjøre seg kjølig og ha avstand til den nød som omgir ham. I årenes løp kan denne avstand fryse fast og gjøre det vanskelig for legen å komme dem som står ham nær i møte når de trenger varme og støtte."

Det ligger smublende nær å komme inn på det å være lege for sin egen familie. Jeg husker at jeg allerede ved velkomstforelesnigen til det medisinske studium fikk det råd å unngå å behandle mine nærmeste. I praksis er ikke dette alltid så lett, spesielt ikke for den som er alenelege i et distrikt.
Likevel bør en nok tilstrebe å ha en lege utenfor familien. En lederartikkel i Journal of Royal College of General Practitioners 1980 (15) tar opp dette problemet. Det pekes på hvordan legen lett overreagerer ovenfor sin egen familie - med unødvendige undersøkelser og henvisninger. Den motsatte grøften - å bagatellisere for mye - er kanskje vanligere å gå i. Og dette kan selvfølgelig være enda farligere.
Artikkelen konkluderer med at alle legefamilier (også spesialister) bør ha en egen almenpraktiker som egen lege. Helst en utenfor ens nærmeste bekjentskapskrets og ens egen praksis.
I alle fall bør en vel unngå å gjøre smertefulle inngrep på sine egne mindreårige barn. Sarah Nelson viser til at følsomme barnesinn kan få skremmende fantasier, delvis av psykotisk natur, om kastrerende og allmektige doktorforeldre (14).

Hvordan kan vi forebygge ?

at vi brenner ut og våre familier forsømmes?
Haga foreslår følgende enkle, men viktige tiltak (7):

1. Større åpenhet om de spesielle farer som følger med legeyrket. Emnet bør gis faglig status både i medisinerstudiet, på etterutdanningskurs og der hvor leger og ektefeller kommer sammen.

2. Hold fast på en rimelig fordeling mellom faglig innsats, familieoppgaver og fritidssysler.

3. Respekter alminnelige leveregler for et sunt levesett

(Mosjon, spising, drikking og giftstoffer).

Til slutt har jeg lyst til å komme med et aldri så lite "hjertesukk" på vegne av våre livsledsagere: Alle har vi behov for hundre prosent oppmerksomhet fra våre nærmeste iblant, enten det er familie eller nære venner. Som nevnt tidligere kan en leges nærmeste her ofte oppleve seg tilsidesatt. Enten det er av en telefon fra en dårlig pasient, et sykebesøk som "må" gjøres, eller et kursinnlegg som skal forberedes. (Må med skam bekjenne at jeg møtte meg selv i døra flere ganger under forberedelsen av dette foredraget!)
Men ofte er det opp til oss som leger å gjøre prioriteringer. Personlig mener jeg at har vi først giftet oss og stiftet familie - må vi si opp ekteskapet med jobben. "Karrieren har kostet meg tre ekteskap,- og det var verd det," sa en medisinsk professor. Det er også en prioritering...
Et ja til noe er ikke et ja uten t det samtidig er et nei til noe annet. Vi må lære å si nei. Så får vi heller ta den belastningen det kanskje er å bli litt upopulære i en pasients øyne ved å henvise til kontortiden eller vakthavende. Eller slå av litt på andre ambisiøse krav.
Og vi må lære oss å koble ut arbeidets bekymringer når vi møter det nakne hjertes behov hos våre nærmeste. Det har med å lytte å gjøre, det har med innlevelse og engasjement å gjøre. Ja, det har med noe så fint, enkelt - og iblant vanskelig - som å ta vare på hverandres hjerter å gjøre.

Tove Ditlevsen har skrevet et nydelig dikt om dette (16):

Saa tag mit hjerte i dine hænder

Saa tag mit Hjerte i dine Hænder,
men tag det varsomt og tag det blidt,
det røde Hjerte - nu er det dit.

Det slaar saa roligt, det slaar saa dæmpet
for det har elsket og det har lidt,
nu er det stille - nu er det dit

Og det kan saares, og det kan segne,
og det kan glemme, og glemme tit,
men glemmer aldrig, at det er dit

Det var saa sterkt og saa stolt, mit hjerte,
det sov og drømte i Lyst og Leg,
nu kan det knuses - men kun av dig.

Prislapp på kommunelegestillinger

DEBATT • debatt • DEBATT • debatt • DEBA

Herr redaktør!

"OLL må se sitt ansvar og ta initiativ i denne saka!" Dette er oppfordringen i Utposten nr. 6/87 fra Ola L..

Under min ledelse har OLL gitt til kjenne sitt syn på den aktuelle sak. Forhandlingsavdelingen, som er den autoritative fortolker av tariffavtalene innenfor Lægeforeningen, har lagt et annet syn til grunn. OLL, som spesialforening i Den norske lægeforening, må innrette seg etter det.

Ola L. legger for dagen flere misforståelser i sin kommentar. Jeg viser til Forhandlingsavdelingens redegjørelse for dette.

Berepet "kommunelege" er ikke godt. Det dekker rene kommunelegestillinger som er fullt underlagt kommunal instruksjonsmyndighet, og kombinerte stillinger der den kommunale deltidsstilling utgjør en liten del ved siden av privat almenpraksis.

Den kombinerte funksjonen almenmedisin/samfunnsmedisin bør beholdes med begge økonomiske tilknytningsmuligheter til kommunen. Dét antar jeg Ola L. også er enig i. De uheldige konsekvenser som Ola L. ser av den aktuelle sak, anser jeg som lite reelle.

Hva jeg ser som mer bekymringsfullt er de fastlønnede kommunelegers begrensede kontakt med de løpende utgifter i praksis, og dermed synkende kostnadsbevissthet. Den kommunaløkonomiske forvaltning evner jo å tilsløre driftsøkonomien i de enkelte tjenesteområder.

Såvel av hensyn til vurderingen av det reelle kostnadsnivå i kommunal primærlegepraksis, som for vurderingen av kostnadene i den private primærlegepraksis, er det kanskje gunstig at det settes "prislapp på kommunelegestillinger". Men da på et driftsøkonomisk grunnlag sammenholdt med ønskede målsettinger, tilgjengelige ressurser og planlagt tidshorisont for de forskjellige tiltak.

Og det er jo noe annet enn den aktuelle sak!

Dag Brekke, tidl. leder i OLL.

KORT REPLIKK:

Beste Dag B.!

Vi har nok fremdeles forskjellig syn på denne saka. Faktisk er problemet større og mer eiendommelig enn jeg ga uttrykk for i lederen i nr. 6/87. Det viser seg at avtalen bare gjelder for dem som var i de aktuelle stillingene den gang avtalen var inngått i 1984! Det har to konsekvenser:

1. De som nå kjøper seg inn i en av de gamle kommunelegestillingene og betaler 40-50000 kroner, skal ikke ha noen godgjørelse fra sin etterfølger når de fratrer. De skal altså betale 40-50000 kroner for en vare som er uten salgsverdi.

2. Denne merkelige ordninga gjelder for dem som satt i stillingene i 1984. Dersom den yngste stillingsinnehaveren var 28 år og blir sittende til han pensjonerer seg i 67-års alder, vil han under henvisning til denne avtalen kunne kreve godtgjørelse av etterfølgeren i år 2022. De største problemene vil kommunene og kollegene nå møte i de første åra. Etter hvert vil vel det hele bli betraktet som et kuriøst relikt fra det

historiske år 1984: "Gåten om prislappene fra 1984".

Ellers berører du et del spennende tema: økonomi i fastlønnsstillinger og privat praksis. Jeg håper at noen vil ta opp dette temaet en gang i året som kommer.

Ola Lilleholt

Følgende kommentar fra Lægeforeninga kom under lay-outen av dette nummeret av Utposten. Det kommer derfor med uten kommentarer utover det som skrevet til Dag B.'s innlegg.

Prislapp på kommune-legestillinger

Tor Stegarud
Dnlfs sekretariat

Det vises til leder under overnevnte overskrift i nr. 6/87 av Utposten - et ellers utmerket blad innen allmenn- og samfunnsmedisinens tjeneste.

Allerede overskriften som Ola L. har brukt i sitt innlegg er -bevisst eller ubevisst - villedende. Det er ikke i egenskap av kommunelege man eventuelt har plikt til å betale godtgjörelse for opparbeidet praksis, men som privatpraktiserende lege, og i dette tilfelle i kombinasjon med deltidsstilling som kommunelege begrenset til 14 timer pr. uke. Tilleggsavtalen inneholdende overgangsbestemmelser for tidligere distriktsleger bruker betegnelsen kommunelege i deltidsstilling ved siden av privat almenpraksis, ikke kommunelege i kombinert stilling.

I henhold til paragraf 2, pkt. 2.3.3. i Overenskomst vedr. drift av privat almenpraksis har lege som overdrar sin praksis krav på godtgjöring for opparbeidet privat praksis med inntil 17% av gjennomsnittlig trygderefusjon og driftstilskudd de siste 3 år - altså ikke bare avgrenset til trygderefusjonen - noe som vel neppe vil bidra til å berolige Ola L. Forutsetningen for at et slikt krav kan reises, er at overdragende lege må ha drevet praksisen för 1. januar 1984. Motsetningsvis må man derfor slutte at lege som overtar en praksis etter nevnte dato ikke har krav på tilsvarende godtgjörelse ved en eventuell overdragelse. Det kan selvsagt reises spörsmål hvorvidt dette er rimelig.

Under forhandlingene om Overenskomst vedr. drift av privat almenpraksis - som trådte i kraft 1. april 1984 - ble vilkårene for alle som avtalen skulle omfatte vurdert likt - herunder også vilkårene for distriktslegene som drev privat praksis med ett unntak, nemlig avtalens omfang. På dette punkt ble det avtalefestet at henholdsvis tidligere distriktslege I og distriktslege II ordinært ikke skulle ha större driftstilskudd enn svarende til 32 og 33 timer pr. uke, da disse også var pliktig til å påta seg samfunnsmedisinsk og forebyggende arbeid med henholdsvis 14 og 12 timer pr. uke. Det maksimale omfang for distriktslege III, IV osv. ble avtaleregulert til 35 timer pr. uke. I desember 1983 ble et anbefalt forslag til avtale forelagt et utvidet lönns- og tariffråd, hvor bl.a. avdelingstillitsvalgte leger og styret i Offentlig legers landsforening er representert. Det framkom ingen innsigelser eller forslag om unntak forsåvidt gjaldt nevnte bestemmelse om godtgjörelse for opparbeidet praksis.

Avslutningsvis under punktene 1-5 blir det trukket noen konklusjoner under forutsetning av at avtalen ikke blir endret på nevnte punkt. Vi kan ikke unnlate å kommentere noen av disse:

Under pkt. 1 blir det påstått at det forebyggende arbeid vil lide særlig de siste 3 år för en lege planlegger å forlate stillingen, da det vil være mer fordelaktig å drive mest mulig kurativ virksomhet. Videre at man vil kunne komme inn i onde sirkler fra legebytte til legebytte.

Som nevnt ovenfor har privatpraktiserende leger med deltidsstilling som kommunelege I eller kommunelege II en avtalefestet plikt til å arbeide 14 og 12 timer pr. uke innenfor forebyggende medisinsk arbeid. Å redusere dette arbeidsomfang til fordel for ökt kurativ virksomhet, vil derfor være brudd på tjenestepliktene. Problemstillingen er derfor ikke reell. En ökt innsats i den kurative virksomhet kan selvsagt likevel skje. Dersom motivet alene er å spekulere i ökt godtgjörelse ved praksisoverdragelse, vil den ökonomiske uttelling bli meget liten i forhold til innsatsen. I en slik situasjon er det bare trygderefusjonen (25% av legens totale honorar) som vil endre beregningsgrunnlaget for godtgjörelsen, da driftstilskuddet er fast og egenandelen holdes utenfor. Som nevnt faller retten til godtgjörelse for opparbeidet praksis bort for en som har overtatt en slik virksomhet etter 1. april 1984. Det er derfor ikke grunnlag for påstanden om ...."onde sirkler fra legebytte til legebytte". Endelig må vi hevde at 3 års bevisst planlegging i forbindelse med å forlate en stilling vel stort sett kan avgrenses til å gjelde de leger som nærmer seg pensjonsalderen.

Når det gjelder pkt. 2 må vi gjenta at fordelingen mellom tid for forebyggende arbeid og kurativ virksomhet og fastsettelsen av omfanget, er individuelt avtalt mellom den enkelte lege og berörte kommune - dette gjelder også hvor flere leger arbeider sammen i et legesenter/gruppepraksis.

Forsåvidt gjelder punktene 3-5 - som i alt vesentlig markerer oppfatningen at man må kjöpe en kommunelegestilling - må det presiseres at kommunelegestillingen utgjör 1/4 av funksjonens totale arbeidsomfang.

Det resterende 32-35 timer pr. uke er utövelse av et liberalt erverv som privat almenpraksis er. Når derfor en lege reflekterer på en kunngjöring av

ledig avtalehjemmel om privat praksis i kombinasjon med deltidsstilling som kommunelege, må det antas at den vesentligste motivasjon for en söknad ligger i et reelt önske om å drive privat praksis på tilnærmet full tid med det kostnads- og inntektskompleks dette innebærer. Det er denne del av totalfunksjonen man eventuelt skal betale for i form av godtgjörelse for opparbeidet praksis. Kommunelegestillingen kjöpes altså ikke. Dersom man legger til grunn inntekts-undersökelsen i 1985 - korrigert til nivå pr. i dag - vil nevnte godtgjörelse ved overdragelse pr. i dag utgjöre ca. kr. 50000. Når det blir hevdet at "unge kolleger vil kunne få problemer med å reise kapital" for å betale et slikt belöp, er vi ikke uten videre enig i en slik påstand. Blant annet kan vedkommende som overtar en slik praksis kunne få lån i Lægeforeningens lånefond til etablering av privat legepraksis også til dekning av en slik overdragelsessum - p.t. 12% rente. De ökonomiske vilkår for å overta en praksis skulle således ikke være annerledes sammenlignet med en som overtar en avtalehjemmel/praksis uten deltidsstilling som kommunelege.

Når en slik avtalehjemmel er forutsatt overdratt sammen med en eksisterende praksis, forutsettes det at dette fremgår av kunngjöringen, slik at sökerne blir innforstått med de rettigheter og plikter slik overtagelse innebærer med grunnlag i Overenskomstens bestemmelser.

Når det endelig gjelder pkt. 5 er ikke kommunene arbeidsgivere for såvidt gjelder avtalen om privat praksis. Forövrig må vi forutsette at kommunene er kjent med de bestemmelser som er nedfelt i Overenskomsten - herunder vilkårene for overdragelse - da den enkelte kommune selv har saksbehandlet og vedtatt nevnte avtale.

Kan norske allmennpraktikere lære noe av å dra på kurs til England?

Anne Mathilde Hanstad
Kommunelege, Strand i Rogaland

Anne Mathilde H. er cand. med fra Bergen 1979. Turnus Farsund og Strand. Psyk. poliklinikk Haukeland sykehus 1982-83. Kommunelege på fastlönn i Strand fra april 1984. Almenpraktiker Dnlf.

"Opplevelser"

I Norge er sommeren over. I slutten av en våt september drar 20 almenpraktikere fra Bergen til et sommerlig møte med England. Hvorfor? Vi er eller skal fungere som praksislærere for norske medisinerstudenter og har til hensikt å skolere oss til oppgaven(e).

I Oxford frister vi det engelske collegeliv noen dager. Historisk sus, -kultur, -natur, -møllekulelukt ispedd en aning innestengt mugg som blander seg i møtet med Balliol college (gr. lagt 1263). Ett rom til hver student, -oppgang nr. x, romnummer på den kvite döra til studentens krypinn, -en seng, et skap, pult med tom bokreol, lenestol ved siden av vasken med varmt og kaldt vatn. Store tunge vinduer mot gata, eller mot hagen. Toalettet i gangen, i etasjen over, eller under dusjer i kjelleren til nabooppgangen (fellesskapet leve!), slitte trappetrinn merket av hundreårs flittige studentføtter. Husene med velholdt eksteriör. Ornamenteringer over alt, stadig noe under restaureringsstillas. Hus og höye murer danner tilsammen en ramme rundt fredfylte hager, som viser oss et naturens mangfold av kastanjetrær, morbærtrær, fiken og magnolia innimellom blomsterbed og velkjente engelske plener. Grusganger mellom hekker så höye at man har mulighet til å stikke seg bort og meditere ett öyeblikk over livets mangfold! -- Eller man kan slå seg ned på en av de mange benkene og ta en prat med kolleger oppleve alt dette fremmede med hver pore i kroppen,

konsentrere seg om å lære, oppdage og rekreere.
- For noen en joggetur i Oxfords gater eller parker før frokost i "The big hall", der høyden under taket er flere ti-metre. Blant portrettene på veggene finner vi bl.a. vår "egen" kong Olav (noe kjent---?). Måltid inntas på benker langs endeløse border, - alt i tung eik. Øverst i rommet, er de få bordene som står på tvers, -hevet ett trinn høyere og p.t. tomme: Vi er ikke studenter underlagt disiplin og ordre men kolleger på like fot. -Noen mer erfarne og lærde enn andre, -det merkes ikke i det sosiale fellesskapet over bordet. DER oppleves gruppefellesskap man bare oppnår borte fra plikter, ansvar og hverdagslige problemløsningsmodeller. (Per F. stilte uten tverover!)--vi har de ideelle forhold til å oppleve et annerledes kurs:
VIDEREUTDANNING på faglig og medmenneskelig plan! Kontrastene til Oxford møter vi ett snev av i kursets Londondel, innkvartert på hotellrom.
I stobyen er vi blant de utvalgte som foreleses for ved RCGP (Royal College of General Practitioners), -samtidig som noen av oss oppdager elendighet og klasseskiller, ungdom i opprør, hjemløse, uteliggere på sine kartonger,--ved å gå gjennom Londons gater når dagen er blitt natt også sosialt sett!

FAGET:

Utbyttet faglig vil jeg tro var godt for de fleste. Vi stilte med ulike erfaringer. Noen av kursets deltakere hadde to år tidligere stiftet bekjentskap med de engelske forelesere i Bergen. Grunnlaget for kurset "The Consultation" er ei bok som vil være kjent for de fleste norske almenpraktikere, -"It's the little blue Bible" brukte vi si for å beskrive bokas plass i utdanningsgrupper rundt om i Norge.
Tre av bokas forfattere foreleste ved Belliol. Geoffrey Fowler, prof. i almenmed. Oxford, -og presentasjon av den engelske primærhelsetjenestens struktur er å finne i Utposten nr. 3, 85 (Heian: På studiereise til England).

Organisering og drift av praksis fikk vi erfare ved individuelle besøk hos kolleger i Oxforddistriktet:

"Listepasienter, en pr. 10 min. Lite telefonkonsultasjoner. "Face-to-face prinsippet" holdt høyt i hevd. Enkelt å få ny time hos legen. Påfallende problemorienterte konsultasjoner. Lite prøver (en pr. hver 4-5 pas!). Imponerende lite papirarbeide for legen, -en linje i journalen, en resept, og dett var dett!
Mange steder en dataoversikt med preventive spørsmål/svar først i journalen. (noe å lære?)
Sykebesøk ble bestilt over telefon til kontorsøster! Medisinsk teknisk lavere standard enn heime, - midt i travelheten leger som var finke til å spørre om heimeforhold, om det var noe annet de lurte på med det samme (som observatør opplevdes også den nonverbale kommunikasjon!)
I all sin disiplin bie tonen, selv for uformelle nordmenn, tidvis for familiær.--
Frakker var "ut". Arbeidsdagen var lang--gjerne fra 08 morgen til 18 om kvelden.
Min kvinnelige kollega, 32 og gravid med sitt første barn, arbeidet alt redusert og fortalte at videre jobb/karriere avhang av mannen....!"

Med tanke på å undervise våre norske studenter spurte en seg selv hvordan dette systemet kunne fungere for familien. Vi ønsker ikke å formidle at ektefelle/barn må ofres på jobbens alter!

"Doctor/Nurse" overlap var et ukjent begrep: mange steder var sjukepleier ansatt for BTktr, cervixcyt etc. Staten dekket 70% av utgiftene, -likevel er det tungt for en norsk kvinnelig almenpraktiker å svelge påstanden om at "Nurses seem to be much better in systemating things, communicating with patients and so on."

Som praksislærere skulle vi nettopp lære noe om kommunikasjon og undervisning!
Tim Huins presenterte studentundervisningens oppbygning:
Medisinerstudentene er ute i praksis to ganger a to uker ila. de siste tre studieåra. Hver praksislærer (tutor) har ansvaret for 8 studenter, hvilket vil si 16 uker pr. stud. kull. Lærerne har månedlige møter seg i mellom og utveksler erfaringer/problemer. Deres overordnede var prof. i almenmed. Vedr. oppbygn. av lærersystemet, -se fig. 1.

Før studentene konfronteres med praksis, får de snakke med læreren om seg selv, sine forventninger til praksistida og om mulighetene for medisinsk arbeide i almenpraksis.

Som i Norge var studentene i siste periode mest interesserte i å oppleve almenmedisinsk klinikk. Hver student har et par timer veiledning pr. uke, der man igjen tar opp aspekter ved almenpraksis, hva studenten forventer seg annerledes, hva han/hun ikke har forstått etc.

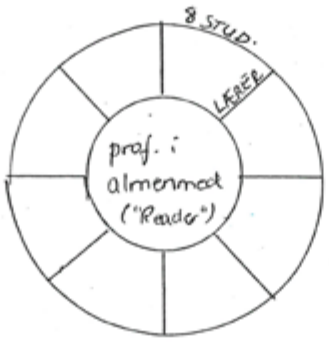


Fig 1.

Om organisering av praksislærersystemet

Basisutdanninga for almenpraktikere er godt bygd opp. Det er krav til tre års tjeneste etter sjukehusturnus. Ett av disse årene skal være i almenpraksis, og da må man følge et bestemt opplegg m.h.p. undervisning/veiledning.

Til dels kunne man ta sjukehusdelen i videreutdanninga som deltidsstilling, fordi disse stillingene kom i tillegg til de øvrige ved sjukehusene.

Til for få år siden har etterutdanninga i almenpraksis vært et forsømt kapittel og avhengig av den enkeltes entusiasme!
Nå har man imidlertid fulltidsansatte som jobber med å få struktur på etterutdanninga. Man har fjernet seg FRA forelesninger TIL grupper. Praksisbesøk er anvendt i etterutdanninga, og burde kan hende bli mer tellende også i Norge?

Gruppearbeid var lagt inn i programmet daglig. Vedrørende vårt forhold til studentene, ble det poengtert å gi studenten følelsen av trygghet, slik at han/hun tør stille spørsmål, får anledning til å vise at de kan noe, at de får anledning til å bryte inn i våre konsultasjoner! Gjennom rollespill i gruppene ble det fokusert på konsultasjonen som undervisningsmiddel. Ett godt poeng var anvendelsen av "positiv kritikk -- noe å ta med seg når læreren i oss skal gi andre kunnskap, selvfølelse og respekt for pasienter/medmennesker.

De to siste undervisningsdagene gikk med ved RCGP i London. Dette syntes å ha sin beste parallell i vårt NSAM. Imidlertid krever man i England eksamen før

medlemskap, -noe som ikke var uten konflikter interkollegialt. RCGP er administrert av 60-70 hel/deltidsansatte. Det har en godt utbygd database, med muligheter for henvendelser fra enhver!
Dessuten var det god litteturservice. Visste noen at det finnes mellom 62 og 63000 medisinske fagtidsskrift i verden??
I hovedetasjen var "Godtebutikken" (sitat Per F.) der kunnskapshungrige vestlendinger kunne legge igjen noen pund og få med seg desto flere kilo bøker heim.

Nancy Dennis, -sosiolog, ga innføring i "Inner city practice". Primærhelsetjenesten i London øst fungerer dårlig. Både kontorfasciliteter, medisinsk teknisk standard og tverrfaglig samarbeide var haltende. Til de mange tusen innvandrere var det ikke noe tilbud om tolketjeneste. En del av praksisene, til dels uten hjelpepersonell, har en turnover på 35 pas. x2 daglig, samt sykebesøk til fots (JA!).
Overfor disse problemene opplevde vi at medisinen aleine stod nokså hjelpeløs. For at endringer skal være mulig, må medisin og politikk koples sammen.
Slike massive helseproblem dreier seg vesentlig om politikk, og kan vanskelig løses av almenpraktikeren aleine■

Javisst kan norske allmennpraktikere lære noe av å dra til England

Kjell Nordby
allmennpraktiker, Molde

■

En uke i England ga mange impulser. 30 000 almenpraktikere vil selvsagt ha muligheter til å skape ordninger som krever større ressurser enn det vi har hjemme. Men som en av kursdeltakerne sa i en "ha"-stemt avslutningsreplikk: "Jeg har ikke vært på noe kurs som har gitt flere impulser til å gå inn og endre/utvikle deler av egen praksis enn dette!"

I det følgende skal jeg prøve å orientere om et relativt nytt opplegg som er satt igang i England. Det ble kalt:

What sort of doctor ?

Assessing quality of care in general practice.

Bakgrunnen for dette opplegget var et behov for å kunne måle kvalitet. Faget, som gradvis hadde utviklet seg fra sin tradisjonelle isolasjon har manglet aksepterte standarder vedrørende de mange forskjellige aspektene av daglig virksomhet. Den enkelte almenpraktiserende lege har i virkeligheten selv kunnet definere sin egen jobb. Var - og er - dette akseptabelt.

En arbeidsgruppe ble nedsatt, og endte opp med å dele opp vår virksomhet i fire hovedområder:
1. Klinisk kompetanse.
2. Tilgjengelighet.
3. Evne til kommunikasjon.
4. "profesjonsverdier"

En nærmere definisjon og oppsplitting av innholdet i disse fire punktene følger til slutt i denne artikkelen.

Kort om den praktiske gjennomføringen: Den som ønsker å få seg selv og sin praksis evaluert på dette viset skriver først en såkalt praksisrapport etter en nærmere definert mal, hvor bl.a. målsettinger og realiteter settes opp mot hverandre. (Vi fikk lese en slik, den var nærgående og meget interessant). Rapporten sendes så til to kolleger som har gått gjennom dette systemet tidligere selv, og etter å ha lest den grundig, drar de på praksisbesøk en hel dag hvor følgende skjer:

* Direkte observasjon av praksisen en vanlig kontordag.
* Diskusjon med personalet, kolleger og evnt. andre ekstramurale samarbeidspartnere.
* Inspeksjon av journaler.
* Vurderinger av videoopptak av konsultasjoner med aktuelle journal. ▶

* Intervju med legen om ulike aspekter vedrørende pasientbehandling/omsorg, og utvikling/drift av praksis.

Med andre ord et digert opplegg, ikke umiddelbart enkelt (og kanskje heller ikke ønskelig?) å sette igang her i Norge, men hvorfor ikke begå et lite tyveri, la oss trekke ut det vi i dagens situasjon kan finne praktisk anvendbart som en begynnelse, - og så får vi se hvordan det utvikler seg: idag har vi et usedvanlig gunstig utgangspunkt for å prøve ut nye ideer blant store grupper av almenpraktikere ved at vi har

Veiledningsgruppene

Her er noen flyveideer:

* Legg inn en dags praksisbesøk som en del av veiledningsgruppas program (beskrevet og anbefalt av Westin/Aanjesen i Utposten tidligere.
* La gruppas medlemmer byttelåne 5-10 journaler noen dager - og så diskutere det de fant.
* La hver av gruppedeltakerne skrive en praksisrapport, bare det ville nok i utgangspunktet være tankevekkende- og diskusjonen etterpå meget givende.

Å evaluere hverandre er en nifs ting i utgangspunktet. Det er ikke så fristende å begynne å kaste den første stein når man selv føler at man sitter i glasshus. I den første evalueringa av det engelske opplegget blir det anført av noen at de opplevde evalueringa som for ensidig positiv og dermed noe "tannløs" - de fikk ingen impulser til forandring på det viset. Det er vel her vår største utfordring ligger hvis vi først våger oss utpå - nemlig å finne et kreativt balansepunkt mellom positiv og negativ kritikk. Dette tror jeg vi har god sjanse til å lære oss og utvikle i veiledningsgruppene.

Summa summarum: Det gjør godt å komme seg vekk av og til og ihvertfall få følelsen av å se verden fra en litt annen synsvinkel (se fig 1).

Nedenfor følger det engelske opplegget:

Ref. Report from General Practice 23
What sort of doctor?
Royal college of General Practitioners.

AREAS OF PERFORMANCE

Reviewing the wide range of responsibilities which general practitioners undertake today, explicitly or by implication, the working party selected the following areas to encompass the desirable attributes. These divisions overlap to some extent but were found to be capable of separate assessment. Collectively, they were felt to reflect the multiple dimensions of a general practitioner's life and work.

1. *Clinical competence:* the technical aspects of the doctor's work; what would commonly be understood as 'medical'.
2. *Accessibility:* the ease with which the community of patients has access to the practice and to the facilities within it; the doctor's own availability.
3. *Ability to communicate:* the doctor's receptivity; getting on to the wavelength of his patients, whatever their background; accurately conveying his thoughts to practice staff and to colleagues within the practice and outside.

Despite the comprehensiveness, something seemed to be missing: an attribute not easy to define but which would provide the crucial underpinning. The working party later added:

4. *Professional values:* the doctor's perception of his role in relation to individual patients and to the practice community; his ideals and sense of priorities; the spirit which motivates and guides him in the gradual evolution of his practice.

For each of these four areas, a statement was drawn up summarizing the essential nature of the attributes in question. In doing this the working party tried to avoid being impossibly idealistic or boringly banal.
The statements are reproduced below:

1. Professional values

(a) The doctor tries to render a personal service which is comprehensive and continuing.

(b) In his practice arrangements he balances his own convenience against that of his patients, takes into account his responsibility to the wider practice community, and is mindful of the interests of society at large.

(c) He accepts the obligation to maintain his own mental and physical health.

(d) He puts a high value on communication skills.

(e) He subjects his work to critical self-scrutiny and peer review, and accepts a commitment to improve his skills and widen his range of services in response to newly disclosed needs.

(f) He recognizes that researching one's own discipline and teaching others are part of one's own professional obligations.

(g) He sees that part of his professional role is to bring about a measure of independence: he encourages self-help and keeps in bounds his own need to be needed.

(h) His clinical decisions reflect the true long-term interests of his patients.

(i) He is careful to preserve confidentiality.

2. Accessibility

(a) The doctor is broadly accessible to the satisfaction of his practice population.

(b) He can be seen quickly for urgent matters, and normally within two days for non-urgent matters.

(c) He is prepared to visit patients in their homes.

(d) He is available for advice on the telephone at known times.

(e) His staff are helpful to patients and see themselves as facilitating the doctor-patient contact.

(f) He provides adequate out-of-hours cover.

(g) His patients are aware of the procedure by which the doctor or his deputy can be contacted at any time of the day or night.

3. Clinical competence

(a) The doctor is shrewd, observant, and skilled at eliciting relevant information.

(b) He works swiftly but surely without undue sense of rush.

(c) In general, his history-taking and physical examinations are economical, and his notes pithy and informative; but when occasion demands, he is capable of more exhaustive procedures.

(d) His personal style of consulting is consistent but is responsive to individual patients' needs and demonstrates a logical problem-defining process.

(e) He links physical, social and emotional factors when formulating his assessment of the patient and when planning further management.

(f) He makes appropriate use of other members of the practice's health care team, and of colleagues and agencies outside.

(g) He prescribes effectively, with caution and mindful of costs.

(h) He carefully follows up his patient and actively seeks to learn the consequences of his action or inaction.

(i) The clinical records he keeps help him to monitor patients' progress and to plan anticipatory care and other preventive measures.

(j) He employs opportunistic health education and constantly reinforces advice on lifestyles; and by giving relevant information freely to patients tries to encourage them to share responsibility for their own health care.

4. Ability to communicate

(a) The doctor is receptive, and conveys a sense of attentiveness, of professional concern for the patient's unfolding problem, and of personal commitment to the patient.

(b) He shares information and decision-making with the patient as much as possible; the patient feels supported and encouraged by the doctor, and better informed than before, and so feels more capable of handling future episodes of a similar illness.

(c) Notices and educational displays in the waiting room are clear, and as far as possible positive and optimistic.

(d) The staff handle enquiries sensitively.

(e) Entries in the clinical records are legible, ordered, pertinent, accurate and retrievable.

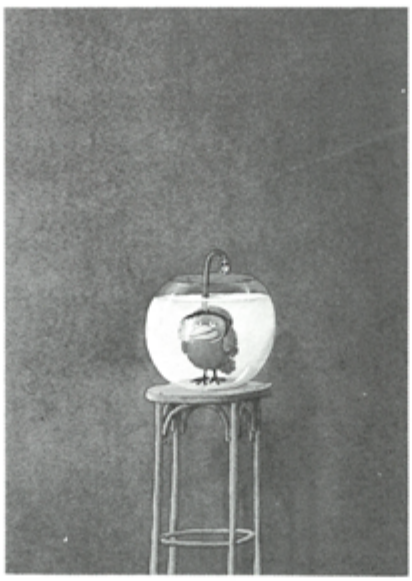
(f) They are capable of being used for teaching, research and audit.

(g) Letters to consultants are informative and explicit about the reason for referral and the doctor's expectations.

(h) The ancillary staff and other members of the practice's health care team have frequent opportunity to meet the doctors informally to discuss aspects of practice policy or matters of mutual clinical interest.

(i) Times are set aside for more formal meetings when longer-term issues can be discussed.

(j) The doctor is sensitive to the views of the staff and anxious to bring them into his policy-making as far as possible.



Ulykker oq mørke .....

Lys på magnetfot

En ny norskprodusert lyskaster kommer på markedet i disse dager. Lyskasteren leveres både som 1000-meter og som spreder, og det spesielle med den, er at den står på en magnetfot. Det betyr at den kan settes fast hvor som helst på bilen, og tas vekk etter bruk.

Lyskasteren plugges inn sigarett-tenneren, og gir omtrent like godt lys som bilens hovedlys. MOTOR har prøvd lyset og synes det fungerer meget bra som arbeidslys. Prisen pr. lykt er i overkant av 400 kroner.

Lykten lages av Joma Produkter, 6657 Rindal.

Som LEGE vil du ofte være den første av redningspersonellet som kommer til et ulykkessted.
GODT og EFFEKTIVT LYS vil da kunne være av avgjørende betydning for den innsats du som lege kan gjøre.
I samarbeid med brann- og redningsvesen er det nå utviklet en kraftig lyskaster på magnetfot for beredskapsoppgaver.
NAF har testet lyset - se innrykk til venstre.

NAF TEST

KLIPP ----------

JOMA PRODUKTER, Myrvegen 11, 6657 Rindal. Tlf. (073) 65631

Jeg bestiller: _____ stk. arbeidslys à kr. 460,- + moms
_____ stk. søkelys (1000 m) à kr. 460,- + moms
Ekstrautstyr: _____ stk. adopter for uttak av strøm fra batteri à kr. 40,- + moms
_____ stk. standard strømuttak for montering i karosseri à kr. 30,- + moms
☐12V ☐24V I tillegg kommer frakt

Navn _____

Adr. _____

Postnr. _____ Sted _____

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

Øystein Pedersen

- Hvis du først tenker etter hva som er ditt personlige hovedproblem med den kommunale helse- og sosialtjenesten, - og deretter finner ut hva du tror er din kommunes hovedproblem i arbeidet med å lage en optimal tjeneste for alle involverte - da kan du med stort utbytte lete i denne boken etter svar. Ikke fordi der gis løsninger på alle spørsmål og problemer, men der gis kunnskap, innsikt, forståelse og inspirasjon til å ta saken fatt - innefor de rammer og spilleregler systemet gir rom for.

- Her er grunnboken for enhver engasjert redaktør i den kommunale helse- og sosialtjeneste, enten man er fagperson, administrator eller politiker. Boken gir en engasjerende og forståelig innføring i kommunale saksbehandlingsrutiner, planarbeid, budsjettarbeid, personalpolitikk og ledelse. Den gir en kunnskapsformidlende og innsiktsfremmende framstilling av aktuelle problemområder innen kommunal eldreomsorg, helsetjeneste og sosialtjeneste.

Og den formidler verdifulle erfaringer fra ulike kommuner med ulike organisasjonsmodeller, og gir mange a-ha-opplevelser i forhold til ens egen plass i systemet.

De vanlige motsetningene mellom profesjonenes behov og administrasjonens styring innenfor en kommunalpolitisk bestemt rammeøkonomi blir diskutert - ikke for å styrke motsetningene, men for å gi innsikt i ulike premisser for problemløsning.

- Over 100.000 personer er ansatt i den kommunale helse- og sosialsektor. 13% av alle sysselsatte arbeider i et helse- og sosialvesen som forbruker 20% av vårt brutto nasjonalprodukt! Når

hver enkelt kommune i denne store sammenheng utgjør sin egen lille selvstyrte verden, sier det seg selv at problemene blir ulike, løsningene forskjellige, og både befolkningens og helse- og sosialarbeidernes trivsel og velferd vil variere fra kommune til kommune.

50-70% av personalet opplever samarbeidsvansker, og uansett formell struktur og saksbehandlingsregler, vil individuelle egenskaper og kompetanse hos sentrale personer ofte ha svært stor innflytelse på tjenestens innhold og personellets trivsel.

Forfatterne mener at der i mange kommuner er for lav kompetanse i administrasjon og ledelse av den kommunale helse- og sosialsektor. Både dette og organiseringens betydning for de ansattes velferd blir behandlet, med spesielt fokus på tradisjonelle problem- og konfliktområder som videre- og etter-utdanning, tverrfaglig samarbeid, møtevirksomhet, tilsettingssaker, ansvarsfordeling, m.m. - med mange gode ideer til problemløsning.
Grensegangen mellom faglig ansvar og politisk styring blir ofte frustrerende, og boken gir mange nyttige og konstruktive råd både for profesjonene, administratorene og politikere.

Boken er lettlest, lærerik og inspirerende, og burde være den ideelle 1988-gave til deg selv, til din helse- og sosialsjef, og til formannen i ditt nye helse- og sosialstyre!

Steinar Stjernø, Tor Inge Romøren og Kikkan Ustvedt (red)

ORGANISASJON OG VELFERD

Praktisk administrasjon for helse- og sosialpersonell

251 sider kr 195,00

Universitetsforlaget

Laboratoriebruk i allmennpraksis

Dette kurset er ikke kommet med i årets kurskatalog. Det er en revidert gjentakelse av kurs nr. 1618 (1986), som er godkjent som obligatorisk emnekurs i almenmedisin. det er primært beregnet på almenpraktiserende leger, men antas å være av interesse også for andre laboratoriebrukere. Hjelpepersonell som utfører laboratoriearbeid ved legekontorene vil også ha glede av kurset.

Tid: 27.-28. april 1988.

Sted: Soria Moria. Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningssenter.

Skriftlig påmelding innen 1. mars til kursleder, overlege Sverre Landås, Sentrallaboratoriet, Ullevål sykehus, 0407 Oslo 4.

PROGRAM:

Onsdag 27. april

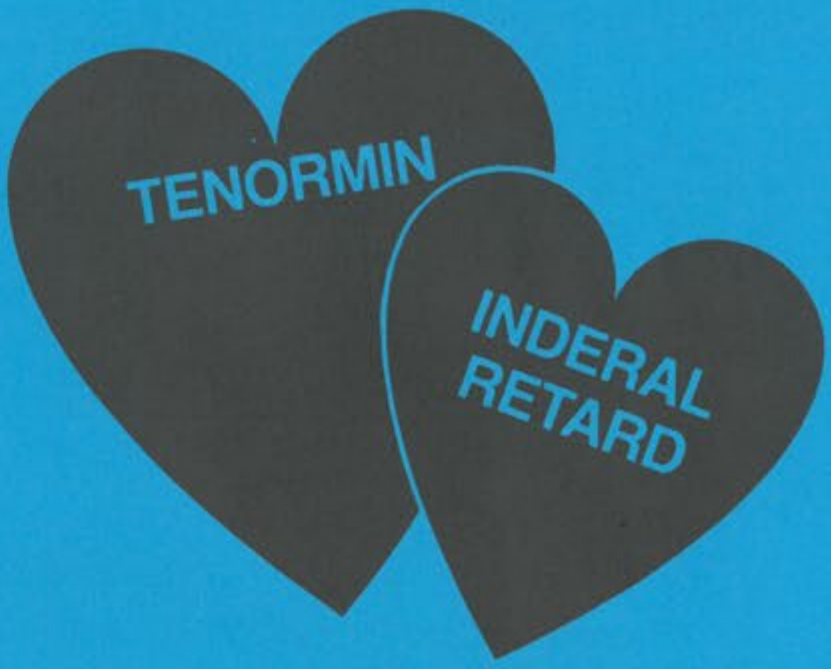
09.00 - 09.05:	Åpning av kurset (overlege Sverre Landaas).
09.05 - 09.30:	Professor Inge Romslo (Regionsykehuset i Trondheim): Senkningsreaksjonen, - prinsipp, metoder, feilkilder og tolkning.
09.45 - 10.05:	Overlege Ludvig Daae: Taking, behandling og forsendelse av laboratorieprøver.
10.15 - 10.30:	Pause.
10.30 - 10.50:	Overlege Ludvig Daae: Urinundersøkelser.
11.00 - 11.15:	Bioingeniør 1 Annichen Juell (Ullevål sykehus): Innkjøp og vedlikehold av fotometre, sentrifuger m.m.
11.25 - 11.40:	Overlege Sverre Landaas: Hemoglobin-måling. Kvalitetskontroll.
11.50 - 12.50:	Lunsj-pause.
12.50 - 13.35:	Professor Inge Romslo: Diagnostikk og oppfølging hos anemipasienter.
13.45 - 14.00:	Overlege Ludvig Daae: Påvisning av gastrointestinal blødning.
14.05 - 14.20:	Pause.
14.20 - 14.40:	Overlege Per Kristian Lund (Dr. V. Fürst med. lab.): Telling av blodlegemer i almenpraksis. Indikasjoner og valg av metode.
14.50 - 15.10:	Overlege Kjell Rootwelt (Rikshospitalet): Diagnostikk og kontroll ved thyroideasykdommer.
15.15 - 15.30:	Pause.
15.30 - 15.55:	Professor Peter Kierulf (Ullevål sykehus): Nytte av serumprotein-bestemmelser.
16.00 - 16.45:	Laboratorieprøver ved kontroll av diabetikere. Panel: Reservelege Knut Dahl-Jørgensen (Aker sykehus), overlege Ludvig Daae og overlege Sverre Landaas.

Torsdag 28. april

09.00 - 09.45:	Overlege Helge Erik Solberg (Rikshospitalet): Tolkning av laboratorieresultater.
09.55 - 10.15:	Overlege Sverre Landaas: Ny teknologi for laboratorieanalyser i almenpraksis.
10.20 - 10.35:	Pause.
10.35 - 11.00:	Overlege Petter Urdal (Ullevål sykehus): Diagnostikk og kontroll av hyperlipemier.
11.10 - 11.55:	Professor Johan H. Strømme (Ullevål sykehus): Praktisk nytte av enzym/isoenzym-bestemmelser.
12.00 - 13.00:	Lunsj-pause.
13.00 - 13.15:	Overlege Ludvig Daae: Påvisning av graviditet.
13.20 - 13.30:	Overlege Ludvig Daae: Smitterisiko og -forebyggelse ved laboratoriearbeid.
13.40 - 14.20:	Professor Jørg Mørland (Rettstoksikologisk institutt): Laboratorieprøver for påvisning av alkoholmisbruk og bruk av narkotika.
14.30 - 14.45:	Pause.
14.45 - 15.15:	Overlege Jørg Mørland: Medikamentanalyser som terapiveiledning.
15.25 - 15.55:	Samarbeidsformer mellom almenmedisin og klinisk kjemi. Overlege Sverre Landaas og spesialist i almenmedisin Haavard Martinsen.
16.00:	Oppsummering og avslutning.

Det finnes to betablokkerere...

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



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

ICI

For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Tetralysal «Farmitalia»

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

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

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

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

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

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

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakolinetikk:

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

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

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

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

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

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

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

For å oppnå begge mål i behandling av søvnforstyrrelser

Halcion®

(triazolam)

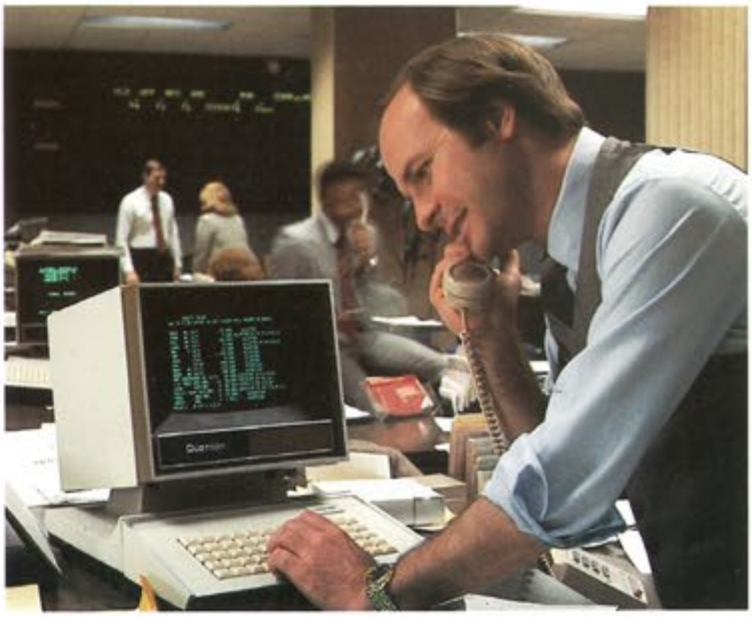
MÅL 1 = Kort innsovningstid og bedre søvnkvalitet *

For nærmere opplysninger se Felleskatalogen

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

MÅL 2 =

Pasienten opplagt neste dag *



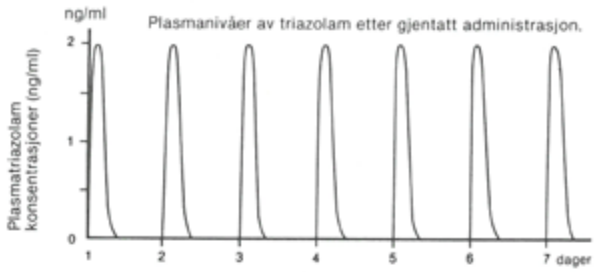
PRODUCT OF Upjohn CNS RESEARCH

Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon,
[redacted]
Boks 6749, St. Olavs Plass
0130 OSLO 1
Tlf. 02-207220

Halcion®
(triazolam)

Ingen akkumulering med 2,3 timers halveringstid



B Hypnotikum

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

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

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

Kontraindikasjoner:
Hypersensitivitet for legemidlet.

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

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

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

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

Pakninger og priser:
0,125 mg: 10 tabl. kr. 16,10 – 30 tabl. kr. 31,45 – 100 tabl. kr. 77,80 – 10 × 100 tabl. kr. 722,15.
0,250 mg: 10 tabl. kr. 19,30 – 30 tabl. kr. 37,60 – 100 tabl. kr. 101,10 – 10 × 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

Orkla Grafiske a.s. Oslo