

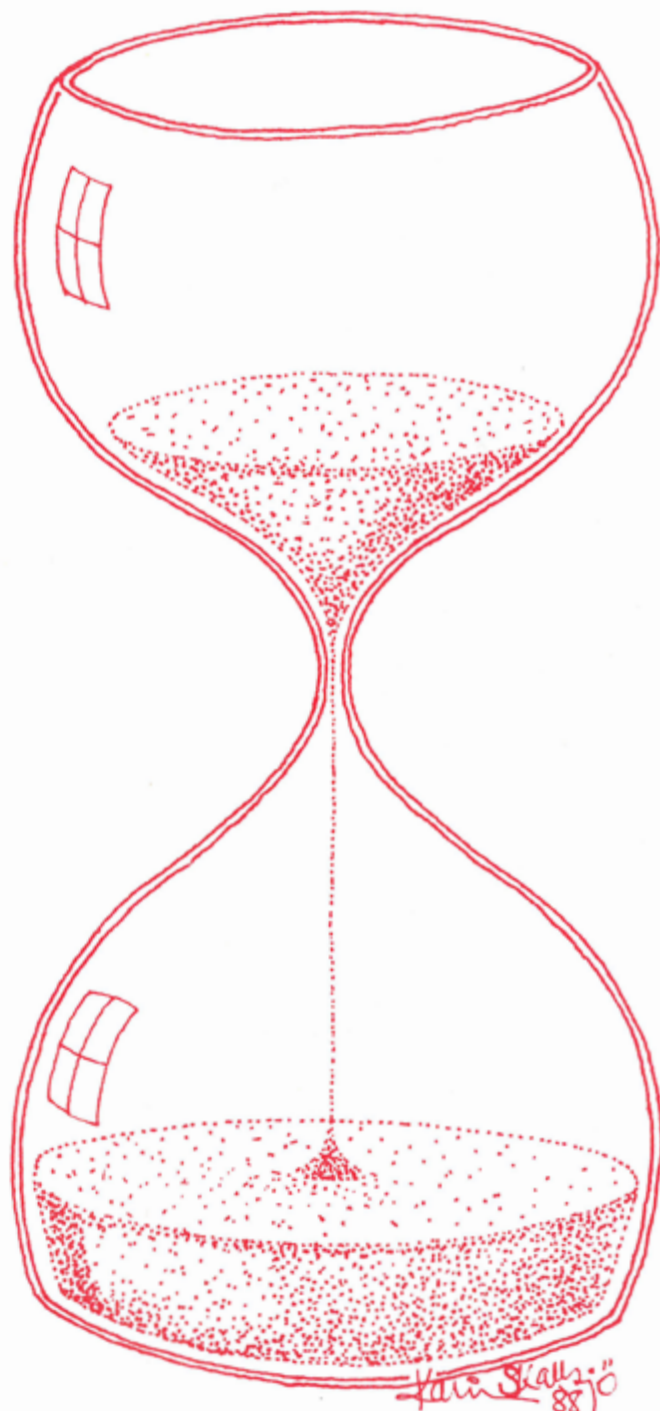
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1988

ÅRGANG 17



Hovedtema: TID

Streiken - og veien videre

Jeg husker godt min egen stemning fra Lægeforeningens streik på forsommeren. Den sitter mest i magen, som et dumpt ubehag, lett kvalme og oppgitthet. Jeg kjenner mange, mange som hadde det slik. *Men vi streiket!*

Ikke alle gjorde det, noe leserbrevet fra Vest-Telemark i dette nummeret av *Utposten* viser.

Når dette leses, vet vi sikkert mer om hvor mange som valgte streikebryteriet, og hvilke sanksjoner som vil rettes mot dem. Så langt foreligger bare en oppfordring fra Lægeforeningen til dem om å melde seg ut, samt en trussel om mulig eksklusjon.

Man kan spekulere på hva som får praktisk talt samtlige kommuneleger i Vest-Telemark til å gå sammen om en så alvorlig handling. Streikebryteri er alvorlig - like alvorlig som streik.

Jeg synes det er langt mer interessant å se på hva som fikk alle oss andre til å streike, på tross av tildels sterkt ubehag. Denne streiken var for mange av oss siste - og alvorligste - ledd i en serie, en serie som handler om ikke å ta medlemmene i distrikts-Norge på alvor. Det handler om å prioritere sentrum framfor periferi, næringsdrift framfor fastlønn, og snevre fagforeningsinteresser framfor et ansvarlig forhold til sikring av legehjelp til alle innbyggerne i dette landet.

Egentlig burde vi meldt oss ut for lenge siden. Men vi gjør ikke det. Vi streiker til og med, og det før bølgene av forrige aksjon helt har falt til ro. Hvorfor?

Vi er ikke tjent med en splittet Lægeforening - og Lægeforeningen trenger oss. Selv om ubehaget i forbindelse med de siste aksjoner har vært svært sterkt, finnes det tegn til positiv endring. Det må vi jobbe for, - sammen. I sitt brev til medlemmene datert 24.06.88 skriver Presidenten bl. a:

"Fra medlemmer i periferien har det vært sagt at man føler avstand og avmakt overfor noe man oppfatter som en sentralistisk organisasjon uten vilje eller evne til å ta utkant-Norges problemer på alvor. Sentralstyret tar til etterretning at det er slike følelser blant medlemmene og akter å arbeide aktivt for å bedre kontakten mellom medlemmene, lokalavdelingene og desentrale organer."

Gjort er gjort - og spist er spist. La det være med det - avstå fra eksklusjon. La oss fra begge sider slå en strek over det som er skjedd, ta med oss erfaringene og sammen gjøre Lægeforeningen til en god fagforening og med et ansvarlig forhold til landets helsestell.

Janecke Thesen

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025

Eli Berg
Vepsveien 74
2250 ROVERUD

Mette Brække
2640 VINSTRA

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL

K: 066 18880
P: 066 26239

K: 062 90100
P: 062 91010

K: 05 511011
P: 05 513685

K: 05 298119
P: 05 233955

K: 085 51761
P: 085 51443

K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 120,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset

ISSN 0800-5680

På tide å stoppe opp...

Leder:

Tiden omgir oss på alle kanter - før, under og etter alt vi gjør og er. Det er tiden som konstituerer historien, og som gjør det mulig for menneskene å gjøre erfaringer som vi senere kan lære noe av.

Tiden kan være inne eller ute, rett eller gal, stor eller liten. For det moderne mennesket - og ikke minst den moderne timærlege - er tiden oftest for knapp. Tid blir noe som kjennetegnes av at vi alltid har for lite av den.

- - For lite i forhold til hva?

I allmennpraksis blir ofte tiden for liten i forhold til alt som skulle vært gjort. Å ha det *litt* travelt kan være godt for selvfølelsen og samvittigheten. Å ha det *svært* travelt - og særlig til stadighet - er ikke godt, hverken for sjelefreden, de andre i familien, eller de oppgavene som skal utrettes.

Når mange allmennpraktikere hele tiden har det for travelt, må vi spørre oss selv om vi er en yrkesgruppe som gaper for høyt - om vi aksepterer at vi stadig må påta oss for mange oppgaver. For når det blir så mye som skal gjøres, blir mennesket et vesen som bare gjør, og ikke er. Vi som skal bruke av oss selv hele dagen i samvær med pasientene våre, må sørge for at vi også har tid nok til å være. Være den vi vil - sammen med dem vi har som våre nærmeste.

Det dreier seg ofte om prioritering og realitetsorientering. "Jeg har ikke tid" betyr egentlig "jeg vil ikke". For sier du ja til noe, sier du nei

til noe annet - enten du vet det eller vil det. "Jeg har ikke tid" kan også bety "dere stiller umulige krav til meg". Tiden er inne til nærmere granskning av allmennpraktikerens plass i sin egen og andres tid. Vi kan starte med det enkle og lettfattelige - nemlig å se på klokka og prøve å lære å bruke den på en annen måte enn som pisk. Klokka kan minne oss om at hvert minutt som har passert, aldri kommer igjen.

Fortid og framtid er livsløps-elementer som er med på å danne de sykdommer og den helsen som allmennpraktikeren møter hos pasientene. Sporene fra fortiden og angsten for framtiden spiller kanskje større rolle for de allmennmedisinske sykdommer enn streptokokker og blodtrykk. Tid lar seg ikke plassere på det reduksjonistiske kartet der sykdommene bor i organer som riktignok blir eldre dag for dag, men som ikke fortolkes i en historisk og kulturell sammenheng.

Ofte kan det være nyttig å dele arbeid og ansvar med andre, særlig for den som gaper over for mye. En måte å gjøre dette på kunne kanskje være å overlate fortiden til psykoanalytikerne og framtiden til spåkonene eller computerne (vår tids spåkoner). Kanskje er det først og fremst nåtiden som er allmennpraktikerens domene - de aktuelle levekår som er med på å bestemme pasientenes muligheter for et godt eller et dårlig liv.

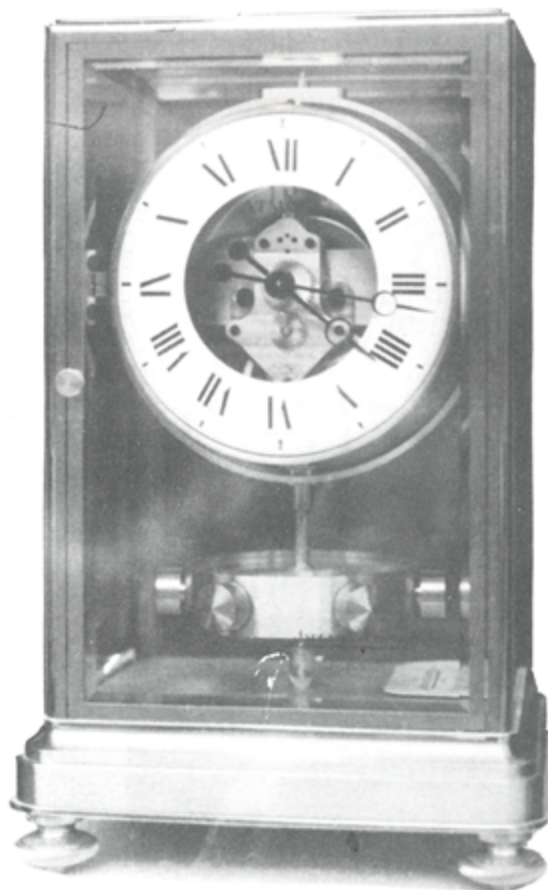
Men hvis allmennmedisinen melder seg ut av sammenhengen og bare tar for seg øyeblikket, er det ikke lenger allmennmedisin.

Avgrensningen og arbeidsdelingen må finne andre former. Allmennpraktikeren kan aldri isolere nåtiden fra fortid og framtid. Det er det spesielle - både med allmennmedisinen og med tiden - alt henger sammen, og kan ikke forstås uten et helhetlig blikk som plasserer det aktuelle i en større sammenheng.

Hvis allmennpraktikeren skal kunne gripe tidsdimensjonen i pasientenes liv og helseplager, må hun selv ha et forhold til tiden i sitt eget liv. Jeg tror ikke det er tilstrekkelig å bruke tiden til å gjøre. Vi må ta oss tid til å være i tiden også.

Kirsti Malterud
(ansvarlig redaktør for dette nummer av *Utposten*)

□



All cures are temporary, death is inevitable



John Nessa er 39 år. Cand.med. Oslo 1979. 2 år psykiatri, så kommunelege i Gloppen, og frå 1985 kommunelege II i Hjelmeland. Spesielt interessert i dei kvalitative/ humanistiske/ kulturelle sidene ved legearbeidet. Er overbevist om at primærlegearbeidet er viktig - men på eit anna plan enn folk flest trur. Ser på filosofien som ein slags terapi mot utbrenning - og kjenner seg rimelig frisk. Har ei grei kone med beina meir på jorda enn han sjølv.

Kva er tid ?

Spørsmålet er eit filosofisk, nærare bestemt eit ontologisk spørsmål. No ventar eg ikkje at mine kjære kollegaer spissar øyrene og får rike assosiasjonar når dei høyrer om ontologi, dei fleste les vel berre uttrykket som ein ørliten trykkfeil av uttrykket odontologi. Men det dreier seg om noko heilt anna.

Av John Nessa

Tingenes sanne natur

Ontologi kan kort definerast som læra om tingenes sanne natur, altså kva ting er for noko. For ein norsk nordmann frå Noreg er det som regel sludder og vås å stilla slike spørsmål. Nordmenn skal grava i jorda og gjera nyttige ting, eventuelt skal dei driva heltegjeringar i Nansens ånd. Difor har filosofien alltid hatt trange kår her til lands. I forrige århundre vart faget fortrent av teologien, i vårt århundre av psykologien. Og me er vorte eit folk av moralistar og psykologistar som fordømmer og forklarar folk i staden for å lytta, forstå og forstå.

Likevel skal ein ikkje tenkja seg lenge om før ein skjønner at ontologiske spørsmål er sjølv fundamentet for vårt fag: Kva er eit menneske? Kva skiljer eit sjølvstendig handlande individ frå ei kvit mus på eit fysiologisk laboratorium? Kva menneskesyn ligg til grunn for den biologiske sjukdomsmodell, til skilnad frå f.eks. den bio-psyko-sosiale modellen? Mange utvekstar i helsevesenet trur eg kan skuldast manglande refleksjon omkring desse spørsmåla. Men difor er det også løfterikt å leggja merke til at *Utposten* ikkje er åleine om å ta opp slike tema. *Fokus på Familien* var i sitt fyrste nummer i år dominert av artiklar om ontologiske spørsmål. Og den aukande kvinneforskninga bidrar også til å setja stoffet på dags-orden. Om ikkje kvinneforskninga

reddar kvinnene, er det iallfall von om at den vil redde filosofien.

Filosofien er forresten slett ikkje så ulik allmenntillegninga som somme gjerne trur. Ludwig Wittgenstein seier i sine *Philosophical Investigations* at målet med filosofien er "å vise flua veien ut av flasken". Biletet kan gjerne brukast om allmenntillegninga. Pasienten er i flasken, og det finst ein veg ut. Skal ein koma ut, må ein avsløra dei usynlege glasveggane som ein igjen og igjen støyter mot. Og føresetnaden for å hjelpa blir då at ein sjølv kjenner desse glasveggane. Kven har lært oss om dei?

Medisinsk tid

Men det var altså tid me skulle snakke om. Det er mange metodar å analysere fenomenet tid på. Eg kjem i farten på tre slike metodar: Me kan sjå på korleis me som legar i praksis nyttar oss av fenomenet tid, me kan spørja filosofane kva dei har tenkt om tid, og me kan prøva å tenkja sjølv. Det siste er nok umogeleg, for alt me trur er sjølvtenkte tankar, har me høyrte av andre før oss. Når me likevel innbillar oss at me tenkjer sjølv, er det berre uttrykk for vår dårlege hukommelse. Men den skal me vera glad for, for den hjelper oss til å bevare sjølvrespekten. Eg har tenkt å nytta meg av min dårlege hukommelse i dette innlegget.

Legar er opptatt av å telja og måla, å kvantifisera i vidaste forstand. Tida blir også oppfatta slik, som noko ein har på klokka og kalenderen. Helsevesenets innsats måles i levealder og overlev-

ingstid, og store ressursar blir sett inn for å koma døden i forkjøpet. Dette skal ein sjølv sagt ikkje harsellera over, det er godt for folk å vita at når nøden er stor, er hjelpa nær, også i tid.

Likevel er dette kappløpet med døden etisk komplisert. Eg tenkjer på dei tilfella der korkje døden eller luftambulansen vinn, men der løpet endar uavgjort: Ein får hjarta i gong att, men det medvitne livet er borte. Når den døde ikkje får døy og den sørgjande ikkje får sørgja, då er helsevesenets hjelp i det minste ytterst tvetydig.

Stress som status

Legestanden har også tradisjon på å vera opptatt av tid på eit anna plan. Eg tenkjer på det eg vil kalla tid som statussymbol. Myten om den travle lege (mannen), han som har lita tid for det uvesentlege, fordi han heile dagen er opptatt med å hjelpa andre, den myten kjenner me alle. Og den er god å ha, ikkje minst for oss som går todelt vakt. Når heile befolkningen trur me

jobbar heile natta, er det ingen som vil uroa oss om natta. Og difor får me sova om natta.

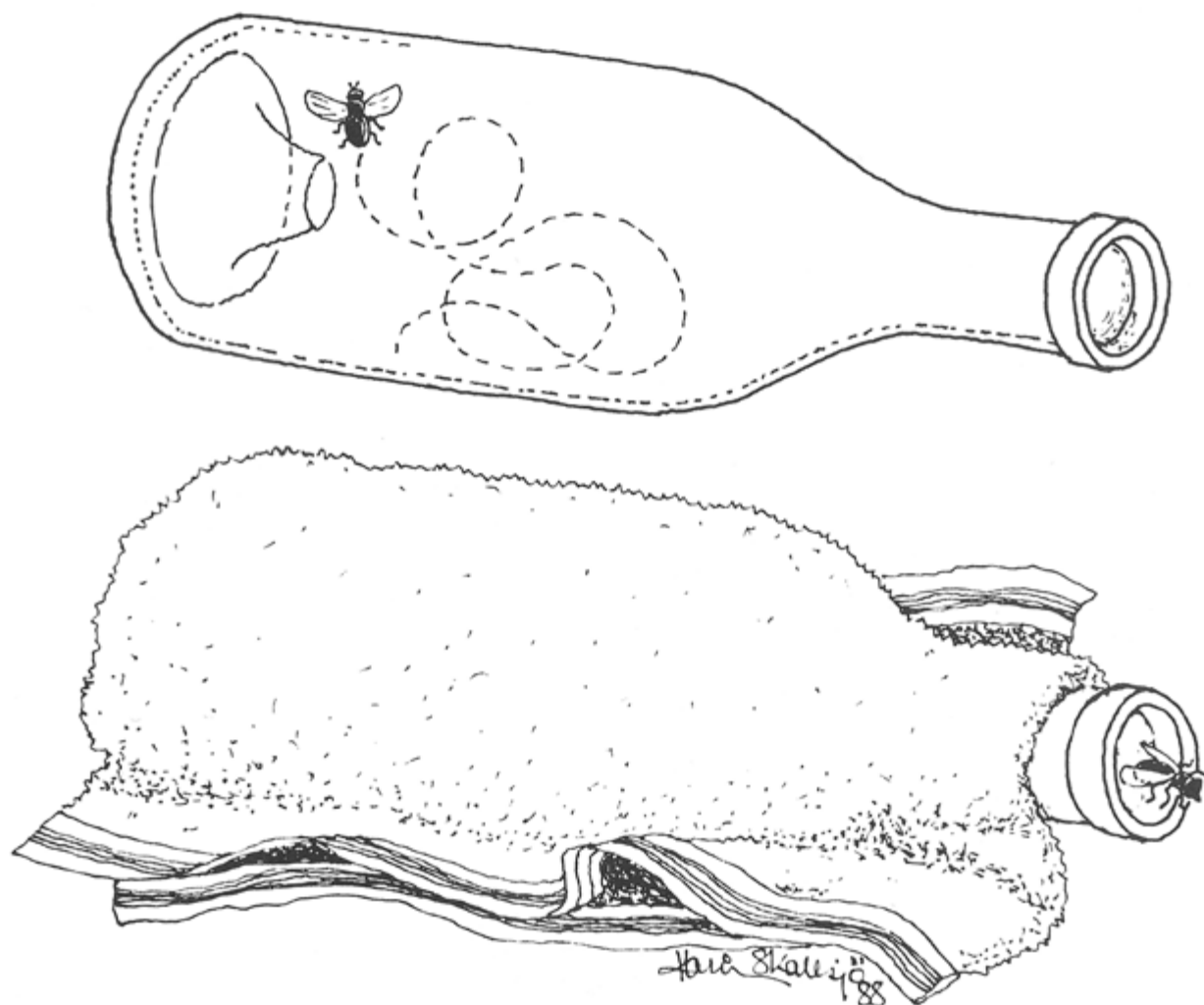
Men myten er farleg dersom me trur på han sjølv. Den er farleg dersom me trur me har det så travelt at det blir eit vikarierende motiv for ikkje å gidde å setja seg inn i ting ein burde bruke tid på. Enda verre er det dersom myten blir brukt til å skulka unna det ansvaret for familien og venner me alle har. Å kunne skulda på dårleg tid er eit privilegium menn stort sett tiltar seg. Også her er det behov for meir likestilling mellom kjønna. (Les gjerne dette som ein konsesjon til redaksjonen i *Utposten*).

Filosofisk tid

Det finst sjølv sagt filosofiske teoriar om tid. Eg er ikkje kompetent til å gjera skikkeleg greie for desse, sjølv om enkelte verkar nokså greie og oversiktlege. Immanuel Kant snakkar om det tome rom og den lineære tid som dei to anskuelsesformene all erkjening må vera betinga av. Me kan altså

ikkje erkjenna noko utan i rom og tid. Kant gjer rett nok plass for ei tru på fenomen som f. eks. Vårherre og menneskets fridom. Men ei slik tru kan aldri vera sann erkjening, den kan kun vera forestillingar som regulerar våre handlingar. Naturvitskapen har monopol på sannerkjening og all slik erkjening må foregå i tid og rom. Martin Heidegger kallar vår angst for døden for den eigentlege eksistensform. Han hevdar at vår redsel for å døy viser at vår forståing har framtidskarakter, og trekkjer den konklusjonen at tida synest vera det mest grunnleggjande trekk ved den menneskelege veremåte. Etter min ringe forstand ser det ut som om at det filosofane stort sett er einige om, er at tida og tidsopfatninga er eit trekk ved *mennesket*, ikkje ved den ytre natur. Ingen naturvitskaplege forsøk har "bevist" at tida eksisterer anna enn som ein førestilling me lagar oss. Skal me f. eks. oppfatta ei forandring, må me ha eit tidsomgrep.

⇒





"How d'you mean I'm as fit as a man of thirty—I am thirty!"

Levetid

Som menneske oppdagar me mange forandringar i oss og rundt oss. Dei forandringane vår kultur er opptatt av, er forandringane i kroppen vår. Me blir eldre, meir skrubbete, tynnare i håret, kortare i pusten. Draumen om den evige ungdom jagar enkelte til plastisk kirurg og lokkar andre til å jogga seg forderva. Smak litt på uttrykket: evig ung. Det dreier seg om tid, nærare bestemt den tida som ikkje tek slutt. Kva er det som er så forlokkande med det å vere ung? Er det det at ein då er så vakker? Neppes. Ungdomstida er tida for kompleks og usikkerheit.

Og sjølv om dei unge kanskje er vakre, er det berre eit fåtal som opplever seg slik. Det som derimot er ei felles ungdomserfaring, er at tida varer evig. Det er uendeleg langt til neste ferie, tida går så alt for seint, og livet varer i det uendelege. Når ein derimot er 50 (eller 39), er det lett å multiplisere med 2. Eg trur denne angsten for å multiplisere med 2, og kjensla av at tida går frå ein, er litt av grunnlaget for joggebølga, den kosmetiske kirurgien og helsehysteriet - ikkje nødvendigvis behovet for å vera ung og vakker. Poenget er altså å vera evig, ikkje å vera ung. Var det dette Heidegger meinte med å snakka om angsten for døden, og tida som vår eigentlege eksistensform?

Paradoksale sanningar

Skal ein nå djupare inn i temaet tid, må ein søkja paradokset. Djupe sanningar er gjerne paradoksale. Det er nok å nemna Ibsen: "Evig eies kun det tapte". Sjølv om det er vanskeleg å fatta paradokset, er det eigentleg ikkje meir mystisk enn at jorda er rund: går du lenge nok mot vest, endar du til

slutt i aust.

Som legar forvaltar me dagleg viktige paradoksale sanningar. Me behandlar mange kronisk sjuke pasientar. Samstundes veit me at det pr. definisjon er slik at ein kronisk sjukdom er kronisk nettopp fordi den *ikkje* let seg behandla. Paradokset er meiningslaust dersom me kun har objektive, kvantifiserbare mål med behandlinga.

Men dersom behandling er "to restore the patients mortal humanity" vil også møtet med ein terminal cancerpasient vera ei fagleg og menneskeleg utfordring med behandlingspotensiale i seg. Synd berre at det einaste mange legar synest å kunna gje pasientane i ein slik situasjon er den statistisk signifikante overlevingstida. Det er *ikkje* å tenna ein livsgnist i ein krisesituasjon. Det er tvert imot å hella bensin på elden. Det som må vera det katastrofale for cancerpasienten, er det amputerte fram- tidshåpet - dette håpet me alle lever på og lever av. Det er dårleg medisin å amputere meir enn nødvendig.

Det paradoksale ved tid avslører seg i språket vårt: "Eg var så redd at tida stod stille". "Det varte ei heil æve før han kom tilbake". "Tida gjekk som ein vind". Me kjenner uttrykka frå dagleg-talen, og ser at dei passar dårleg med tid som målbar storleik. Tida målt i minutt og sekund står aldri stille. Igjen gjer paradokset meining dersom tid blir oppfatta som ein kvalitet ved livet meir enn som ein objektiv storleik. Tid er kvalitet, tid er oppleving. Opplever ein noko godt og meiningsfylt, går tida som ein vind, ved den gruoppvekkjande opplevinga stoppar tida opp.

Fortid- Nåtid - Framtid

For det opplevande mennesket finst det berre to tidsdimensjonar: Fortid og framtid som møtes i nåtid. Fortida er det som er gjeve, som faktum, som noko ein ikkje kan springe frå. Framtida representerer fridommen, draumen. "du skal få ein dag i mårrå". I nåtida har me valget, angsten, begrensningane, - og galskapen. Dette går rett inn i vår medisinske kvardag. Ein kvar konsultasjon er nåtid. Den kan repetera fortid. Den kan reparera fortid, og den kan skapa framtid. Ofte lurar eg på kor mykje av dei innelåste kjenslane, dei spente musklane og dei mange vondtene som møter meg, er fortid som har stoppa ein opp, fortid som når

ein igjen, opplevingar som har forma ein og ikkje vil sleppa taket. Kor mykje av diagnosane våre er barene mishandling og incest - undertrykking og overgrep som har sett spor som helseplager og vantrivsel? Er symptoma slik å forstå, finst det berre ein veg inn i framtida: via gjenoppleving av fortid i møte med eit menneske som kan gje ei ny fortolkning og ein annan nyanse til opplevinga. Berre slik kan fortida koma i gong igjen og framtida begynne.

Snakkar eg i gåter? Det gjer *ikkje* Sigrun Tale. I boka *Rød var min barndoms dal* (Cappelen 1987) gjev ho ei sjølvopplevd skildring av grov og vedvarande barnemishandling, av angst, smerte og isolasjon, av frustrasjon og kreativt faenskap - og av eit helsevesen som greidde å hjelpe nettopp ved å utfordra fortida, ikkje leggja seg flat for henne. Sigrun Tale kan også illustrera eit poeng me ofte gløymer: Det dreier seg ikkje berre om å læra våre pasientar, det dreier seg også om å *læra av* våre pasientar.

Den gamle mannen hadde bedt om å få koma til lege. Han var liten og tynn. Skjelvingar i venstre handa var det mest plagsomme symptomet på hans parkinsonisme. Han skotta blygt bort på meg, litt usikker på om den nye legen var moden for slik livsvisdom: "*Du skjønner det, doktor Nessa, eg er hverken senil eller deprimeret. Eg har berre så inderleg lyst til å få kvila attmed kona mi. Ho døydde i fjor, og me har fått plass ved sida av kvarandre på kyrkjegarden. No er også mi tid ute*".

Han kunne ikkje engelsk, likevel hadde han forstått det:
All cures are temporary, death is inevitable.

Han ville ikkje ha Sarotex.

Kommunelege John Nessa
4130 Hjelmeland

□

MED HELSEDATA KAN DU SI JA TIL MER

MOET 88

TA VARE PÅ NATUREN



Med hånden på hjertet, med Helsedata kan du si ja til mer.

Prospektkortsyndromet

Mangelvaren i vår tid er tid. Hverdagskarusellen roterer hurtig. Turboladete sentripetalkrefter holder et jerngrep om trette mennesker. Det er vanskelig å hoppe av.

"I dag gikk det fort. Dro av sted i grålysningen. Hele veien så jeg ryggen min langt foran meg. Da jeg omsider var fremme møtte jeg meg selv i døren. Rakk bare såvidt å kaste et blikk inn på alt som lå ugjort før jeg måtte løpe for å nå meg igjen."

En metafor på helsepersonellens hverdag? Kjenner du deg igjen? Prospektkortsyndromet. Bildene som forteller deg hvor du var og hva du så, men ikke rakk å oppleve.

Nåja. Det finnes et lindrende middel i handelen. Fra Secus Data A/S: Helsedata. Veien til det effektive og tilnærmet papirløse legekantor. Et intelligent verktøy som hjelper.

La maskiner gjøre maskiners arbeid. Benytt deg av redskapet som gjør det lettere å være menneske. Medmenneske. Lege. For flere. For mer.

SECUS
HELSEDATA DATA

Skedsmogt. 25, 0655 Oslo 6, Tlf. 02-67 98 90, Fax. 02-68 33 65

Det var mye vi ville fortelle om Helsedata i denne annonsen som vi ikke rakk å få med. Hva om vi tok oss tid til et møte?

Ønsker å bli kontaktet Ønsker brosjyrer

Navn: _____ Tlf.: _____

Postnr.: _____ Sted: _____

Sendes Secus Data A/S

Skedsmogt. 25, 0655 OSLO 6, Tlf. 02-67 98 90, Fax. 02-68 33 65

Hjelp!

-jeg har ikke noen "Time Manager"



Signe Flottorp er født 1954, cand.med. (Oslo) 1979. Distriktlege i Stamsund 1980-85, deretter ett år psykiatri (Ullevål 6B), og fra 1987 bydelslege på Holmlia/Klemetsrud (Oslo). Hjemmeværende siden vinteren 1988.

Rapport fra en hjemmeværende almenpraktiker

Jeg er for tiden i svangerskapspermisjon. Nå har jeg vært hjemmeværende et halvt år. Bortsett fra noen tilfeldige telefonrecepter for venner og bekjente, lever jeg avsondret fra faglig aktivitet.

Av Signe Flottorp

Det er godt, men samtidig urovekkende vanskelig, å leve uten program og faste avtaler. Jeg har trivdes som allmennpraktiker med fulle timelister, "innimellom-pasienter", telefonkonsultasjoner og gjerne sykebesøk på hjemveien. Overgangen fra travel allmennpraksis til fulltids hjemmetilværelse med to barn under to år har ikke gått friksjonsfritt. Jeg har undret meg over mine egne reaksjoner. Hvorfor føler jeg at tiden ikke strekker til, at jeg ikke bruker tiden godt nok, når jeg bruker dagene sammen med barna?

Hvordan bruker jeg tiden for å være fornøyd

Jeg vil se litt på hvilken holdning jeg har hatt til bruk av tid, og jeg kommer inn på verdier som jeg tror er grunnleggende i vår kultur. Jeg vil skissere hverdagene fylt av hektisk arbeid og familieliv, i kontrast til tilværelsen som hjemmeværende.

Fasitsvaret på spørsmålet i overskriften har jeg ikke (det finnes neppe). Spørsmålet skulle kanskje heller være: "Hvordan være fornøyd når du velger å være sammen med barna på full tid, og så oppdager at du ikke lenger styrer tiden din selv?"



Som man skjønner - ikke oppsiktsvekkende nye problemer eller erfaringer. Jeg hadde hørt liknende før, fra andre kvinner, ikke desto mindre er dette nytt for meg. Jeg drister meg derfor til å fabulere litt.

"Hver dag er en sjelden gave"

Fra min fjerne speidertid husker jeg en sang som åpnet slik:

*"Hver dag er en sjelden gave, en skin-
nende mulighet."*

Jeg likte denne sangen, uten egentlig å skjønne hvorfor.

"Alle disse dagene som kom og gikk, jeg forstod ikke at de var mitt liv", sier den svenske forfatteren Stig Johansson. Den tsjekkiske filosofen og statsmannen Masaryk oppfordrer til arbeid og virksomhet. Han sier at angst for døden ikke så mye er redsel for å dø, som for det ikke å ha levet.

Mennesker som har vært rammet av alvorlig sykdom eller som har gjennomlevd livstruende kriser kan etter dette få en mer intens livsglede. I vissheten om at livet er begrenset, blir det særlig viktig å bruke tiden rett.

Eller for å si det med Kumbel: *"Husk å leve mens du gjør det, husk å elske mens du tør det."*

Om hverdagene - Virksomhet er en dyd

Jeg har vært oppdratt til at virksomhet er en dyd, og jeg har opplevd at arbeid gir glede og overskudd. Jeg har sans for st og spennende fridager, men jeg har hatt fler av de travle hverdagene, i alle fargenyanser, sjelden grå.

I en undersøkelse av livssituasjonen for arbeidsløse førte man "dagbok" over alle begivenheter i løpet av dagen: våknet, stod opp, morgenstell, frokost, leste avisen, gikk til butikken, etc. Det viste seg at de arbeidsløse hadde færre begivenheter i løpet av dagen enn de som var i arbeid, også på hjemmeplan. Mange hjemmeværende husmødre har følt det befriende å komme seg i arbeid utenfor hjemmet - "da fikk jeg gjort mer hjemme også".

Vi har vel alle erfart at det er lettere å få oppgaver unnagjort når vi "er i farta". Det heter seg at du skal spørre en som allerede har mye å gjøre, dersom du ønsker å få noe gjennomført.



Sofie og Martin

I vår kultur verdsettes effektivitet høyt. Det gjelder å bruke tiden godt, det betyr bl.a. å skaffe seg utdanning og jobb, seinere videre- og etterutdanning og yrkesmessige forfremmelser. Å lykkes i karrieren gir blant annet status og selvfølelse. Arbeid og aktivitet gir mening til hverdagen.

Den travle allmenn- praktiker-

Jeg trivdes svært godt som distriktslege/kommunelege/bydelslege med hektiske arbeidsdager. "Fritida" var fylt med kontorarbeid og møtevirksomhet. Huskelistene kunne være lange som vonde år, men kryss i marginen for ekspederte saker ga en god følelse av å være effektiv.

Som allmennpraktiker opplevde jeg slitet når flere oppgaver skulle løses parallelt, men også gleden ved å lære meg å jobbe en smule ryddig og planmessig, og derved unngå stressfølelsen. Jeg har ikke noe imot å jobbe hardt og bli sliten så lenge jeg vet jeg har mulighet til litt fri hvor jeg kan samle krefter igjen.

- Og den travle familie

Vi er en familie med to voksne som begge er yrkesaktive og med engasjement og tillitsverv utenom jobben. Guttene på 10 og 13 år har skolen pluss pluss (fotball, piano, karate, tennis, speider), jenta på 2 år og gutten på 5 måneder bobler også av aktivitet.

Det kan være strevsomt å kombinere så mye aktivitet med familiesamvær, men vi trives med både/og.

Hvordan klare seg uten program og faste avtaler?

Jeg hadde sett fram til svangerskapspermisjonen, og jeg nyter det å kunne være hjemme en periode etter fødselen. Jeg skal ikke forsøke å beskrive alle de gleder og opplevelser en dag i samvær med Martin og Sofie gir meg. Jeg koser meg når jeg på tur med barnevogn møter eldre kvinner som formaner meg til å nyte denne tiden. Mange minnes perioden med småbarn som noe godt som gikk altfor fort, og som de først riktig forstod å verdsette etterpå.

Jeg tror imidlertid at jeg deler erfaring



med andre kvinner som trives med jobben, når jeg også har opplevd det vanskelig å være "bare hjemme".

Det er ikke så farlig å komme hjem etter endt arbeidsdag, og ikke "få gjort noe" resten av dagen, fordi samværet med barna krever sitt. Det er mer problematisk å være hjemme hele dagen, dag ut og dag inn, og føle at jeg ikke får gjort noe.

Før permisjonen hadde jeg ambisjoner om å strukturere dagene slik at jeg kunne få rydde unna litt tid til egne aktiviteter. Jeg gledet meg til flere måneder hjemme med barna, der jeg også skulle få gjøre mer av det jeg ellers rekker lite av ved siden av jobben (lese, skrive brev, sette bilder i fotoalbum....)

Så gikk det ikke sånn for meg heller. Dagene går, ungene bestemmer rytmen og samværet med dem krever tiden og ikke minst kreftene. Som andre kvinner har også jeg lært meg "å bruke kvarterene", men likevel holder det knapt til det viktigste av husstell, klesvask, innkjøp og matlaging.

Jeg klarer ikke helt å kvitte meg med en ubehagelig følelse av å ære ineffektiv. Jeg er vant til å være fornøyd med meg selv når jeg hadde mange kryss i margen på en fullstappet huskeliste. Jeg skaffet meg en ukeplanlegger før permisjonen. Den forsvant, og jeg har ikke fått en ny. Fulltids-samvær med småbarn passer liksom ikke med "time management".

Det er ikke jeg, men ungene som styrer dagen. Jeg har etterhvert skjønnet at jeg ikke både kan gi av meg selv i samværet med dem, og samtidig regne med å få gjort andre ting. Det hender selvfølgelig at de begge er fornøyd med å være for seg selv, eller at de tar formiddagslur til samme tid. Men dette følger ikke noe fast skjema. Jeg må alltid være forberedt på å være til disposisjon, jeg må alltid regne med å bli avbrudt om jeg starter på noe av mitt eget. (Som for eksempel at jeg måtte ta en pause mens jeg skrev dette avsnittet for å roe Martin ved brystet, det kan tross alt ikke far gjøre.)

Jeg tror ikke løsningen på problemet "Hvordan bruke tiden for å være fornøyd - som hjemmeværende småbarnsmor?" først og fremst er

fiffige råd for den flinke husmoren og barnepasseren, og gode tips om hvordan man skaffer seg "fritid".

Løsningen er å være innstilt på å være sammen med barna.

Hvis jeg setter "kryss i margen" ved alt det som gode dager sammen med ungene fører med seg, blir det fortsatt mange kryss. Dagens begivenheter kan ikke sammenliknes med "kryss i margen" på den travle huskelista, men de er ikke mindre viktige.

At mor (og far) er sammen med sitt barn, er faktisk effektivt anvendelse av tid, for å bruke et litt malplassert uttrykk. Vi vet at det vi gir våre barn de første årene, er avgjørende for deres personlighetsutvikling, og for vårt forhold til dem.

Jeg får også selv mye, ved å kunne oppleve dager som ikke styres av timeboka, men av barna mine. Det nytter ikke alltid å forsøke å få med seg alt - da kan man miste mye.

"Alt har sin tid"

Predikeren visste neppe noe om de gleder og frustrasjoner en svangerskapspermisjon kan medføre, men den skeptiske vismann satte ord til tanker som det fortsatt er verdt å lytte til:

"Alt har sin tid, og en tid er der satt for hvert foretagende under himmelen.

Å fødes har sin tid og å dø har sin tid, å plante har sin tid og å rykke opp det som er plantet har sin tid;

å drepe har sin tid og å lege har sin tid, å rive ned har sin tid og å bygge opp har sin tid;

å gråte har sin tid og å le har sin tid: å klage har sin tid og å danse har sin tid;

....

å elske har sin tid og å hate har sin tid;

krig har sin tid og fred har sin tid.

Hva vinning har den som gjør noe, av det strev han har med det?"

Jeg tror vi er skapt til å være virksomme - til å bruke tiden vår. Men virksomhet er ikke ensbetydende med mange avtaler i timeboka eller detaljregulert fritid. Vi må ikke bli så hektiske at vi får dårlig samvittighet fordi vi knapt orker å stå opp av senga en frilørdag.

Vi verdsetter med rette produktivt arbeid og skapende aktivitet. Men livet er også barndom og alderdom, fødsel og død. Mennesker i "sin beste alder" kan rammes av fysisk eller psykisk sykdom som fører til arbeidsuførhet. Barn, gamle og arbeidsuføre blir problemer i et samfunn der arbeidet er det styrende prinsippet.

En annen vis mann, Olav H. Hauge, har sagt det slik:

Når det kjem til stykket

År ut og år inn har du site bøygd yver bøkene,

du har samla deg meir kunnskap enn du treng til ni liv.

Når det kjem til stykket, er det so lite som skal til, og det vesle har hjarta alltid visst.

I Egypt hadde guden for lærdom hovud som ei ape.

Tiden kommer

I vår vestlige kultur (for voksne, arbeidende mennesker) er tid penger, og måles i dager, timer, minutter og sekunder. Samvær med barn og møte med andre kulturer betyr en kollisjon i oppfatningen av tiden. Barn er opptatt av øyeblikket. Jeg har hørt at afrikanere ikke sier som oss at tiden går, men derimot at tiden kommer.

Jeg skal snart begynne å jobbe igjen. Jeg gleder meg til det, til å gjøre mer enn jeg føler jeg får gjort hjemme. Samtidig kommer jeg til å savne de lange dagene hjemme med barna.

Jeg får forsøke å stanse opp noen ganger og la tiden stå stille igjen.

Bydelslege Signe Flottorp

Seterlivn. 2C

1162 Oslo 11

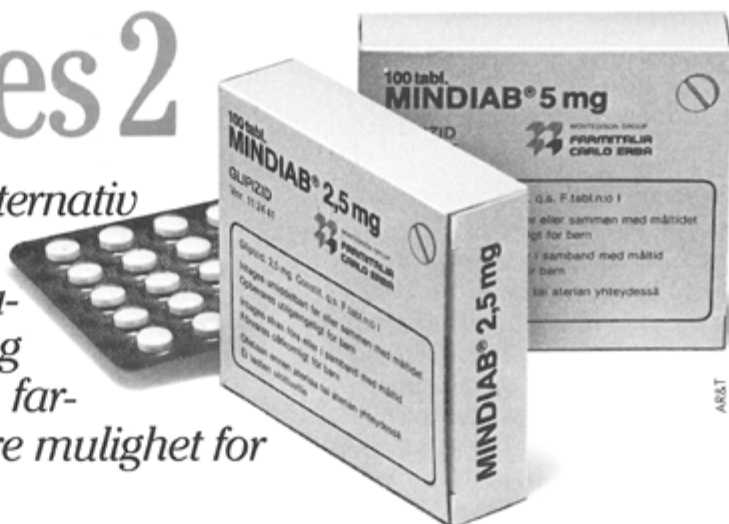
□

Mindiab[®] gir type 2 diabetikeren mer normal insulinføl- somhet - med mindre mulighet for langvarig hypoglykemi.

Mindiabetes 2[®]

*Mindiab er et nytt tablettalternativ
med virkestoffet glipizid.*

*Mindiab gir mer normal insu-
linproduksjon, -følsomhet og
blodsukker Verdi. Og med en far-
makokinetikk som gir mindre mulighet for
langvarig hypoglykemi.*



C Mindiab: Tabletter 2,5 mg og 5 mg:
Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg
resp. 5 mg, const. q.s.

Indikasjoner: Diabetes mellitus
type II (ikke-insulin-avhengig) hvor
blodsukkeret ikke lar seg normali-
sere med vektreduksjon eller
mosjon alene.

T Kontraindikasjoner: Diabetes
mellitus type I (insulin-avhengig),
og ved følgetilstander som ketoaci-
dose, særlig precoma og coma dia-
beticum. Graviditet og amming.
Sterk nedsatt nyrefunksjon. Nedsatt
leverfunksjon. Ved alkoholisme,
dårlig ernæringsstilstand eller ved
spesielle belastninger (store trau-
mer, operative inngrep, febrile til-
stander) kan omstilling til insulin
være indisert.

Bivirkninger: Gastrointestinale
besvær som diaré, gastralg og nau-
sea. Allergiske hudreaksjoner. Blod-
bildeforandringer: agranulocytose
og trombocytopeni er i sjeldne til-
feller rapportert med sulfonyleura-
preparater, og bivirkninger av
denne type kan ikke utelukkes med
glipizid.

Forsiktighetsregler: Hypoglykemi
og følger kan opptre som følge av
interaksjoner, overdosering, dårlig
ernæringsstilstand, nedsatt lever-
funksjon og nyreinsuffisiens. Ved
alvorlige infeksjonssykdommer og
store kirurgiske inngrep kan, i lik-
het med andre perorale antidiabe-
tika, effekten være noe usikker. I
slike tilfeller bør insulinterapi over-
veies.

Interaksjoner: Spesiell forsiktighet
bør iakttas når glipizid administ-
res samtidig med visse andre lege-
midler som kan tenkes å potensere
den blodsukkersenkende effekten.
Dette gjelder fenylbutazon og oxy-
fenbutazon, probenecid, salicylpre-
parater, sulfonamider, kloramfeni-
kol, kumarinderivater samt beta-
reseptorblokkere.

Dosering: Det er viktig å begynne
med adekvat diett i tilstrekkelig lang
tid, gjerne i minst 4-6 uker, før gli-
pizid gis i tillegg. Individuell dosering,
som avhengig av sykdomstilstanden
kan variere mellom 2,5 og 15 mg
daglig oppdelt på 1-3 doseringer.
Tablettene bør tas ca. 30 min. før
måltid.

1) **Nyinnstilling:** Gjennomføres som

regel ambulant. Passende initialdose
er 2,5-5 mg daglig. Blodsukker og
urinsukker kontrolleres etter 7-10
dager. Ved utilfredsstillende virk-
ning på blodsukkeret, økes dosen
etappevis med 7-10 dagers mellom-
rom.

Pakninger og priser: Tabletter 2,5
mg: (hvite, uten delestrek): 100 stk.
(trykkpakning) kr. 97,05. 250 stk.
(glass) kr. 229,65. 5 mg: (hvite, med
delestrek) 100 stk. (trykkpakning)
kr. 143,05. 250 stk. (glass) kr. 343,00.
T: 5

**FARMITALIA
CARLO ERBA**

Postboks 53 - 1371 Asker
Telefon (02) 79 07 60

Tid og kvalitet i konsultasjonen



Olav Rutle er født mellom bratte vestlandsfjell (hjemmefødsel) 1945. Cand.med. Oslo 1970. Allmennpraktiker på Jessheim til 1977, orket ikke mer og rømte inn i stipendiattilværelse ved Gruppe for helsetjenesteforskning. Men pasient-abstinensen førte snart til at forskerjobben ble delt med pasientarbeid. Fikk etter hvert tittelen forsker, og tok doktorgraden 1986. Fra 1986 kombinert førsteamanuensis (Inst. for allmennmedisin, Oslo) og solopraktiker (Jessheim).

To alen av samme stykke?

Pasienter klager sjelden, men skal de være kritiske mot legen sin er kort konsultasjonstid et vanlig ankepunkt. Mange leger er av samme mening. De snakker om stress og for lite tid til hver pasient. Noen leger mener også det er synd og skam at tiden med pasienten honoreres dårlig, mens andre mener tiden er så viktig at den i allefall ikke burde knyttes til legens lommebok. Betyr dette at allmennlegene bruker for kort tid på pasientene? Er det en klar sammenheng mellom tid og kvalitet i konsultasjonen.

Av Olav Rutle

Jeg tror svaret er ja på begge spørsmål, men fordi jeg er svært usikker på det første skal jeg i resten av innlegget konsentrere meg om det andre. Som for andre varer kan kvaliteten på en konsultasjon måles på to måter. En kan la kjøperen, pasienten, uttale seg, eller en kan måle den mot en faglig standard. Det siste må være utgangspunktet, men det er også viktig hva pasienten mener fordi legens råd er lite verdt dersom pasienten ikke har tiltro til dem.

At det er sammenheng mellom tid og kvalitet i konsultasjonen vil de fleste være enige i, leger så vel som pasienter. Av og til kan en imidlertid få inntrykk av, særlig fra pasienthold, at denne sammenhengen er lineær - øker tiden øker kvaliteten. Jeg tror ikke det. Jeg tror sammenhengen er omvendt u-formet som fig. 1 viser.

Hva er best?

Toppen på den omvendte u-kurven har jeg tegnet relativt bred. Med det mener jeg at det er stor sannsynlighet for at konsultasjoner mellom 10 og 30 minutter er av god kvalitet, og at sannsynligheten for høy kvalitet reduseres når konsultasjonene blir kortere eller lengre. At konsultasjonstiden ligger i dette intervallet er imidlertid ingen garanti for kvalitet. Det kan være at legen bruker 15 minutter på noe som burde tatt 30 minutter, eller 30 minutter på noe som burde tatt 10 minutter. Dessuten må en ikke glemme at tiden er en av flere faktorer som må være tilstede for å skape en vellykket konsultasjon.

Det finnes ikke *en* konsultasjonstid som er best. I de fleste timebestillingsbøker står det i dag oppført pasienter hvert kvarter eller hvert 20. minutt. Det betyr selvsagt ikke at hver konsul-

tasjon tar 15 eller 20 minutter, men selv utgangspunktet for en slik uniformering av konsultasjonene virker urimelig. Ønsket om å holde rammen kan komme i konflikt med ønsket om et godt innhold. Pasientenes bakgrunn, sosiale situasjon og uttrykksmåte er forskjellig, og problemene de presenterer er langt fra ensartet. Slik sett kan nevnte timeliste bli en tvingstrøye for legen som hindrer kreativitet og ulike valg av løsninger. Administrativt er det praktisk å sette opp lik tid til hver pasient, men kvalitetsmessig må en sette et spørsmålstegn ved en slik praksis.

For kort er ikke bra

At sannsynligheten for kvalitet synker når konsultasjonstiden kommer under en viss grense, er først og fremst fordi en god konsultasjon bør inneholde disse grunnelementer, og disse grunnelementene tar tid. Pasienten må føle seg velkommen og han må få tid til å komme med bekymringer og tanker uten innblanding av legen. Alt for ofte og alt for raskt overtar legen styringen. Det er lang tradisjon på at legen skal være den aktive, den dominerende og den besluttende. I allmennpraksis tror jeg denne konsultasjonsformen er på vei ut. Kanskje er framtida en syntese av Pendletons og Torben Bendix konsultasjoner. Allmennpraktikeren må

i alle fall alliere seg med pasienten. Vi må lytte til pasienten, bygge på hans forutsetninger og forståelse, samarbeide om løsninger og bruke hans ressurser. Det kan vi ikke gjøre uten å bruke tid.

Tiden kan heller ikke erstattes med "objektive" laboratoriefunn eller resultater fra fine tekniske innretninger. Det er fristende å forsøke å klargjøre en tåkete problemstilling med en blodprøve, et røntgenbilde eller en ultralydundersøkelse, men resultatet er slett ikke alltid avklarende, snarere tvert imot. Verre er det imidlertid at vi kan bli så opptatt av de nye veiviserne i diagnostikk og behandling at vår evne til å lytte regredierer. Skal vi bli dyktige i vårt arbeid trengs det trening, skal vi bli dyktige i å lytte trengs det tid.

Vi må heller ikke glemme den kliniske undersøkelsen. Er det nødvendig med en klinisk undersøkelse skal den gjøres grundig. Å undersøke en rygg med pasienten fullt påkledd, å la være å eksplorere fordi det tar for lang tid, å "glemme" å undersøke diabetikerens ben, er ikke vår stand verdig. En grundig undersøkelse er et godt utgangspunkt for videre handling, og det sparer en for stadige mistanker om at noe er oversett. Men en grundig

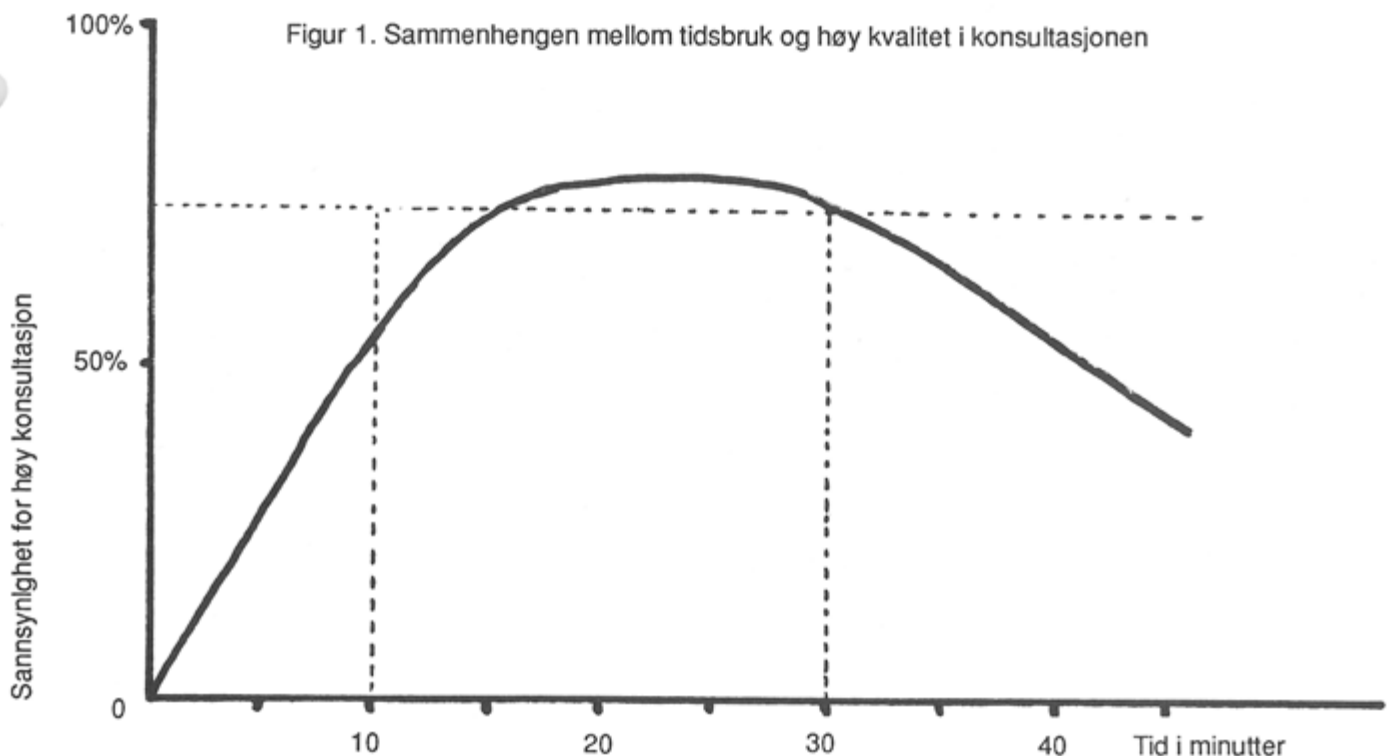
undersøkelse tar tid.

Allmennpraksis er et hardt yrke. Gang på gang må en ta raske beslutninger på usikkert grunnlag, beslutninger en vet kan være av avgjørende betydning for pasienten. Øker tempoet, øker stresset. Det er klart begrenset hvor mange slike beslutninger en klarer i løpet av en dag før kvaliteten på handlingene reduseres. Skal legen yte kvalitet kreves det således at det gis rimelig tid for hver konsultasjon, ellers øker sjansen for synkende kvalitet utover dagen.

For langt er ikke bedre

Energisk ekspektativt sengeleie var en velkjent behandling i gamle dager. Allmennmedisinen har tatt opp i seg den positive delen av denne terapi-tradisjonen. Tiden er ofte en god diagnostisk faktor. Det betyr at en allmennmedisinsk konsultasjon ikke alltid er komplett, og skal heller ikke være det. Kontrollen er et viktig hjelpemiddel for diagnostikk og terapi. Derfor skal en ikke alltid bestrebe seg på å utrede pasienten til bunns ved enhver konsultasjon.

Pasienten oppsøker ofte allmennlegen i sykdommens debut, når symptomene er vage og kan representere en rekke ulike lidelser. Går en straks for grundig til verks og tester alle tenkelige og utenke-



lige hypoteser, er sjansen for falske positive resultater svært stor. Dette kan påføre pasienten bekymring og lidelse og samfunnet økte utgifter. Ved enhver konsultasjon er begrensningens kunst viktig.

Å si ja til noe er å si nei til noe annet. Lange konsultasjoner er et nei til mange konsultasjoner. Lange konsultasjoner kan muligens redusere konsultasjonsraten, men en praksis med få og lange konsultasjoner må også føre til at flere må vente lenger før de kommer til lege. Kanskje gir noen opp. Var det de som minst trengte lege som måtte vente lengst, var problemet lite, men her som ellers vil kønummeret lett bestemmes av støynivå og ikke av behov. Rikelig konsultasjonstid til noen kan på den måten føre til urettferdig fordeling av helsetjenesteressursene, i allefall så lenge disse er begrenset. I utgangspunktet må alle komme til innen rimelig ventetid, så får det være opp til legen å fordele tjenesten rettferdig ved hjelp av konsultasjonslengde og antall kontroller. Det må således være sammenheng

mellom konsultasjonslengde og behov for legetjeneste, mellom konsultasjonslengde og ventetid på time. Er køen lang kan det ikke være rimelig å gi maksimal kvalitet til en del og ingen ting til resten.

En god konsultasjon

En god konsultasjon er også en effektiv konsultasjon. Konsultasjonen er ikke god bare fordi pasienten syntes legen tok seg tid og var innom ferie, kornhøst, barnebarn, svigermor, den umulige ungdommen og politikernes uforstand i løpet av samtalen. En legekonsultasjon er ikke sosialt samvær, men en konsultering av en sakkyndig person. At noen bruker legen som sin sosiale kontakt og personlige sutteklut er velkjent, men det tjener ikke pasienten og det kan heller ikke være riktig bruk av ressursene. En konsultasjon skal være en målrettet (det betyr ikke alltid handlingsrettet) seanse. Selv ved samtalerapi er det ofte nok med 25-30 minutter. I en slik situasjon lar mange pasienten alene styre lengden, å avslutte når pasienten er kommet godt i gang er ikke lett. Men her som ellers er tiden mellom

konsultasjonene viktig, og sekundærgevinsten øker jo lengre konsultasjonen varer, særlig om det varer utover oppsatt tid.

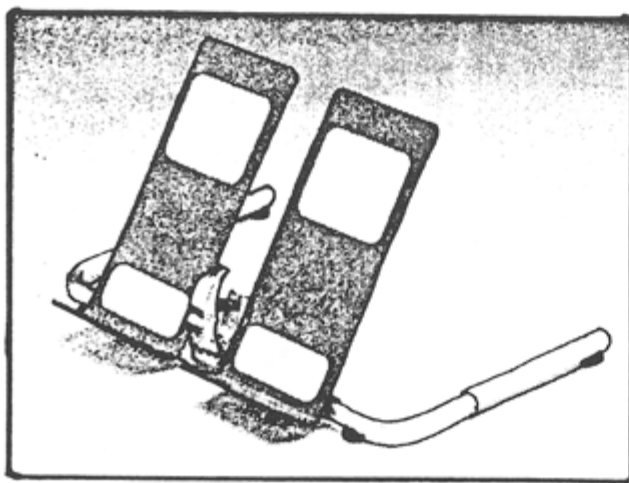
Konklusjon

De aller fleste konsultasjoner må inneholde visse elementer før de kan kalles gode, f. eks. pasientens tanker og forventninger. Dette krever en viss tid. Bruker en mindre tid reduseres sannsynligheten for høy kvalitet. Lange konsultasjoner er imidlertid ikke synonymt med gode konsultasjoner. Kvaliteten kan da reduseres på grunn av nedsatt effektivitet, dårlig prioritering og feil arbeidsmåte. Den optimale konsultasjonstid bestemmes av tilgjengelige ressurser, hvilket problem pasienten presenterer og hvem pasienten er. Kanskje er det på tide å sette opp konsultasjonstiden etter pasientens behov, ikke etter timebokas utforming.

Førsteamanuensis Olav Rutle
Inst. for allmennmedisin
Frederik Stangs gt. 11/13
0264 Oslo 2

□

TROMBO-TRÅKK[®]



TRENINGSSAPPARAT

- Aktiverer venepumpen i bena
- Bidrar til stimulert blodsirkulasjon
- Forebygger venetrombose/blodpropp

Aktuell for:

- alle pasienter i postoperativ fase
- alle pasienter bundet til sengen pga. alvorlig eller langvarig sykdom
- alle gamle og syke på institusjon eller i hjemmet.

Produksjon: **WITCO A-S**

Distribusjon: Karin Skallsjø
Langgt. 30
0566 Oslo 5
Tlf. 02/35 66 26

Idè og konstruksjon:
Lege og fysioterapeut Karin Skallsjø

TETRALYSAL®

(lymecyclin)



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

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

Dosering: Voksne: Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til

barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.

Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mg/h)

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 bakteriostatisk 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. 71,55 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Ørebro. 5. dag lå alle som fikk 100 mg doxycyclin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml)

(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 lymecyclin and doxycyclin 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. (6) D. Danielsson et al.: *Vilket tetracyclin bör väljas*. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.

Tidsknapphet



Kirsti Malterud er 39 år. Fortid som bydelslege i Oslo (1977-86), nåtid som førsteamanuensis (Inst. for allmennmedisin, Bergen) og bydelslege (Ulriksdal legesenter). Framtid ukjent. Opptatt av å sørge for at det blir tid nok til å leve.



Vi snakker kanskje forbi hverandre?

Allmennpraktikerens svøpe eller styrke?

"Hadde jeg bare hatt litt mere tid, skulle alt blitt så meget bedre", sier allmennpraktikeren til seg selv, eller til sin dårlige samvittighet, eller til sin kollega.

Av Kirsti Malterud

Det er travelt i allmennpraksis. Riktig nok varer den norske konsultasjonen 22 minutter (inkl. journalnotat, henvisninger osv.) (1) - vesentlig lenger enn britenes "six minutes for the patient" (2). Likevel sier de fleste jeg kjenner at det alltid blir for lite tid.

Kjetersk påstand

Langt på vei er jeg enig. Men ikke helt. Jeg vil forsøke å belegge følgende kjeterske påstand:

Tidsknapphet er allmennpraktikerens styrke, særpreg og utfordring.

Jeg vil ikke være med på påstanden om at mer tid alltid gir bedre kvalitet. Tvertimot tror jeg allmennpraktikerens natur nødvendige tidsknapphet er en unik medisinsk rammebetingelse som også har sine fordeler. Brukt med forstand kan tidsknappheten bidra til at den medisinske virksomhet som utøves, omhandler det som er det viktigste for pasienten. Derfor kan allmennpraktikerens måte å bruke tiden på, være et genuint allmennmedisinsk verktøy.

Jeg snakker om en krevende medisinsk målsetting som forutsetter at allmennpraktikeren behersker sine kliniske ferdigheter, og dessuten er våken, lyttende, analytisk og handlekraftig. Med kliniske ferdigheter mener jeg mer enn å kunne identifisere en diastolisk bilyd. Allmennmedisinsk klinikk fordrer evne til kommunikasjon, kjennskap til kultur og samfunn, talent for organisering av de ressurser som står til rådighet.

Som fersk allmennpraktiker syntes jeg aldri tiden strakk til. Det var alltid mer jeg egentlig skulle ha gjort, og jeg knyttet min faglige utilstrekkelighetsfølelse sammen med dette.

Ett år i psykiatrien lærte meg at det av og til kan bli for mye tid. Både i minutter pr. samtale, og i samtaler pr. problem. Uthaling istedet for avklaring kan være en risiko. I psykiatrien lærte jeg også mer om å avgrense ambisjoner og oppdrag i retning av det realistiske.

Tidsbruk - klinisk ferdighet

Jeg mener at tidsbruk i allmennpraksis er en klinisk ferdighet - som kan læres. Med årene innser jeg min egen mangel på omnipotens, og jeg lærer av pasientenes utrolige evne til selvforståelse og selvhelbredelse. Jeg har omsider lært at:

*Det er ikke alle problemer som kan løses - og ikke av meg - og i hvert fall ikke idag -
- Men hva ved dette problemet kan jeg gjøre noe med nå?*

Allmennpraktikeren må være langsynt og nærsynt på en gang. Hun må bevare det store overblikket - se pasientens plager i sin sammenheng - og konsentrere seg om det aktuelle - finne ut hva som betyr noe akkurat i dag.

I konsultasjonen er det legens oppgave å

- finne ut hva det handler om
- avklare hva som kan løses av legen selv eller av andre - nå eller senere
- forvalte den tid som står til rådighet deretter.

Konsultasjonsanalyse har konsentrert seg om første punkt. Jeg trenger ikke fortelle hvorfor eller hvordan det skal gjøres. Jeg vil se på andre og tredje punkt. Jeg tror dette handler om vilje og evne til å gjøre medisinske prioriteringer - som må bygge på allmennmedisinsk innsikt og kunnskap.

Vilje til prioritering

Vilje til prioritering forutsetter at allmennpraktikeren innser sin begrensning, og er i stand til å skille mellom stort og smått, viktig og uviktig. Mange allmennmedisinske plager kan ikke helbredes. Den allmennmedisinske omsorgsdimensjon fortjener oppmerksomhet og oppgradering. Altfor ofte lar vi oss friste av pasientens potensielt helbredelige symptomer - f.eks. et vel avgrenset utslett som "roper" etter steroidkrem -, mens vi nesten ikke hører at hun heller ville dele sin bekymring for tenårings sønnen med oss. For det første må det være pasientens behov som styrer vår prioritering, ikke legens trang til å utrette noe. For det andre er det en myte at det alltid tar altfor lang tid å høre på folk.

Jeg har møtt pasienter i akutte livskriser, der det har vist seg at den akutte allmennmedisin med hell kan bestå i en sykmelding, kanskje noe å sove på, og så en ny time med god tid med det aller første. Forutsetningen for at dette skal være god førstehjelp, er at pasienten ikke er i tvil om at legen forstår alvoret i situasjonen. Men selve livskrisen tjener ofte på å vente litt. Tenk praktisk - gjerne utradisjonelt, oruk fantasi. Ikke alltid helbrede, ofte heller lindre. Kvaliteten på trøst er slett ikke automatisk proporsjonal med antallet minutter - heller med graden av innlevelse og omsorg.

Noen få pasienter kommer fordi legen er den eneste som orker å høre på dem her i verden. Da er stetoskop og resepter egentlig irrelevant. I beste fall kaster man bort tiden, i verste fall sendes pasienten ut i en unødvendig utredningsserie fordi legen ikke turde å la være. Selv om samværsformen i lege-pasient-forholdet bestemmes av konteksten, behøver vi ikke oppfatte konsultasjonsstilen som naturgitt. Kanskje det hadde vært bedre å servere kaffe og kaker under disse konsultasjonene? Allmennpraktikeren må være seg bevisst når tiden sammen med

pasienten skal brukes til sosial kontakt, slik at tiden prioriteres rett. Også sosial kontakt er et allmennmedisinsk virkemiddel som skal håndteres målbevisst.

Noen konsultasjoner fortøner seg likevel for legen som en endeløs serie av snakk. Når dette stadig gjentar seg med samme pasient, klassifiseres pasienten raskt som "hun som bare kommer her for å snakke". Jeg tror vi ofte tar feil der. Hun som snakker og snakker gjør det kanskje fordi vi ikke forstår hvor hun vil hen, eller hva det egentlig dreier seg om. God konsultasjonsmetodikk kan redusere risikoen for at partene snakker forbi hverandre. Og forbisnakk tar ofte lang tid.

Som regel kommer pasienten for noe spesielt, som hun ønsker legens hjelp til å finne ut mer om. Lege-pasientforholdet blir irrelevante kulisser hvis konsultasjonen ikke brukes til problemløsning. Legens oppdrag er å forvalte den tid som pasienten har til disposisjon, slik at konsultasjonen blir en målrettet samtale, enten det nå dreier seg om sosialt samvær (sjelden) eller medisinsk problemløsning (ofte). Rasjonelle teknikker kan klargjøre den aktuelle problemstilling, og dessuten bidra til å frigjøre tid som kan brukes for å møte pasientens følelsesmessige og sosiale behov.



Respekt for andres og egen tid

Urealistiske tidsrammer og dårlig tidsstyring går alltid ut over noen. Legens muligheter til å møte pasientens problemer svekkes. Dessuten skjer det noe med pasientenes forhold til tid. Når legen stadig blir forsinket, øker ventetiden på venterommet. Dette kan bidra til en ond sirkel, der pasientene kommer for sent fordi de vet at de alltid må vente.

Av respekt for pasientenes tid bør vi prøve å unngå forsinkelser. Av og til kan det være gode grunner til å gi en pasient noen ekstra minutter - men det går alltid ut over nestemann - og vi må vurdere om det er en riktig prioritering. Den kan dessuten gå utover flere enn pasienten. Hjemmehjelpen som følger pasienten, kan ikke sitte og vente i det uendelige. Men hun *må* følge pasienten hjem igjen - og resultatet kan bli at en annen av hjemmehjelpens klienter ikke får brød og melk i dag - eller at hjemmehjelpen må arbeide overtid.

Den evig forsinkete allmennpraktiker har høy utbrenningsrisiko. Hun får aldri skikkelig lunsjpause, kommer seint hjem og kjenner seg alltid på etter-skudd. Hun trenger å lære mer om å forvalte sin konsultasjonstid.

Det er altså mange gode grunner - faglige og parafaglige - til at allmennpraktikeren bør være seg bevisst hvordan tiden brukes.

Evne til prioritering - tidsbruksteknikker

Kolleger har fortalt meg om mange ulike tidsbruksteknikker. Jeg tror dette er et stort og uutforsket felt innen klinisk allmennmedisin som fortjener mer oppmerksomhet. I all ubeskjedenhet vil jeg dele noen av mine egne erfaringer:

* *Fleksible timebestillingsrutiner* kan gjøre det mulig å beregne tiden bedre. Hvis medarbeideren spør pasienten som bestiller time om hva det gjelder, kan vi gi dobbelttime til dem som trenger det, og vi kan putte innimellom dem som bare trenger et minutt eller to. (Men vi må respektere at noen pasienter ikke ønsker å fortelle andre enn legen hva de kommer for!)

* Færrest mulig *avbrytelser* under konsultasjonen gir best konsentrasjon og kontakt. Pasienter som ringer og vil snakke med meg, får beskjed om at jeg heller ringer dem tilbake. Mange oppfatter dette som en ekstra service og er glade for å slippe tellerskrittene. Men slike rutiner fungerer bare hvis legen følger opp medarbeiderens løfte.

* Det er uhøflig å kikke på klokka når pasienten snakker. På veggen bak pasienten har jeg en klokke slik at jeg kan styre tiden uten å forstyrre pasienten.



* Pasienter som kler av eller på seg, oppfatter ikke alt legen sier. Før jeg ber en skrupelig pasient kle av seg, spør jeg om hun trenger fornying av noen resepter idag. Isteden for å prøve å snakke med henne, lar jeg pasienten kle av seg i fred mens jeg skriver reseptene (som ellers stjeler tid fra den aktive kontakten).

TIL LEGEN
 svimmel
 trett og slapp
 noe med hjernen kanskje
 vitaminer
 underlivet
 tablettene - mere medisinere

* Ofte har pasientene *mange problemer* - gjerne nedskrevet på en lapp. Når pasienten starter med å si "Det var så mye--", pleier jeg å si at vi får starte med det viktigste og se hvor langt vi kommer i dag. Da blir det pasienten som styrer rekkefølgen, og begge parter er innforstått med at det ikke vil bli tid til alt i dag. Slike pasienter må selvfølgelig sikres oppfølging i form av ny time hvis man ikke kommer til målet. (Det gjør man forøvrig forbausende ofte!)

* Pasientene kommer ikke alltid for å få løst *hele* problemet. Pasienten med hodepine som ber om å få målt blodtrykket, er kanskje fornøyd når blodtrykket er normalt. Kanskje hun kom fordi hun var redd for at hodepinen varslert om farlig blodtrykk - og slett ikke har behov for noen hodepineutredning. Jeg pleier ofte å spørre hva pasienten ønsker seg (selv om jeg ikke alltid velger å oppfylle *pasientens forventninger* i den form de presenteres).

* Hvis jeg er *forsinket*, kan pasienten får en god følelse av at konsultasjonen er i gang hvis legesekretæren har tid til å ta hånd om henne. Hun kan kanskje ta blodprøver jeg allerede har bestemt

meg for, kanskje klargjøre resepter som pasienten skal ha fornyet. Er problemstillingen klar, kan legens forsinkelse kjennes mindre plagsom for begge parter hvis medarbeideren følger pasienten inn på et undersøkelsesrom og gir en hånd med avledning så pasienten er klar til undersøkelse når legen kommer.

* Jeg prøver å avrunde konsultasjonen mens det ennå er noen minutter igjen. Etter en kort oppsummering av dagens problem pleier jeg å si "Er det *noe* mer du har lyst til å spørre om?" Dette utløser sjelden en strøm av nye problemer, men kan bringe opp småting som kan gjøre raske rekonsultasjoner overflødige.

* Jeg møter mange problemer og mange mennesker hver dag. For å klare å skifte kanal stadig vekk, prøver jeg å "*klarne hodet*" mellom hver pasient - helst bli helt ferdig. Jeg legger minst mulig til side til senere av søknader og henvisninger, og bevilger meg deretter ofte 1/2 minutt hvor jeg bare ser ut av vinduet. Jeg synes det er godt å røre på kroppen mellom hver pasient, og jeg går ut på venterommet og henter inn neste pasient.

Effektivitet og produktivitet

Men alt dette er jo tidkrevende saker, vil du kanskje innvende. For meg handler det om teknikker som tilsammen gir avkastning i form av mer ro og konsentrasjon sammen med pasienten. Tid er svært relativt. Pasientens og legens følelse av om det ble tid nok, kan ikke alltid måles i minutter. Det viktigste målet er antakelig at begge parter mente pasientens problemer kom fram på en adekvat måte.

Derfor drister jeg meg til å slå et slag for effektivitet og produktivitet. Noen konsultasjoner *bør* være korte - f.eks. akutt-timer for vel avgrensede plager som ikke gir pasienten større bekymring. Effektiv organisering av de lite tidkrevende konsultasjonene kan gi bonus i form av mer tid til dem som trenger det.

Teknikker for rasjonell tidsbruk i allmennpraksis må ikke forveksles med industriell samlebåndsmedisin, der målet er å få flest mulig pasienter fortet ut av døra. Rasjonell tidsbruk kan sikre konsentrasjon om den aktuelle problemstillingen. I allmennpraksis hører denne alltid til i et større perspektiv. Det er dette som gjør

JULI	AUGUST	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER
1P 2L 3S 4M 5T 6W 7Th 8F 9S 10S 11M 12T 13W 14Th 15F 16S 17S 18M 19T 20W 21Th 22F 23S 24S 25M 26T 27W 28Th 29F 30S 31S	1W 2T 3W 4Th 5F 6S 7S 8M 9T 10W 11Th 12F 13S 14S 15M 16T 17W 18Th 19F 20S 21S 22M 23T 24W 25Th 26F 27S 28S 29M 30T 31W	1Th 2F 3S 4S 5M 6T 7W 8Th 9F 10S 11S 12M 13T 14W 15Th 16F 17S 18S 19M 20T 21W 22Th 23F 24S 25S 26M 27T 28W 29Th 30F 31S	1L 2S 3M 4T 5W 6Th 7F 8S 9S 10M 11T 12W 13Th 14F 15S 16S 17M 18T 19W 20Th 21F 22S 23S 24M 25T 26W 27Th 28F 29S 30S 31M	1P 2T 3W 4Th 5F 6S 7S 8M 9T 10W 11Th 12F 13S 14S 15M 16T 17W 18Th 19F 20S 21S 22M 23T 24W 25Th 26F 27S 28S 29M 30T 31W	1Th 2F 3S 4S 5M 6T 7W 8Th 9F 10S 11S 12M 13T 14W 15Th 16F 17S 18S 19M 20T 21W 22Th 23F 24S 25S 26M 27T 28W 29Th 30F 31S

allmennpraksis til et eget fag - det at vi kjenner pasienten i sin sammenheng, ofte over mange år. Derfor er det kanskje galt å snakke om allmennmedisinsk tid i minutter. Det dreier seg kanskje heller om år.

Tidsforvaltning som medisinsk verktøy

Tidsknappheten er en rammefaktor som vektlegger det målrettede, og som dermed medvirker til å gjøre allmennmedisin til et eget medisinsk fagområde. Legens måte å strukturere sine konsultasjoner og sin praksis blir et eget medisinsk verktøy som kan brukes for hensiktsmessig forvaltning av de typiske allmennmedisinske krav som

- ansvarlighet, beslutningsdyktighet
- mange problemstillinger i lufta samtidig
- allsidighet, variasjon, omstilling
- tilgjengelighet, befolkningsansvar

Den som vil være allmennpraktiker, må lære seg å trives med å ha det travelt, tåle å innrømme sin utvitenhet, ta den tid som trenges for å finne ut mer, og våge å innestå for mange og raske beslutninger. Da er det viktig å bruke tiden rett.

Misforstå meg rett: Jeg ønsker meg også ofte mer tid. Jeg får det også ofte travelt. Men jeg ser gleden og utfordringen i å utøve et medisinsk fag der jeg må holde meg til det vesentlige - å pasientens premisser - og stadig tilegne meg nye metoder for å gjøre dette best mulig.

LITTERATUR:

1. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen. Analyse av situasjonen idag, tanker om morgendagen. Oslo: SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning, rapport 1/1981.
2. Balint E, Norell JS eds. Six minutes for the patient: Interactions in general practice consultation. London: Tavistock Publ, 1973.

Førsteamanuensis Kirsti Malterud
 Institutt for allmennmedisin
 Universitetet i Bergen
 Ulriksdal 8C
 5009 Bergen



Håndterlig om helselover

Leiv Hov: *Lovsamling for helsevesenet*
 Grøndahl & Søn Forlag
 1988. 574 sider. Pris kr 228,-

Kommunelege Leiv Hov har samlet 22 lover som angår administrasjon, saksbehandling og personellsaker, 19 lover som angår miljørettet helsevern, teknisk hygiene og smittsomme sykdommer og 7 lover som angår pasientrettet helsevern i Norge. Boken har et hendig format i et bind med i alt 574 sider.

Grunnlaget for boken og Grøndahl's utgivelse av den er tekst og sats levert fra Lovdata. Lovdata er en tilgjengelig database som oppdateres med alle norske lover og forskrifter innenfor tidsintervaller på mindre enn 14 dager. Ved anskaffelse av et modem og ved en betydelig abonnementsavgift kan man knytte seg til den elektroniske databasen.

Når først databasen er etablert er det relativt overkommelig å gi ut specialsamlinger som denne. Her vil lover og forskrifter være helt oppdatert i det øyeblikket som satsen går i trykken. Men så oppstår selvfølgelig problemet, endringer i lover og forskrifter kan bare følges opp ved løssbladsystemer (og det er høyst upålitelig) eller ved utgivelse av nye utgaver som f. eks. telefonkatalogen. Tiden er snart moden for at

tekst som denne, som jo definerer rettstilstanden i landet, kan gjøres rimelig tilgjengelig i en elektronisk database som løpende oppjusteres.

Der foreliggende utgave har samme formdrakt som Norges lover, og er derfor lettlest for den som er vant til dette verket. De fleste aktuelle lover er kommet med, og det er foretatt en relevant utvelgelse av aktuelle forskrifter. Det sies ikke noe om hvilke kriterier som er brukt for valg av lover og forskrifter.

Ulempen ved boken er at den ikke tar med interne rundskriv, instruksjer og veiledninger. Det er som regel de siste som er vanskeligst å få tak i, og som er mest relevante for den som er saksbehandler eller beslutningstaker innenfor helseadministrasjonen. Slike administrative rundskriv blir systematisk registrert i Universitetsbiblioteket, men det finnes ingen systematisk rutine for å oppheve dem. Her ligger en betydelig utfordring til departementene, kanskje særlig Sosialdepartementet.

Skal lov og rett følges (og det er vel meningen), så må gjeldende bestemmelser være tilgjengelige på det stedet og til den tid man trenger dem. Leiv Hov's samling er et bidrag i denne retning.

Harald Siem
 Intergovernmental Committee for Migration (ICM)
 17, route des Morillons
 P.O. Box 71
 CH-1211 GENEVE 19
 SVEITS

* Pasienter som kler av eller på seg, oppfatter ikke alt legen sier. Før jeg ber en skrøpelig pasient kle av seg, spør jeg om hun trenger fornying av noen resepter idag. Isteden for å prøve å snakke med henne, lar jeg pasienten *kle av seg i fred* mens jeg skriver reseptene (som ellers stjeler tid fra den aktive kontakten).

TIL LEGEN
 svimmel
 trett og slapp
 noe med hjernen kanskje
 vitaminer
 underlivet
 tablettene - mere medisinere

* Ofte har pasientene *mange problemer* - gjerne nedskrevet på en lapp. Når pasienten starter med å si "Det var så mye--", pleier jeg å si at vi får starte med det viktigste og se hvor langt vi kommer i dag. Da blir det pasienten som styrer rekkefølgen, og begge parter er innforstått med at det ikke vil bli tid til alt i dag. Slike pasienter må selvfølgelig sikres oppfølging i form av ny time hvis man ikke kommer til målet. (Det gjør man forøvrig forbausende ofte!)

* Pasientene kommer ikke alltid for å få løst *hele* problemet. Pasienten med hodepine som ber om å få målt blodtrykket, er kanskje fornøyd når blodtrykket er normalt. Kanskje hun kom fordi hun var redd for at hodepinen varsløst om farlig blodtrykk - og slett ikke har behov for noen hodepineutredning. Jeg pleier ofte å spørre hva pasienten ønsker seg (selv om jeg ikke alltid velger å oppfylle *pasientens forventninger* i den form de presenteres).

* Hvis jeg er *forsinket*, kan pasienten få en god følelse av at konsultasjonen er i gang hvis legesekretæren har tid til å ta hånd om henne. Hun kan kanskje ta blodprøver jeg allerede har bestemt

meg for, kanskje klargjøre resepter som pasienten skal ha fornyet. Er problemstillingen klar, kan legens forsinkelse kjennes mindre plagsom for begge parter hvis medarbeideren følger pasienten inn på et undersøkelsesrom og gir en hånd med avledning så pasienten er klar til undersøkelse når legen kommer.

* Jeg prøver å avrunde konsultasjonen mens det ennå er noen minutter igjen. Etter en kort oppsummering av dagens problem pleier jeg å si "Er det *noe mer* du har lyst til å spørre om?" Dette utløser sjelden en strøm av nye problemer, men kan bringe opp småting som kan gjøre raske rekonsultasjoner overflødige.

* Jeg møter mange problemer og mange mennesker hver dag. For å klare å skifte kanal stadig vekk, prøver jeg å "*klarne hodet*" mellom hver pasient - helst bli helt ferdig. Jeg legger minst mulig til side til senere av søknader og henvisninger, og bevilger meg deretter ofte 1/2 minutt hvor jeg bare ser ut av vinduet. Jeg synes det er godt å røre på kroppen mellom hver pasient, og jeg går ut på venterommet og henter inn neste pasient.

Effektivitet og produktivitet

Men alt dette er jo tidkrevende saker, vil du kanskje innvende. For meg handler det om teknikker som tilsammen gir avkastning i form av mer ro og konsentrasjon sammen med pasienten. Tid er svært relativt. Pasientens og legens følelse av om det ble tid nok, kan ikke alltid måles i minutter. Det viktigste målet er antakelig at begge parter mente pasientens problemer kom fram på en adekvat måte.

Derfor drister jeg meg til å slå et slag for effektivitet og produktivitet. Noen konsultasjoner *bør* være korte - f.eks. akutt-timer for vel avgrensede plager som ikke gir pasienten større bekymring. Effektiv organisering av de lite tidkrevende konsultasjonene kan gi bonus i form av mer tid til dem som trenger det.

Teknikker for rasjonell tidsbruk i allmennpraksis må ikke forveksles med industriell samlebåndsmedisin, der målet er å få flest mulig pasienter forttest ut av døra. Rasjonell tidsbruk kan sikre konsentrasjon om den aktuelle problemstillingen. I allmennpraksis hører denne alltid til i et større perspektiv. Det er dette som gjør

JULI	AUGUST	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER
1P 2L 3S 4M 5T 6D 7F 8L 9S 10M 11T 12D 13F 14L 15S 16M 17T 18D 19F 20L 21S 22M 23T 24D 25F 26L 27S 28M 29T 30D 31F	1M 2T 3D 4F 5P 6L 7S 8M 9T 10D 11F 12L 13S 14M 15T 16D 17F 18L 19S 20M 21T 22D 23F 24L 25S 26M 27T 28D 29F 30L 31S	1T 2F 3L 4S 5M 6T 7D 8F 9L 10S 11M 12T 13D 14F 15L 16S 17M 18T 19D 20F 21L 22S 23M 24T 25D 26F 27L 28S 29M 30T 31D	1L 2S 3M 4T 5F 6L 7S 8M 9T 10D 11F 12L 13S 14M 15T 16D 17F 18L 19S 20M 21T 22D 23F 24L 25S 26M 27T 28D 29F 30L 31S	1T 2F 3L 4S 5M 6T 7D 8F 9L 10S 11M 12T 13D 14F 15L 16S 17M 18T 19D 20F 21L 22S 23M 24T 25D 26F 27L 28S 29M 30T 31D	1T 2F 3L 4S 5M 6T 7D 8F 9L 10S 11M 12T 13D 14F 15L 16S 17M 18T 19D 20F 21L 22S 23M 24T 25D 26F 27L 28S 29M 30T 31D

allmennpraksis til et eget fag - det at vi kjenner pasienten i sin sammenheng, ofte over mange år. Derfor er det kanskje galt å snakke om allmennmedisinsk tid i minutter. Det dreier seg kanskje heller om år.

Tidsforvaltning som medisinsk verktøy

Tidsknappheten er en rammefaktor som vektlegger det målrettede, og som dermed medvirker til å gjøre allmennmedisin til et eget medisinsk fagområde. Legens måte å strukturere sine konsultasjoner og sin praksis blir et eget medisinsk verktøy som kan brukes for hensiktsmessig forvaltning av de typiske allmennmedisinske krav som

- ansvarlighet, beslutningsdyktighet
- mange problemstillinger i lufta samtidig
- allsidighet, variasjon, omstilling
- tilgjengelighet, befolkningsansvar

Den som vil være allmennpraktiker, må lære seg å trives med å ha det travelt, tåle å innrømme sin utvitenhet, ta den tid som trenges for å finne ut mer, og våge å innstå for mange og raske beslutninger. Da er det viktig å bruke tiden rett.

Misforstå meg rett: Jeg ønsker meg også ofte mer tid. Jeg får det også ofte travelt. Men jeg ser gleden og utfordringen i å utøve et medisinsk fag der jeg må holde meg til det vesentlige - å pasientens premisser - og stadig tilegne meg nye metoder for å gjøre dette best mulig.

LITTERATUR:

1. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen. Analyse av situasjonen idag, tanker om morgendagen. Oslo: SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning, rapport 1/1981.
2. Balint E, Norell JS eds. Six minutes for the patient: Interactions in general practice consultation. London: Tavistock Publ, 1973.

Førsteamanuensis Kirsti Malterud
 Institutt for allmennmedisin
 Universitetet i Bergen
 Ulriksdal 8C
 5009 Bergen



Håndterlig om helselover

Leiv Hov: *Lovsamling for helsevesenet*
 Grøndahl & Søn Forlag
 1988. 574 sider. Pris kr 228,-

Kommunelege Leiv Hov har samlet 22 lover som angår administrasjon, saksbehandling og personellsaker, 19 lover som angår miljørettet helsevern, teknisk hygiene og smittsomme sykdommer og 7 lover som angår pasientrettet helsevern i Norge. Boken har et hendig format i et bind med i alt 574 sider.

Grunnlaget for boken og Grøndahl's utgivelse av den er tekst og sats levert fra Lovdata. Lovdata er en tilgjengelig database som oppdateres med alle norske lover og forskrifter innenfor tidsintervaller på mindre enn 14 dager. Ved anskaffelse av et modem og ved en betydelig abonnementsavgift kan man knytte seg til den elektroniske databasen.

Når først databasen er etablert er det relativt overkommelig å gi ut specialsamlinger som denne. Her vil lover og forskrifter være helt oppdatert i det øyeblikket som satsen går i trykken. Men så oppstår selvfølgelig problemet, endringer i lover og forskrifter kan bare følges opp ved løsbldsystemer (og det er høyst upålitelig) eller ved utgivelse av nye utgaver som f. eks. telefonkatalogen. Tiden er snart moden for at

tekst som denne, som jo definerer rettstilstanden i landet, kan gjøres rimelig tilgjengelig i en elektronisk database som løpende oppjusteres.

Den foreliggende utgave har samme formdrakt som Norges lover, og er derfor lettlest for den som er vant til dette verket. De fleste aktuelle lover er kommet med, og det er foretatt en relevant utvelgelse av aktuelle forskrifter. Det sies ikke noe om hvilke kriterier som er brukt for valg av lover og forskrifter.

Ulempen ved boken er at den ikke tar med interne rundskriv, instruksjer og veiledninger. Det er som regel de siste som er vanskeligst å få tak i, og som er mest relevante for den som er saksbehandler eller beslutningstaker innenfor helseadministrasjonen. Slike administrative rundskriv blir systematisk registrert i Universitetsbiblioteket, men det finnes ingen systematisk rutine for å oppheve dem. Her ligger en betydelig utfordring til departementene, kanskje særlig Sosialdepartementet.

Skal lov og rett følges (og det er vel meningen), så må gjeldende bestemmelser være tilgjengelige på det stedet og til den tid man trenger dem. Leiv Hov's samling er et bidrag i denne retning.

Harald Siem

Intergovernmental Committee for Migration (ICM)
 17, route des Morillons
 P.O. Box 71
 CH-1211 GENEVE 19
 SVEITS

Tanker om tid i en allmennpraktikers verden



Synnøve Grønn er 46 år, cand. med. fra Oslo 1968, spesialist i allmennmedisin. Egen allmennpraksis i Blomsterdalen (Bergen) fra 1974 med avbrekk i to år i helseadministrasjonen i Bergen kommune. Ett års psykiatri, deretter allmennpraktiker i Fyllingsdalen fra 1971. Vil gjerne praktisere allmennmedisinsk ideologi med en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende praksis. Glad for å ha en livsledsager som ikke finner seg i å dele bord og seng med en fulldøgns allmennpraktiker. P.t. "besatt" av videofilming i fritid og arbeid.

Det er søndag, en av de sjeldne varme, klare, blomsterduftende midtsommerdager. Jeg sitter i min hage og prøver å nedtegne tanker om tid. Min umiddelbare reaksjon da jeg fikk vite temaet for dette nummeret var at dette kunne også jeg tenke meg å skrive om.

Av Synnøve Grønn

Og nå nesten 3 måneder senere er fortsatt arkene like blanke, og jeg er i tidsnød, som vanlig, med deadline skremmende nær. Vil jeg greie å finne ord for tanker som tildels er uferdige og dunkelt tenkte? Jeg vet at jeg ikke har noen lekende lett penn, som oftest må jeg tvinge ordene ned på papiret, og det tar tid, kanskje mer tid enn jeg er villig til å bruke. Jeg vet også at den uroen jeg nå sitter med er en uro utover det å prestere denne artikkelen - en uro som er blitt nærgående aktivert og som går på tidsfenomenet i mitt eget liv.

Kaste bort tida?

Som gymnasiast hadde jeg et sitat av Benjamin Franklin hengende over senga: "Hvis du elsker livet, så kast ikke bort tiden, for tiden er det stoff som livet er laget av". Den gang visdomsord, og i dag ord som jeg knapt ville ha ofret oppmerksomhet på. Hva er å kaste bort tiden? Den gang lett å besvare, og i dag nesten umulig.

Det blir sagt at tida går fortore jo eldre vi blir. Ofte har vi en følelse av at vi ikke skjønner hvor tida blir av. Uka er knapt begynt før det er helg igjen, og jul følger jul med stadig kortere intervall. Hvor mye tar de daglige krav av oss i jobb, hus og hjem i løpet av uka? Hvor mye ligger vi etter "skjemaet" når helga kommer i forhold til det vi hadde tenkt å gjøre av "nødvendigheter"?

Hvor mye måtte vi la ligge av det vi egentlig hadde veldig lyst til å gjøre? Hvor mye har den papirbunken med informasjon som vi syns vi må lese, økt i løpet av uka? Hva med det å bli eldre? Sikkert er det at vi også mer eller mindre er underlagt den prosessen.

Mange krav - høyt tempo

Hva med det å være allmennpraktiker - generalist? Er det overkommelig for oss i det lange løp å leve i en slik altomfattende hverdag? En hverdag som ofte oppleves som så meningsfylt og tilfredsstillende at det er vanskelig å løsrive seg. Men vi skal forholde oss profesjonelt til all verdens problemer, vi skal dagen igjennom ta raske beslutninger, og de bør helst være riktige. Det går slag i slag med konsultasjoner, telefoner og ulike henvendelser, stort sett er hvert sekund belagt med arbeid. Tidsskjemaet bør helst ikke sprekke for mye slik at køen på venterommet blir for lang og det blir sene kvelden før vi kommer hjem.

Jeg har ofte spurt meg hvorfor det skal være et så høyt tempo i allmennpraksis. Jeg er ikke i tvil om at "omsetningen" på de fleste kontor er for høy, for høy i forhold til det som er forsvarlig for eget velbefinnende i det lange løp. Og dessverre, uansett hvor flinke vi er til å organisere vår arbeidsdag, er jeg redd vi vil måtte leve med tidskapp-løpet, våre pasienter vil sørge for det.

Som generalister skal vi kunne en del om det meste, og ikke minst skal vi til enhver tid forholde oss til oppdaterte kunnskaper, hvilket ofte krever omstilling av inngrodde mønstre. Er det innenfor rimelighetens grenser å greie alt dette? Hva med maktesløsheten overfor papirbunken som samler seg i løpet av en uke: rundskriv av diverse slag, spørreskjema, tidsskrift og hva det måtte være? (og da har det meste allerede gått i papirkurva). Hva med belastningen med stort sett å bevege seg på overflaten og sjelden ha tid til fordypelse i stoffet? Hvordan virker alt dette inn på oss i det lange løp?

Fag og fritid

Hvor mye av vår fritid går med til faglige aktiviteter, for vi kan jo ikke makte alt dette innenfor en vanlig arbeidsuke? Hva med våre liv utover det å være allmennmedisinere, det som er livsviktig for at vi skal være hele mennesker og bevare arbeidsgleden? Hva med utvikling av forhold til mennesker som står oss nær, partner, barn og venner? Spørsmålene står i kø. Hvordan vi enn snur og vender oss så dreier det seg om tid, å ha tid eller å ta seg tid.

I vår knapphet på tid trøster vi oss kanskje med at det ikke er kvantiteten, men kvaliteten det kommer an på, og lukker øynene for selvbedraget. I og med at arbeidet vårt er så viktig for andre menneskers ve og vel, har vi alltid et alibi for våre yrkesaktiviteter, og kan sole oss i vår egen fortrefelighet og prektighet. Og dette er den livsløgnen, tror jeg, som er så farlig for oss. For det er vel ingen tvil om at jo mere tid vi bruker på arbeid og fag, jo mere fritar det oss for engasjement på alle andre områder, og vi kan neppe leve opp til kravet om at for oss leger skal intet menneskelig være oss fremmed. Vi får enkle liv i smult farvann og vi blir late mennesker i all vår arbeidssomhet. Ikke minst blir det lite påfyll for å hindre utbrenthet og stress.

Livsfaser

Når dette er sagt, så er det også klart at livet består av perioder, og at hver periode har sine behov, krav og prioriteringer. Selv er jeg nå omtrent midtveis i mitt yrkesaktive liv med snart 20 år bak meg som lege, hovedsaklig i samme allmennpraksis. Med 20 år foran meg til pensjonsalder

spør jeg meg om veien videre. Mine behov går nå i langt større grad enn før på å begrense all faglig aktivitet til vanlig arbeidsuke.

Det er ikke lenger slik som Bjørnson skriver: "Da du var ung, jeg var ung og verden var som ny, da var vel ingen bår for tung og ingen ting var bry". Jeg er trøtt når arbeidsdagen er omme, og jeg må ha tid til å hente meg inn igjen, hente meg inn igjen uten særlig tanke på arbeid og faglig fornying/utvikling. Jeg kan vanskelig tenke meg at det blir til å leve med å bare skyve dette til side. Slik vår allmennmedisinske verden nå ser ut, og i og med at denne problematikken ikke bare berører meg, men mange av oss, må det angå oss å prøve å finne løsninger.

En strøm av papirer og andre oppgaver

Flommen, eller skal vi kanskje heller si flodbølgen av papirer som tilstrømmer oss ustoppelig og ustanselig, burde vel for lengst ha vært stoppet i denne vår dataalder. Informasjonsbehovet burde langt på vei kunne dekkes med i løpet av sekunder å få fram på skjermen de opplysninger vi her og nå har bruk for, for å takle hverdagens problemer. Det er allerede flere år siden vi hørte at dette var på trappene. Er det kanskje ikke lenger innenfor det økonomisk mulige, eller er det andre grunner til at vi fortsatt venter?

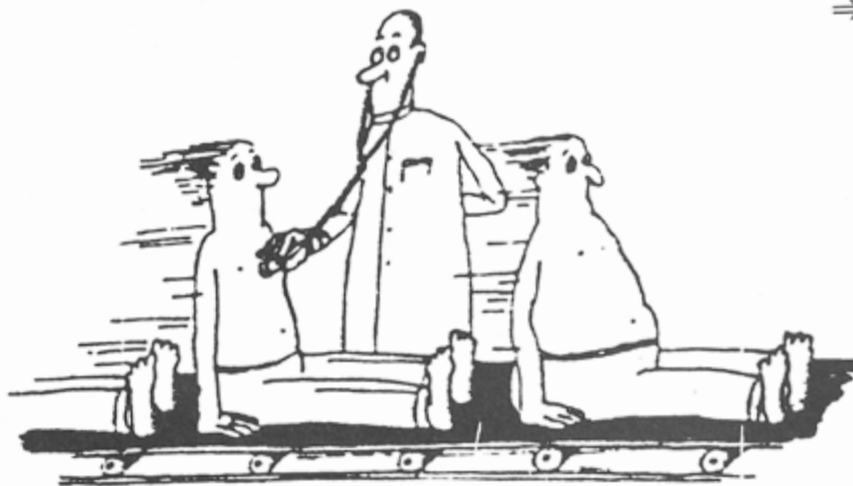
Langt vanskeligere oppgaver står vi overfor hvis vi skal forsøke å gjøre noe med tempoet og "omsetningen" i løpet av arbeidsdagen. Er det slik at produktiviteten totalt sett bare går på antall pasientkontakter pr. legeårsverk? Hva legger vi i begrepet produktivitet, og er

det fruktbart å bruke et slikt begrep i allmennpraksis? Det vil her føre for langt å komme nærmere inn på dette. Det er klart at vi står overfor mange sider - både kvalitetsmessig overfor våre pasienter, samfunnsmessig og økonomisk. Det er også klart at det er livsnødvendig både på kortere og lengre sikt at vi går kritisk inn i denne materien, iallefall hvis vår allmennmedisinske ideologi med kontinuitet og tilgjengelighet fortsatt skal ha gyldighet i vår praktiske hverdag.

Det er mange ubesvarte spørsmål, mye ugjort og utallige utfordringer i dag som da jeg begynte for snart 20 år siden. Jeg har fortsatt tro på at jeg til en viss grad kan være med på å forme min allmennmedisinske vei videre, men det store spørsmålet er om jeg vil.

Ikke å ha tid til å ta seg tid -tid er penger

Før jeg gir meg med denne artikkelen, kan jeg ikke la være å komme med noen hverdagsbetraktninger under denne overskriften. Jeg kan ikke fri meg fra følelsen av at dette blir et mere og mere påfallende trekk ved vår tid. Innfallsvinklene er mange og temaet omfattende, min innfallsvinkel går på sykefravær og sykemeldinger. Det snakkes så mye om misbruk av sykemeldinger og at vi leger er for slepphendte, at vi kunne spare samfunnet for millioner av kroner hvis vi f. eks. bare sparte inn en dags sykemelding. Et meget håndgripelig bevis på at tid er penger. De fleste mennesker jeg kjenner, meg selv inkludert, hanger seg imidlertid på jobb så lenge de kan, og begynner gjerne igjen før de er skikkelig restituert, ofte med den følge at det tar uker før helsa er rimelig gjenvunnet, og



ofte med hyppige infeksjonsepisoder i kjølvannet.

Jeg tør våge den påstand at dette ofte er et vel så stort problem for folkehelse og samfunnet, og at vi snarere i mange tilfeller burde holde igjen på friskmeldinger enn å framskynde dem.

Jeg tør også påstå at Rikstrygdeverkets retningslinjer for utstedelse av sykemelding og sykepengeattest ofte er med på å forsinke bedringsprosessen. For mange er det en alvorlig sak å være sykemeldt. I følge retningslinjene skal sykemelding/sykepengeattest som hovedregel utskrives etterskuddsvis og bare for to uker av gangen.

Mange arbeidsgivere er meget nitide med å forlange erklæringen forskuddsvis, og arbeidstakeren kommer ofte i klemme mellom arbeidsgiveren og legen/RTV's retningslinjer.

Mitt inntrykk er at den totale sykemeldingsperioden ofte blir kortere når den framdateres i rimelig lang tid, gjerne et par måneder der hvor det er antatt. Vi slipper derved den økte uroen som mange får omkring vurderingstidspunktet av sykemeldingen når intervallene er korte. Dermed kommer det ro over behandlingen. Vi gir aksept på at det er riktig og viktig å ha tid til å ta seg tid, og skulle sykemeldingen vise seg å være for lang i forhold til sykdomsforløpet, så lar den seg jo annullere. Hvem ønsker å gå sykemeldt hvis det ikke lenger er behov. Gjør du? Gjør jeg?

Avslutning

Lyse kvelder er blitt mindre lyse i de to ukene fra jeg startet skrivingen min en blå og blomsterduftende midtsommerdag. Aldri står tida så stille som når jeg pusler med planter og jord. Og aldri kommer tankene så lett og lekende og kvelden så brått.

Når jeg nå avslutter er tidsfristen oversittet. Annerledes kunne det ikke bli i min verden nå. Men takket være redaktørens realistiske forhold til tid og tidsfrister med innlagt romslighet i systemet, kom jeg allikevel i mål - i tide.

Allmennpraktiker Synnøve Grønn
5260 Blomsterdalen

Gastrobitan®

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

A 02 B A 01

GASTROBITAN «GEA» cimetidin.

Histaminerg H₂ - reseptorantagonist

INJEKSJONSVÆSKE/INFUSJONSKONSENTRAT: 100 mg/ml; 1 ml inneholder: Cimetidin, 100 mg,

acidium hydrochloridum 33 mg, aqua ad iniectionem ad 1 ml.

TABLETTER: 200 mg, 400 mg og 800 mg. Hver tablett inneholder: Cimetidin, 200 mg resp. 400 mg,

resp. 800 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioksyd.

EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsiproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H₂-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H₂-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H₂-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne. Absorpsjon: Absorberes godt etter oral administrasjon som tablett. Proteinbinding: Ca. 20%, halveringstid: Ca. 2 timer. Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Overgang i placenta/morsmelk: Passerer placenta barrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.

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

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

FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux øsofagitt ved endoskopi eller annen egnet metode. Institusjon av langtidsbehandling bør skje av spesialist eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Da histaminerge H₂-reseptorantagonister kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkelsår, er det viktig at malign lidelse utelukkes. Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Det foreligger foreløpig begrenset viten om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved reflux øsofagitt. Bør ikke brukes ved graviditet og diegving.

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

DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved **duodenalsår** eller **ventrikkelsår** er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved duodenalsår og 4-8 uker ved ventrikkelsår. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved langtidsbehandling av duodenalsår gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alt. 800 mg om kvelden. Ved **reflux øsofagitt** anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn fordelt på 2-4 doser. Til pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientenes kreatininclearance. Dersom man ikke har verdiene for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

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

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

Intramuskulær injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) injeksjonsvæske gis med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn.

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

Barn: Erfaringene er begrenset når det gjelder bruk av Gastrobitan hos barn. For dosering: Se spesiallitteratur.

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

PAKNINGER OG PRISER:

Injektabile: 10 amp. a 2 ml	kr. 59,30	Tabletter 400 mg:	30 stk. kr. 149,30
Tabletter 200 mg:	30 stk. kr. 77,10		60 stk. kr. 293,40
	60 stk. kr. 150,50		100 stk. kr. 472,90
	100 stk. kr. 241,60	Tabletter 800 mg:	30 stk. kr. 282,10
			60 stk. kr. 557,30
			100 stk. kr. 881,80

KabiVitrum

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



T 37

Gastrobitan® 800 mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni



H₂ - blokker med pris som antacida.

Preparat:	Pakning:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Gastrobitan	800 mg x 30 stk.	1 tabl. x 1	9.40
Antacid tabl.	100 stk.	4-6 tabl. x 8	8.64 - 12.96
Balacid mikst.	1000 ml	10-15 ml x 8	5.60 - 8.40
Link mikst.	1000 ml	5-10 ml x 4	2.20 - 4.40
Link tabl.	1100 mg 10x60 stk.	2-3 tabl. x 4	5.92 - 8.88
Link plastpute	96 x 10 ml	1 plastp. x 4	6.85
Novaluzid mikst.	500 ml	5-10 ml x 4	2.40 - 4.80
Novaluzid plastpute	5 x 10 ml	1 plastp. x 4	7.20

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



Sobril®

Oxazepam

Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning.



+NER



+D+GST

Sobril har i liten grad initial eufori. Pasienter med erfaring fra andre benzodiazepiner kan oppfatte dette som om preparatet er mindre effektivt.

Sobril absorberes langsommere enn andre benzodiazepiner og gir ikke så høy initial toppkonsentrasjon. Det er den angstdempende effekten som tilstrebes med Sobril og ikke lystfølelsen.

Tranquillizer.

Indeks: N05B A04

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Oxazepam, 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

Egenskaper: *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angst-dempende virkning og med mindre muskelrelaxerende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serum-konsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *Halveringstid:* Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater. *Metabolisme:* Enkel metabolisering uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 døg. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

Indikasjoner: Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterte depresjoner.

Kontraindikasjoner: Sjuktilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

Bivirkninger: Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt appetitt. Paradoksale reaksjoner i form av excitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykksfall, sløvhed og uklart tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

Forsiktighetsregler: Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisponerte. Pga. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholikere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer evt. i form av kramper kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Særlig forsiktighet utøves ved behandling av pasienter med myasthenia gravis. Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iakttas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid ($T_{1/2}$ hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

Interaksjoner: Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (1:55E hypnotika/sedativa, benzodiazepiner).

Dosering: Ved lettere urotilstander: 10 mg 3-4 ganger daglig. Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig. Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4



OG



÷HØY

ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning til 15 mg 3-4 ganger daglig. Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg. Ved premedisinering før operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før. Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

Overdosering/Forgiftning: Oxazepam skiller seg kjemisk fra klordiazepoxid, diazepam og nitrazepam ved en aktiv OH-gruppe som formidler hurtig glukuronsyrebinding, resulterende i redusert toksisitet. LD₅₀ for oxazepam gitt peroralt til mus og rotter er høyere enn 5000 mg pr. kg. kroppsvekt. Ved omfattende laboratorieundersøkelser har oxazepam ikke vist noen skadelig innvirkning på blodbilde, lever eller nyrefunksjon. Symptomer forekommer først i kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikeltømming. Kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: 10 mg: 25 stk. kr 18,30, 100 stk. kr 53,30, 15 mg: 25 stk. kr 23,80, 100 stk. kr 71,20, 250 stk. kr 156,00. 25 mg: 25 stk. kr 27,10, 100 stk. kr 83,70, 250 stk. kr 168,30.



KabiVitrum

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



Ja og nei



Per Fugelli er 45 år. Han har en anstendig fortid som distriktslege nordpå, men kan ikke leve på den stort lenger. Han er nå professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen, og arbeider for tiden med det han anser for å være det viktigste forebyggende helsetiltak i Norge fram mot år 2000: Å bekjempe Fremskrittspartiet og hele dets vesen.

Ja og nei er klare ord. De er ladet med forpliktende innhold. Tenk deg forskjellen på om du får eller gir ja eller nei:

- ved et frieri
- på en søknad om lån
- på spørsmålet: Er det noe farlig doktor?
- ved innsending av din første artikkel.

Av Per Fugelli

Det er få ord som er mer konsekvensrike enn ja og nei. Derfor må vi trene oss i å bruke dem rett. Vår Herre har gitt denne oppskriften (Matt. 5, 37): *Men eders tale skal være ja, ja, nei, nei.* I en moderne bibelutgave tilpasset norsk allmennpraksis burde det stå: *Din tale skal være nei.* Det må vi lære oss av med, fordi for mye ja kan gå på helsa løs både for legen og pasienten.

JA

Nå er det naturligvis trivelig å høre til et fag befolket av ja-mennesker. Det er godt å si ja. Det er hyggelig å få ja. Men betingelsen er at ja 'et følges opp av handling:

- at du reiser i det sykebesøket etter kontortid
- at du ordner den trygdesøknaden før måneden er ute
- at du holder det AIDS-foredraget for 9. klassingene i neste uke
- at du nå gjør ferdig den årsmeldingen om driften ved helsesenteret som var din lyse ide for 1/2 år siden.

Med hånden på hjernen må de fleste av oss innrømme at vi sier ja oftere enn vi gjør ja. Vi er ikke flinke nok til å titrere våre ja'er etter vår arbeidsskapasitet.

Konsekvensene kan være plagsomme:

- forsømte ja'er blir liggende på lager og skaper surhet og misnøye
- du må bruke mer og mer av din våkne tid på jobben
- så begynner du å fuske med lillefingeren for å få tingene unna. Du sender fra deg halvgodt arbeid
- nå kan du komme inn i en ondartet prosess hvor kravene vokser og

kreftene minker, selvkritikken øker og de gode tilbakemeldingene går ned, strevet tiltar og hvilen blir mindre, - stress og utbrenning ligger på lur.

Det er litt for mange av oss som lider av dette ja-syndromet, kronisk eller i anfall. Det er lett å forstå hvorfor.

1. Vi jobber i et digert fag.
2. Av legning og påvirkning er allmennpraktikerne generalister. Evnen til grensesetting er ikke det skarpeste trekk i vår faglige karakter.
3. Allmennmedisinen har vært og er på opptur. Det er mange ivrige folk med sterke faglige drifter ute og går. Mange sier ja av tenning og lyst.
4. Det blir god stemning av å si ja, der og da. Nei er besværlig i øyeblikket.
5. Å bli spurt, og å si ja betyr å være i vinden, på banen. Det er OK å være pop.
6. Noen sier ja til for mye fordi de er for glade i penger.
7. Mange kolleger sier ja for ofte fordi de er snille. Det er hardt å si nei til folk som har det vondt.
8. Andre bruker ja til arbeid som et nei til ektefelle og familie, ja kanskje til seg selv også. Den som ikke har fred med seg selv eller mistrives i hjemmet og ekteskapet, flykter gjerne inn i en tilsynelatende ufrivillig, men egentlig selvlaget travelhet.
9. Noen bruker ja til å bekrefte sin egen uunnværlighet: Hvis ikke jeg tar på meg denne oppgaven, er det ingen andre som gjør det, i hvert fall ikke så godt.

NEI

Med den legenøden vi nå har i deler av landet, føles det billig å sitte i Bergen å si ja til å skrive om kunsten å si nei. I enkelte distrikter er kollegene nødt til å ta på seg mer enn de liker og makter. Men i alle jobber går det an å sette grenser. Churchill hadde ingen småjobb under krigen. Likevel stjal han seg tid til å male sine akvareller og spille benziue med Clemmie 2-3 timer hver kveld. Slik skaffet han seg styrke til å bære ansvaret som krigsleder, til å inspirere de nederlagsdømte folkene, til å legge mesterlige militære planer. Reagen kunne også hatt det forferdelig travelt i sine åtte presidentår, hvis han ikke hadde lært seg å bestyre sin tid og sine krefter. Når det har humpet på et vis, og ikke gått verre, er det antakelig fordi han stadig har ridd på hester i California, og lagt kabal og tydet stjerner sammen med Nancy. Av Winston og Ronald kan vi lære at vi uansett arbeidsmengde, ja særlig ved uhyrlige arbeidskrav, må sette grenser for å beskytte vår fritid og dyrke vår trivsel. Fordelene med å si nei høyt og ofte er mange:

- du blir velstående på tid
- det gir overskudd
- du får høve til å gjøre ja-sakene godt
- du slipper å skuffe saker og folk som du tidligere "forjaet" deg til

TI(D) BUD

Disse budene tror jeg vil gi oss bedre tider:

Det første og største bud:
Du skal si nei.

Det andre bud:
Du skal vokte deg for ja-mennesker.

Det tredje bud:
Du bør gjøre det du sier ja til i løpet av en uke, maksimalt en måned.
Du får ikke bedre tid av å la ting ligge lenge. Tvert om sparer du tid, dårlig samvittighet og mas på å bli ferdig med sakene mens de er ferske.

Det fjerde bud:
Du skal ta de ulystbetonte oppgavene først.
Gledene frister seg tidsnok fram i køen.

Det femte bud:
Du bør gjøre skikkelig arbeid første gang.

Det sjette bud:

Du skal respektere andres tid. Det betyr f. eks. at du må administrere din praksis slik at ikke ti mennesker sitter i to timer på venterommet, hvilket gir et tidstap på 20 timer. Og det betyr at du må legge særlig flid ned i foredrag og artikler. Et dårlig manuskript kan sløse bort 100 timer for tilhørerne og tusen timer for leserne.

Det syvende bud:
Du må være presis.

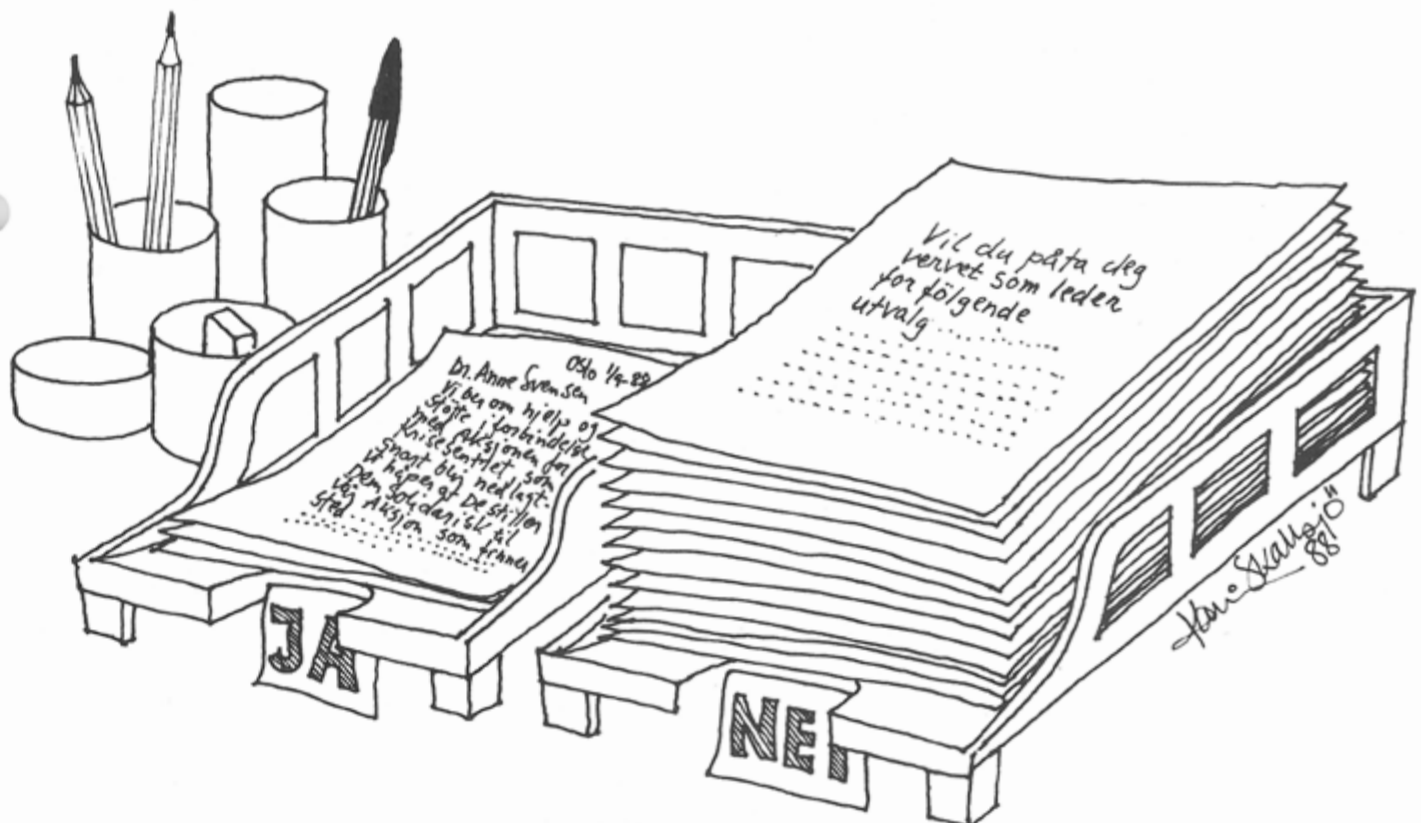
Det åttende bud:
Du bør møte forberedt.

Det niende bud: *Du bør lese Den Stundesløse av Ludvig Holberg.*

Det tiende bud:
Du må tenke deg om.
Du får ikke bedre tid av å føre dine gjøremål inn i en finere kalender. Nei, du må sette deg ned og lese Dostojevski, livets store lærer, og vedta for deg selv hva du vil bruke tiden, det vil egentlig si livet, til. Så er det bare å si ja og nei i pakt med det.

Professor Per Fugelli
Inst. for allmenmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8C
5009 Bergen

□





Kasuistikkspalten

Tiden - fiende eller nødvendig alliert?

Åsa Rytter Evensen

Tidspress er en del av den allmenntilstandens hverdagsliv. Det er uunngåelig at allmennpraktikerens tenkning og arbeidsform påvirkes av tidspresset. I det daglige jaget er det lett å glemme at tiden kan være et diagnostisk hjelpemiddel som bevisst kan tas i bruk når vi ikke frykter at tidsbruken skal forverre pasientens prognose.

I møtet med Lisa, som bare ble verre og verre mens hun kom til samtaler hos meg, så jeg lenge tiden som hennes verste fiende. Først da jeg mente å forstå symptomene hennes, kunne jeg se tiden som en nødvendig alliert for å få Lisa frisk.

"Hvorfor er jeg blitt slik, og når blir jeg bedre?" var spørsmålet Lisa stilte meg ved hver eneste konsultasjon våren 1987, når hun kom for å få en B-vitaminsprøyte eller hente sykmeldingen sin. Jeg ble henne svar skyldig, lenge. B-vitaminsprøyten jeg hadde forordnet var bare et middel til å få Lisa på beina og ut en tur for å snakke med sykepleier på helsesentret ukentlig. Uten å blunke hadde jeg i min fortvilelse over Lisas manglende fremgang og sviktende tillit til at hun noensinne skulle bli bra, lovet henne resepter på sovemedisin i "bytte" for hennes fremmøte på kontoret.

Lisa var 49 år da hun forsommeren 1986 plutselig en dag gikk berserk hjemme og ble tvangsinnlagt i psykiatrisk avdeling.

Etter et kortvarig opphold ble hun utskrevet og høsten 87 begynte hun i sitt arbeid i et akademisk yrke. Hun hadde ikke arbeidet lenge før hun gled inn i en apatisk tilstand og på nytt ble innlagt i psykiatrisk avdeling. I november 86 ble hun utskrevet i uforandret tilstand med avtale om poliklinisk oppfølging. Hun sto på Trilafon 4mg + 8mg daglig og Akineton 1/2 tabl. ved utskrivelsen.

Lisa hadde konsultert meg mellom 1978 og 1980 for magesmerter og tretthet uten at alvorlig sykdom var funnet. Da hun kom til meg i desember 1986, kort tid etter utskrivelsen fra psykiatrisk avdeling, var hun forandret til det ugjenkjennelige. Avmagret, ustelt og helt mimikkfattig vandret hun urolig om på venteværelset, ute av stand til å sitte ned.

Hun fortalte meg om hva som hadde hendt henne og uttrykte sin misnøye med den psykiatriske avdelingen, der hun ikke følte hun hadde fått hjelp. Hun var ikke motivert for poliklinisk behandling.

I januar og februar 1987 kom Lisa tilbake for å få sykmelding, resepter og B-vitaminsprøyter. Jeg la henne inn til somatisk utredning på grunn av hennes avmagring (13 kg) og uforklarlige sykdomsbillede. Lisa levde i et godt ekteskap, hadde gode sosiale kår og hadde alltid mestret livet sitt og fungert meget bra i sitt yrke. Nå greide hun ikke konsentrere seg om noe, var helt likegyldig til egen hygiene og utseende og utførte intet husarbeide. Innleggelsen i somatisk avdeling ga ingen løsning. Mine forsøk på et aktiviser-

ingsprogram og på å skifte medikamentelt regime falt i fisk. Det var som Lisa ikke ville bli bra.

Denne sykehistorien gjorde et sterkt inntrykk. Et ungt menneske med et tilsvarende alvorlig somatisk sykdomsbillede ville aldri blitt oppgitt av en sykehusavdeling. Jeg kunne ikke slippe pasienten, selv om det var en påkjenning for meg å møte spørsmålene hennes, som jeg kjente som en personlig anklage og en faglig mistillitserklæring. "Hva er vitsen med at jeg går her, det hjelper jo ikke?"

I slutten av februar sto Lisa bare og småtrippet på kontoret, og det ble helt klart at hun nå hadde alvorlige bivirkninger av Trilafon. Jeg hadde lenge forsøkt å få henne til å slutte

PERSONALIA		DETTE EKSEMPLARET SKAL LEGEN SENDE TIL TRYKKE- KONTORET SAMME DAG		Sykmelding <input checked="" type="checkbox"/>	
Pasientens etternavn	LISA	Født (dag, måned, år)		XXXX37	
Bostedsadresse		Bostedskommune		OSLO	
Arbeidstitel		Sykedimitert menig/korporal		Fisker <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/>	
Arbeidsgiver		Hvordan syk (skriv)			
Arbeidsforhold		ARBEIDSUFØR		Antatt grad %	
Arbeidsforhold		DELVIS ARBEIDSUFØR		Antatt grad %	
Arbeidsforhold		Arbeidsforhold		Antatt grad %	
Arbeidsforhold		Legens underskrift			
Arbeidsforhold		Legens underskrift			
Arbeidsforhold		Legens underskrift			

LISA
f. XXXX37

f.p. tabl. SOVEMEDISIN
Dron. N:30



Lisas foreldre ble tidlig skilt. Moren overlot henne til eldre slektninger. Hun vokste opp med forpliktelsene som følger det å komme av en velkjent familie i lokalsamfunnet, uten å nyte noen av privilegiene de andre slektningene hadde. Hun måtte være flittig, snill og prydelig, alltid. Senere i livet fortsatte hun rollen som den flittige jenta som greide alt.

Yrke, hjem, barn og mann ble skjøttet effektivt og dyktig. Og så, fra å greie alt, gikk hun berserk og gled senere inn i apati.

For meg sto Lisas utrettelige streven før hun ble syk som en fortsettelse av barndommens måte å bli godtatt på. Lisa trodde hun ble elsket for det hun gjorde, ikke for den hun var. Sykdommen var kanskje en protest, først i form av vilt opprør, senere i form av en meget effektiv total streik? Lisa ville sette familien på prøve. Kom de til å elske henne fortsatt, selvom hun ikke lenger mestret noe? Tolkningen av Lisas symptomer ga meg ro og gjorde at jeg lot henne i fred i sykerollen. Jeg delte mine tanker med henne og endret holdning til behandlingen. I stedet for å forsøke å aktivisere henne, roste jeg henne for hennes evne til å streike. Jeg sa at hun fikk bruke så lang tid på streiken som hun trengte.

Min akseptering av Lisa som nødvendig og forståelig syk åpnet opp for videre kommunikasjon og innsikt. Viktig informasjon var også at

hennes biologiske mor hadde hatt en meget vanskelig overgangsalder og senere var blitt kronisk nervøs.

Lisa trodde at morens tilstand kunne være arvelig og hadde noe med hormonforandringer å gjøre. For å svekke Lisas forestilling om overgangsalderens betydning utsatte jeg hennes egen begynnende overgangsalder ved å starte hormonbehandling.

Var det mannens kjærlighet og lojalitet under hele sykdomsperioden, var det hormonene, var det min tolkning av Lisas symptomer, var det tiden, var det det at vi ikke ga henne opp eller var det en kombinasjon av disse faktorene som virket?

Lisas hormonbehandling startet primo april. Medio mai brakte hun for første gang mannen med til samtale, og hun var dramatisk bedre. Blikket var ikke lenger glassaktig, fargen var vendt tilbake i kinnene, hun hadde fått tilbake noe av sin gamle livlighet og hun lo flere ganger spontant. Mannen fortalte at han på mange måter likte å overta sin del av ansvaret i familien. Han hadde ofte følt seg tilsidesatt av sin effektive hustru.

Høsten 1987 skaffet Lisa seg psykiatrisk hjelp. Hun ble satt på litium, men ble ikke tilbudt langtids samtalerapi, noe jeg mente hun trengte. Hun har vært frisk det siste året, og har så smått forsøkt seg i sitt tidligere arbeid.

Lisas sykehistorie illustrerer at det kan være antiterapeutisk å forsøke å forsere en helbredelse. Ved noen tilstander trenger pasienten støtte i å få være i sykerollen, så lenge det trengs. For leger er det viktig å forstå når hvert minutt er kostbart for å redde pasientens liv eller helbred. Det er også viktig å forstå når tid bør gjøres til en alliert i helbredsprosessen.

I møtet med et uklart eller uforståelig psykiatrisk eller psykosomatisk sykdomsbillede bør vi huske at det kan være resultat av årelange påkjenninger i pasientens liv, og at tiden det tar før bedring inntre, har relasjon til tiden det tok å utvikle symptomene. Det kan være nødvendig at pasient og lege sammen får en forståelse av hva symptomene symboliserer i pasientens liv før pasienten kan hjelpes. En slik innsikt nås bare ved å ta tiden til hjelp.

Amanuensis Åsa Rytter Evensen
 Institutt for allmennmedisin
 Fr. Stangs gt. 11/13
 0265 Oslo 2

□

The patient-centered clinical method

Vi intervjuer professor Ian R. McWhinney

Ian R. McWhinney er professor og leder ved Department of Family Medicine, University of Western Ontario, Canada. I mai var han i Norge, og Utposten fikk anledning til å intervju ham.

Av Janecke Thesen

Men før du leser intervjuet - spander to minutter på en lynrask innføring i hans metode, sakset fra (1):

"This article describes a patient-centred clinical method appropriate for family medicine. The method is designed to attain an understanding of the patient as well as the disease. This two-fold task is described in terms of two agendas: the physician's and the patient's. The key to an understanding of the patient's agenda is the physician's receptivity to cues offered by the patient, and behaviour which encourages him to express his expectations, feelings and fears. The physician's agenda is the explanation of the patient's illness in terms of a taxonomy of disease. In the patient-centred clinical method, both agendas are addressed by the physician and any conflict is dealt with by negotiation. This is contrasted with the disease-centred method in which only the doctor's agenda is addressed."

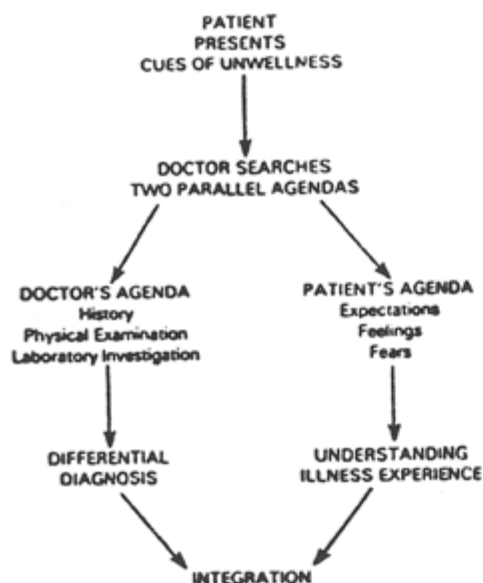


Fig. 1

UP:

What is the *essence* of the difference between the doctor-centred and the patient-centred method?

IRM:

The essence of it, I think, is the doctor's encouragement of openness and expression by the patient and doing this by being very aware of the way the patients express their expectations and feelings. We all know that this is usually not done openly because people are very ashamed of their feelings and do not feel that the doctors want to hear about them. So it is a question of being very aware of the "cues", as we call them, by which patients begin to express themselves. Then, having picked up the cue one must give the patient encouragement to go on and express what they want to express. I think the difference between that and the very doctor-centered consultation is one in which the doctor dominates the consultation and the doctor asks the questions. They tend to be closed questions requiring short answers and tend to cut off the patients when they try to express themselves. So that, I think, is the essence of it.

UP:

Could you explain the expression "diagnosis of a patient" some more?

IRM:

Diagnosis of a patient, I would describe as understanding the patient's *experience of the illness*. One must understand their feelings about it and how it is affecting their life, the wholeness of it. It includes diagnoses of the disease.



Ian R. McWhinney

As we all know, there are many illnesses which we see that do not have a well defined pathological basis. The only way to understand those, is to diagnose the patient and try to understand the patient. But I think that even when there is a will to find disease, it is also important to understand the patient.

Diagnosing a patient includes an understanding of the patient's relationships with other people, and of the effect of the illness on relationships within the family. It also includes the doctor-patient relationship, and being able to look at our own contribution to the situation.

UP:

How do we solve the problem of alienation of the doctor. How can we work towards being able to *really* help our patients?

IRM:

I think one of our major, emerging problems in Canada is the gap between

primary care and the secondary and tertiary sectors. I get the impression that it is similar here in Norway.

I see patients falling into this gap all the time and I think this is going to be our biggest problem. I do not think it's anybody's fault. It is tempting to say: "it is all *their* fault. We are alright, *they* don't communicate, *they* don't write letters, *they* try to seduce patients away."

But I don't think it is anybody's fault. I think it helps to look at it as a system problem. If you look at all the elements of the system everybody will have to change in some way. I think *we* have to change. We need to be more assertive in a way. I don't mean aggressive, but we need to take the initiative more in following patients. As an example we could take a patient who goes into hospital or attends the clinic for a course of radiotherapy or chemotherapy.

What often happens is that he comes home feeling awful, has problems he would like to discuss, but he doesn't know that the general practitioner is available to him. So he doesn't call. Then these patients gradually lose touch. It would be better if we took the initiative more and either went to see them or even just picked up the phone and said "I hear you're home from hospital". We could also tell them before they go to the cancer clinic: "When you're finished, be sure you get in touch with me."

For example I was seeing an elderly man the other day. He had just come home from hospital. He had widespread cancer, he'd had a nephrectomy but he had a lot of metastases. The family said: "*what do we do if there is a crisis?*" I said: "*You call your family doctor!*" "*Do you mean we can call our family doctor??*" "*Yes, of course you can.*" I knew that they went to a practice that provided home care, continuing care. But they didn't know! So I think we have to take a lot more initiative in making clear to patients what is available to them. We can't expect them to know how to use the system.

Then I think the secondary and tertiary sectors need to change and be much more aware of the need to keep patients in touch with their general

practitioners so that that gap can be closed or at least reduced. And I think patients need to change in learning how to use the system.

Another problem is the tendency of the clinics to follow people up "ad infinitum", when it is no longer necessary. They will go on following up patients with cancer long after active treatment is finished. There is no need to drag them up there when they should be back with their general practitioner.

UP:

Is there room in your model for the preventive aspects that should be a part of any consultation?

IRM:

There could be room for it on both sides of the model (fig.1). It could be part of the medical agenda: If a young man comes to see me with an injury to his finger it may be part of my medical agenda to take his blood-pressure as a case-finding technique. But I also think it comes into the other side, the patient's agenda, because: it's only by really understanding what people's problems are that we get an opportunity to help them at an early stage. One example of this came up at the "Kongsvold" conference: one of the doctors from Tromsø was describing a patient who had been exposed to AIDS. He was a married man, but he was a homosexual and he had never told anybody. This was something terribly difficult for him to tell and it took a long time of listening before he was able to do that. This kind of information which is so necessary for that kind of prevention is only going to come from someone who is practising in a very patient-centered way. So I think it works in both ways.

UP:

How do I become a better doctor? In this modern atmosphere of technology and specialisation, do I have to buy a video-camera or go to some far-away institute?

IRM:

I think it would be a great pity if anybody got the idea that they have to go to some distant "Mecca" to find the truth. I think the key thing is becoming selfcritical and reflective on one's own



way of practising. The rest follows from this very important step. I think that the absolute key step is to say, YES! There is some way I could improve! And that may be all that is necessary, to reflect on one's consultations. But certainly for me it has helped tremendously just to belong to a group who are thinking along the same lines, sharing each other's experience.

I think videotape is a help, because it does allow one to observe oneself and others. Audiotope is just as good for our purpose when we are dealing with the verbal aspects of the consultation, and that is within anybody's reach. I think the videotape is a very powerful medium and one in which you need a very trusting group of people. My main experience with videotape is in teaching one to one. I am more comfortable with that than in a group situation, because I am always aware of the need to be supportive and not to be too destructive. I think there's a risk that people could get hurt through that. But I have been amazed at how ready our trainees are to get together in groups and look at their videos. Once you get a good group they have a tremendous lot to learn from each other.

I've learned a lot from my colleagues just getting together once a month, talking about these things. I am thinking of one example from the group when we were watching a videotape where the patient was a retired priest. He had just gone to live in a retirement home for elderly priests. He did not like this at all. He was very upset about the other priests. At one point the doctor in the videotape said: "*It is a lovely retirement home you've come to.*" Someone in the group pointed out that to say that really preempted any expression by him that he did not like it. Another example is to say to a woman who has an invalid, cronicly sick husband when she is coming in: "I really admire the way your husband copes with his illness." That means she cannot express her anger. Those are the subtle things, the things that I would not think of myself probably, but get from the other members of the group. I think the majority of the doctors would be near enough some colleagues to do this kind of thing, but they have to be colleagues who think along the same

lines. They don't necessarily, and if one is the only one, there can be a certain loneliness about that. But - I think reading works too.

UP:

Concerning time: You have found that the longest consultations are the ones inbetween: inbetween doctor-centred and patient-centred consultations. You suggested that this could have something to do with the doctor's own transformation process.

IRM:

I think that's possible. We don't really know - yet. One point that I think is very important to make is the difference between active and passive listening. Some people are concerned about the idea of listening, sitting there and letting everything flow over you. I think that the distinction between passive listening and active listening is important. I suspect that those who were taking a lot of time were probably very passive and I suspect that then they were getting concerned about the time and then rushing it.

UP:

Some of the work that has been done on the consultation here in Norway has been concerned with "key questions". Do you use key questions?

IRM:

Yes, I do myself. It is something that we haven't focused on much in our training. We are focusing more on responding to cues. But I think that is another important dimension of it. I think one problem can be that we can give the impression that you just have to learn the key questions and they are the same for everybody. But, the important thing is learning which questions are good for oneself and also for the patient.

UP:

You have said that you want to provide a model that tells us *what* to do, not necessarily *how* we do it. Do you mean that how we do it is individual, or that it will have to be developed later on, or both?

IRM:

I think how we do it is a much more difficult question. It is just like the conventional clinical method. It is easy

to say what you have to do, but actually learning how to take a history and feel the spleen and all the rest is much more difficult. With the conventional clinical method I don't think any two clinicians that you observe would do it in exactly the same way. There are going to be individual differences and that is good. There is no one right way. There may be wrong ways, but there is no one right way. In this it resembles a craft-skill. A *technology* is something in which there is a standardized way and a standardized product. A *craftskill* is one in which there is no single right way. There are many right ways. There may be wrong ways. There *are* wrong ways in fact. In a craftskill, the craftsman expresses his or her personality. It's part of their skill. That is perhaps the best comparison I can think of.

Fikk du lyst til å lese mer

1. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR et al. The patient-centred clinical method 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 1986; 3: 24-30.
2. Brown JB, Stewart MA, McCracken EC et al. The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Family Practice* 1986; 3: 75-79.
3. Stewart M, Brown J, Levenstein J et al. The Patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *Family Practice* 1986; 3: 164-167.
4. McWhinney IR. Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *CMAJ* 1986; 135: 873-878.

□

Sør-Gjæslingan- kurset 1988

Kursreferat

Århundredets fineste vær og et idyllisk fiskevær var rammen rundt et vellykket helgekurs på Sør-Gjæslingan i Nord-Trøndelag 27. -29. mai 1988. Ideen bak kurset er at rikelig sosialt samvær og flott natur kan gi familie-medlemmene like stort gnytt av ei kurshelg som kursdeltakerne. Vi samlet 47 voksne og 37 barn fra hele fylket.

Sør-Gjæslingan er et nedlagt fiskevær som ligger vest for Namsos. En rekke småøyehuset i sin tid 5000 fiskere i den travleste sesongen. Vi leide ca 15 hus som nå eies av Woxengs samlinger og fordelte 2-3 familier på hver rorbu. Med grilling, felles fisketur, eget barneprogram og felles måltider i og utenfor den gamle Fiskarheimen ble det rikelig anledning til å bli kjent. Guttorm Hansen gjorde oss også bedre kjent med Olav Duun - Namdalens mest kjente forfatter - i et interessant foredrag første kvelden.

Selv om det faglige ikke stod i fokus hadde Magne Nylenna få problemer med å holde oss i ånde 4 timer med tanker omkring temaet "Kreft - fra mistanke til diagnose". Etter en innføring i elementære medisinske begreper fikk vi noen tankevekkere som viser hvor lett vi "går i vannet" i våre diagnostiske overveielser. Han viste at vi leter for mye etter kreft hos unge og hos kvinner, mens menn og spesielt eldre men-

Sosialt samvær kombinert med flott natur og et lite kurs



nesker (der sjansen til å finne kreft jo er langt større) alt for seint ble utredet for sine kreftrelaterte symptomer. Han la også fram tall som viste at det ofte er nyttig å lytte til pasienter som uttrykker kreftangst og la det veie for en videre utredning. Angst for kreft kan hos en del pasienter vise seg å være mer fornuftig enn mange leger er villig til å tro.

I den diagnostiske beslutningsprosess la Nylenna fram to syndromer som vi vel alle lider av i større eller mindre grad. "Salderingssyndromet" er vansken med å tro at vi kan se flere sjeldnere tilfeller på kort tid. Den 3. iridocyclitten vi mistenker på en vakt er vanskeligere å henvise enn den første.

"Sensibiliseringssyndromet" har motsatt fortegn - i tida etter at vi har sett en pasient med en noe uvanlig tilstand er vi skjerpet på denne problemstillinga og mer på vakt når vi ser andre pasienter med symptomer som ligner den første.

Avslutningsvis hadde vi en debatt om hvor det sviker i kreftdiagnostikken. Mange mente at mangel på tid her var en viktig faktor. Videre kan vel bedre journal- og innkallingsrutiner gjøre det lettere å fange opp de som bør følges videre. Kanskje vil noe så enkelt som å kle av pasienten på kontoret øke våre diagnostiske muligheter.

Hypertoniomsorgen var det andre faglige temaet på kurset. Overlege Tor-Erik Widerø fortalte om ei samarbeidsgruppe mellom

allmennpraktikere og sykehusleger i Trondheim. Deres utgangspunkt er at det er større svakheter ved de kliniske rutiner enn ved de medisinske kunnskaper på dette felt. Bedre systematikk med hensyn til selve blodtrykkmålingen, definisjonen av hypertensjon, oppfølging og registrering av bieffekter av behandlingen vil øke kvaliteten på hypertoniomsorgen. De har opprettet en egen hypertoniikklinikk med spesielt opplærte sykepleiere til å måle blodtrykket og egen hypertonijournal som følger pasienten. Det ble lagt stor vekt på at man brukte standardiserte mansjetter og at ballongen dekket hele overarmen, ikke bare 2/3 som tidligere anbefalt. 12 x 35 cm er standard størrelse, men kanskje hele 50 % av pasientene har en overarmsomkrets over 32 cm og krever da en 15 x 43 cm mansjett. Utover dette var anbefalingene stort sett i tråd med NSAM's handlingsprogram for hypertoni.

Når været overgår selv de største forhåpninger vil selvfølgelig alt ligge til rette for ei vellykket helg. Men vi tror nok også at selve ideen om årlig å møtes til noe mer enn bare fagprat slår godt an. Andre faglige arrangement gir dessverre små sjanser til å kombinere fag og familie. Sør-Gjæslingan-kurset peker seg derfor ut som noe barna har vel så mange minner fra som den voksne generasjon.

Jannike Reymert
Skogstien 16
7800 NAMSOS

□

Kulepenn- praksis



Berit Tveit er født 1931, cand. med. 1956, spesialist i allmennmedisin. Allmennpraktiker og husmor fra 1958. Interessert i alt, fra hvorfor snegler elsker salat til hva Hippokrates kan lære oss om behandling av AIDS. Valgspråk: "Ars medicorum in observationibus".

Hvor ofte må leger og personale i allmennpraksis skrive pasientens navn og fødselsdata? Hvor lang tid tar det egentlig å fylle ut de papirer som er nødvendige? Det er vanskelig å måle dette, for i virkeligheten utføres jo arbeidet som meget kortvarige operasjoner, innimellom og tildels under andre gjøremål.

Av Berit Tveit

Metode

Jeg laget seks svært alminnelige pasienter - med fiktive navn, fødselsdata, adresser, anamnese, status presens, diagnose og terapi. Jeg skrev så fortløpende alle de notater som er knyttet til hver konsultasjon, og målte tiden i etapper ned til halve minutter. Anvendt tid ble målt i to hovedgrupper for hver pasient:

- 1) Skrivning utført av personalet, og
- 2) skrivning utført av legen.

Jeg har ikke regnet med: Tid til å finne fram papirer, forflytte dem i praksisens system, sortere dem og få dem på plass i kartoteket. Tiden angår rent skrivearbeid, og noe papirflytting på skrivebord og ut/inn av skrivemaskin. Bortsett fra noen av journalnotatene ble alt skrevet for hånd - som i virkeligheten.

Pasientene var disse:

1. Yngre kvinne: Ny pas. Cystittplager, normal urin og på spørsmål, fluor.
2. Barn: Ny pas. Purulent otitt.
3. Barn: Serøs otitt, kontroll. Henvist ØNH-lege. Atopisk dermatitt.
4. Yngre mann: Recidiv lumbago. Henvist røntgen, fysioterapi, sykmeldt.
5. Eldre kvinne: Hypertonikontroll.
6. Kvinne: Skuldersmerter. Forlenget sykemelding. Gynekologisk rutinekontroll.

To av pasientene er nye, to av dem er akutte.

Resultat

Personalets skrivearbeid bestod av følgende:

1. Alle pasienter:
 - Timebestillingsbok
 - Regnskapsbok
 - Liste til legen over dagens pasienter
 - Regningskort, heading
 - Egenandelskort
 - Kvittering
 - Utregning takster på regningskort
 - Føring i regnskapsbok av egenandel og takster

2. Nye pasienter:

- Journalomslag
- Blodprøveark
- Urinprøveark

3. Laboratoriet:

- Føring av resultater på journalark
- Notat i dagbøker av resultater

For de seks pasientene ble det skrevet noe på et papir i alt 59 ganger, gjennomsnittlig 9,8 ganger pr. pasient. Anvendt tid: 24 minutter, gjennomsnittlig 4 minutter pr. pasient.

Legens skrivearbeid bestod av følgende:

1. Alle pasienter:
 - Diagnose og takster på regningskort
 - Journalnotat
2. Diverse, for disse pasienter:
 - 5 resepter
 - 5 rekvisisjoner av interne laboratorieprøver
 - 5 skjema for eksterne tester
 - 2 sykemeldinger

KM

- Spesialisthenvisning
- Røntgenhenvisning
- Fysioterapihenvisning

alt skrev legen på 32 ark, derav 15 med navn, 13 også med fødselsdato, personnummer og adresse. Disse data burde også vært på de vanlige resepter - glemt. Gjennomsnittlig: 5,3 ark pr. pasient.

Anvendt tid: 45 minutter, gjennomsnittlig 7,5 minutter pr. pasient. Av dette tok journalnotat mellom 1,5 og 2 minutter pr. pasient. Journalene kunne vært diktet, noe av tiden ville da bli overført på personalet, men neppe endret totalt.

Jeg prøvde å fylle ut skjema fullstendig og skrive tydelig, men ble fort hjertelig lei av prosessen. Skriften bærer tydelig preg av at tempoet har vært "normalt". Etter ca. 1/2 time fikk jeg smerter i underarmen, tross diverse husholdnings betingede avbrytelser.

Totalt anvendt tid til skriving for de seks pasientene var 69 minutter. Økt bruk av skrivemaskin kan neppe gi noen innsparing, i og med at arbeidet var fordelt på i alt $59 + 32 = 91$ arbeidsoperasjoner.

Jeg begynte med spørsmålet: "Hvor ofte må leger og personale i allmennpraksis skrive pasientens navn og fødselsdata?" Det ble etterhvert mindre interessant enn den totale bruk av tid. Men jeg tellet da, og kom til 63 ganger - eller gjennomsnittlig 10,5 ganger pr. pasient.

Dagens dato, stempeling og legens

underskrift ble selvsagt utført, men jeg har ikke tellet antallet. Noen vil straks savne to sorter skrivearbeid i forbindelse med telefoner, resepter uten konsultasjon, større erklæringer, skjema og brev. Da kan jeg bare si at jeg orket ikke mer i dette forsøket.

Vurdering

Tross manglene tror jeg at både antall skjema og medgått tid representerer et realistisk minimum av hverdagens skrivearbeid i allmennpraksis. Samtlige lister, skjema og notater har en funksjon. De er enten påbudt av Folketrygd/kommune/stat eller medisinsk nødvendige, i allefall ønskelige, for å sikre korrekt identifikasjon, kontroll og tilstrekkelige opplysninger. Jeg kan ikke se at det forekom unødige prøver, resepter osv. Snarere tvert imot, f. eks. bør tanken på Morbus Bechterew streife legen ved en ikke helt typisk recidiverende lumbago.

Til daglig er det nok mange av oss som "kutter sekunder" med svært rask skrift, forkortelser og/eller ufullstendig utfylling av skjema. Da øker risikoen for slurvefeil og feiltolkninger. Når det står i en journal: "UVI-TMS" sier det jo noe når man kan koden, men det bør nok prinsipielt seeses som et noe knapt journalnotat.

Jeg våger et regnestykke: Dersom en lege daglig har 24 konsultasjoner vil en noenlunde adekvat skriftlig dokumentasjon innebære:

$24 \times 7,5$ minutter =
3 timer daglig for legen.
 $24 \times 4,0$ minutter =
1 time og 36 minutter for personalet.

Av legens tid vil "bare" 40 minutter brukes til journalskriving, mens 2 timer og 20 minutter går til konsultasjonsavhengig skjema-utfylling/resepter.

Både leger og annet helsepersonell er en ikke ubetydelig ressurs i samfunnet, i kraft av sin utdanning og sin erfaring. Jeg anser det sannsynlig at deres tenke-evne og arm-muskler kan anvendes på en bedre måte, f. eks. ved å bruke et EDB-tastatur i stedet for kulepenn.

Jeg håper at noen vil gjenta dette forsøket - med mer nøyaktige målinger, ta med de sortene skrivearbeid jeg har utelatt, og gjerne stille opp noen økonomiske beregninger.

Allmennpraktiker Berit Tveit
Legesenteret
5033 Fyllingsdalen



Rasjonalisering ved hjelp av EDB i allmennpraksis

I vår gruppepraksis med 5 leger er filosofien at rutinearbeid skal forskyves fra lege til hjelpepersonell og videre til EDB-maskinen. Vekten er lagt på å bruke EDB der gevinsten er størst. Legene betjener ikke EDB-maskinen. Det er lagt vekt på en gunstig økonomisk løsning.

Av Ulf R. Borgen

I allmennpraksis er konsultasjonen sentral. Alt som tjener den, er av det gode. Pasienten forventer at legen må kunne fange opp alvorlig sykdom tidlig, må være til å stole på, tilgjengelig og en god lytter (1). Legen bør bruke tiden under en konsultasjon til å konsentrere seg om pasienten: hvorfor kommer han/hun, hva forventer pasienten at legen skal kunne gjøre for ham, hva kan legen gjøre?

EDB for målrettet problemløsning

Diskusjonen om databehandling i allmennpraksis fokuseres gjerne på journalen (2-7). Det finnes flere systemer som er kommersielt tilgjengelige i Norge, men evaluering av systemene er ikke gjort (8). I varierende grad beholdes det gamle, manuelle journal-system for å arkivere f. eks. epikriser og EKG-strimler. En legepraksis er en liten bedrift. Rasjonalisering bør tilstrebes og dertil egnet utstyr anskaffes. Men store investeringer som ikke senker utgiftene eller øker inntektene forbyr seg selv.

Diskusjonen om EDB journal fokuserer ofte på mulighetene for statistikk, praksisoversikter, innkallingsrutiner, diagnosekoding og annen forskning i allmennpraksis (9). Det synes underforstått at dette er noe legen kommer til å begynne med når han får EDB. Hvis legen imidlertid ikke har forsket tidligere, synes det ikke som han/hun begynner etter at EDB-maskinen er tatt i bruk (8).

Drivkraften i innføring av EDB må være at legen har ett eller flere problemer som løses bedre ved hjelp av EDB (9).

På bakgrunn av egne erfaringer vil jeg forsøke å vise at innføring av ny teknologi i form av én moderne PC for 5 leger kan lette det daglige arbeid både for legene og for hjelpepersonellet, og gi bedre oversikt over administrative og kliniske data. Jeg vil beskrive nye papirutiner og et dataprogram som gjør at man, etter min mening, kan dra fordeler av et EDB-system *uten at legen behøver komme i nærheten av maskinen*. Maskinen betjenes av en av hjelpepersonellet. Den er plassert i ekspedisjonen.

Våre ressurser

Vi er 5 leger som har 2,5 hjelpepersonell til telefonhenvendelser og ekspedisjonsarbeid som å finne frem journaler, forberede reiterasjon av resepter, svare på henvendelser, føre regnskap, utbetale lønn:

- 1 hjelpepersonell som bare skriver henvisninger, uføresaker, journalsammendrag og ordner posten.
- 1,5 hjelpepersonell på laboratoriet
- 1 hjelpepersonell på skadestuen

Vi hadde 0,5 hjelpepersonell som regnet ut trygdekassekortene på ettermiddag/kveld og sørget for at de ble ordnet alfabetisk. Etter innføring av datateknologi, kunne vi greie oss uten den siste halve stillingen.

Våre problemer

Mine 4 kolleger og jeg driver en privat gruppepraksis. Vi skriver journalnotater for hånd, dikterer alle henvisningsskriv og trygdesaker.

Tre problemer blir vi ofte stilt overfor:

- uoversiktlige journaler
- telefonavbrytelser
- for mye skrivearbeid under konsultasjonen.

1. *Journalene* skrives for hånd med dikterte, maskinskrevne sammendrag når A5 mappen er fullskrevet på begge sider. Plassen er begrenset og særlig systematiske har vi nok ikke vært i oppbyggingen av sammendragene. Derfor kunne det være vanskelig å se av journalen om pasienten med astma røykte, hvilket medisiner han hadde fått og når. Det kunne være vanskelig å få oversikt over allergier, kroniske sykdommer, tidligere operasjoner og sykehusopphold. Var det flere med astma eller allergi i familien? Var han/hun gift? Yrke?

2. Pasientene *ringte* ofte for å spørre om resultatet av sine prøver.

3. For meg og mine 4 kolleger var det plagsomt mye *skrivearbeid* for hver konsultasjon.

Muligheter for EDB i allmennpraksis

Tekstbehandling.

For de fleste bedrifter/legekontorer er tekstbehandling en naturlig inngangsport til EDB-verdenen.

Regnskap.

For regnskap vil man kunne kjøpe ferdige programmer som er fullt tilstrekkelige.

Databasesystemer.

Legepraksis er informasjonsbedrift. Informasjon er råvare og forbruksvare. Informasjon må være tilstede på rett sted til rett tid. Mye informasjon blir gammel og uinteressant.

I første omgang må vi hankses med den daglige informasjonsflyt: Pasientenes navn, fødselsdata, adresse, telefon, arbeidsgiver. Prøverekvisisjoner og prøvesvar, resepter, journalnotater og journalsammendrag, henvisningsskriv, trygdesaker og regningskort.

Et godt redskap for å behandle informasjon, er et såkalt database-verktøy. De kommersielt tilgjengelige journalsystemer er gjerne laget med et slikt verktøy som tillater lagring av store data-mengder og *gjør det enkelt å finne igjen informasjon*, f.eks. all informasjon lagret om én pasient. Informasjonen kan så helt eller delvis skrives ut på skjerm eller skriver. Et slikt database-verktøy er brukt av artikkelforfatteren til å lage det program hvis ytelser senere kort skal beskrives.

Tilnærming til løsning

Det synes rimelig at legen avlastes av legesekretæren som avlastes av data-maskinen. Legen skal ha mindre rutinepreget skrivning under konsul-

tasjonen, færre telefonavbrytelser og mer tid til pasienten. Arbeidsflyten bør gå fra

lege ⇒ *legesekretær* ⇒ *data-maskin*

Noen krav ved innføring av EDB

1. Det bør foreligge veldefinerte problemer en ønsker løst og som egner seg for en EDB-løsning.
2. Legen bør få bedre tid til pasienten fordi en del rutinearbeid er overtatt av hjelpepersonellet. Legen bør ha lettere tilgang til informasjon om pasienten.
3. En del av rutinearbeid må kunne overføres til datamaskinen.
4. Investeringen i program og EDB-utstyr må kunne forsvares rent økonomisk.
5. Pasienten bør kunne bli bedre informert.
6. Det må være mulig å starte relativt beskjedent og heller ta EDB mer i bruk ettersom en får mer erfaring.

⇒



Selve programmet

Det er ofte en famlende prosess å forbedre rutiner. Sjelden vet en nøyaktig hvordan dette nye skal fungere, enhver forandring drar andre med seg og involverer flere medarbeidere. Ikke alle er like begeistret for nytt. Det må gås trinnvis frem. Det trengs tid og tålmodighet. Det samme gjelder når en lager et dataprogram. Det unngås en idé, programmet vokser, modnes ved utallige endringer og er i bruk noen år før det kasseres.

Det største problemet er å vite hva en vil.

Jeg lærte meg det nødvendige om datamaskiner og programmering. Utstyr: IBM AT, databaseprogrammet dBASEIII+ og rikelig med tålmodighet. Programmet tillater følgende:

Personalialia

Finne frem en pasient på skjermen hvis navnet eller fødselsdatoen skrives inn. Hvis pasienten ikke finnes fra før, spør programmet etter de nødvendige personalialia og pasienten legges til i pasientlisten. Pasienten får automatisk sitt entydige pasientnummer som identifiserer pasienten i systemet.

Klebe- og adresselapper

Etter timeliste lages 16 klebelapper (etiketter) pr. pasient til dagen etter. Selvklebende etiketter er en velsignelse. De kan klebes på resepter, prøveglass, røntgenbilder, henvisninger til fysikalsk behandling, skjemaer og attester og sparer derved mye skrivearbeid.

Regningskort

Datamaskinen egner seg godt til å finne en pasients personalialia, slå opp i normaltariffen, regne sammen takster, holde styr på datoer, ordne regningskortene alfabetisk og skrive dem ut separat for hver lege. Man kan redigere og oppdatere normaltariffens takster på en enkel måte, legen kan få en rask oversikt på skjermen over mellomlegg, refusjon og antall regningskort hittil i siste periode. Hvis pasienten ikke har betalt, angis det med et tastetrykk og det lages automatisk en postanvisning til pasienten. Denne skrives ut når regningskortene skrives ut, gjerne hver 14. dag.

Laboratorieresultater

Resultater fra vårt eget laboratorium skrives inn sammen med regningskortet: Når Takst 703A skrives inn, søker maskinen opp i Normaltariffen, finner at denne takst er Hgb og at honoraret er kr 12.50 og ber om prøveresultatet som straks skrives inn, f.eks. 11.5. At det dreier seg om gr% "vet" maskinen. Tilsvarende for skjær for SR, urin osv. Disse resultatene kommer ikke på regningskortet, men lagres og sendes som et svarbrev til pasienten. Brevet inneholder prøveresultater og skrives ut samlet neste dag til de pasienter legen har bestemt.

Journalsammendrag/journaler

Vi bruker A5 mapper som journaler. Et sammendrag må dikteres fra tid til annen. Dette skrives inn i maskinen av sekretæren, skrives så ut på papir og legges i journalen. Eventuelle tidligere sammendrag kan kastes. Sammen- draget kan enkelt oppdateres neste gang det skrives ved at bare ny informasjon føyes til. Et slikt sammendrag er igjen en god basis for henvisningsskriv.

Egen database for litteratur/fag

Her er det lagt inn nøkkelord av faglig karakter som så gir litteraturhenvisninger eller kortfattet opplysende tekst.

Nye rutiner med EDB støtte

For å redusere på antall blanketter som skulle fylles ut under konsultasjonen, laget vi ett forenklet skjema som erstattet noen av de gamle (fig. 1). Dette er ment å erstatte rekvisisjon til eget laboratorium, beskjedlapp til skadestuen, beskjedlapp til ekspedisjonen om mellomlegg, lapp om ny kontroll, regningskortet til trygden, dessuten lette mellomleggsoppgjøret mellom legesekretær/lege, være grunnlag for informasjonsbrev til pasienten og grunnlag for utsendelse av honorarkrav når mellomlegg ikke blir betalt eller pasienten ikke møter til time. Dessuten er det vår gjenpart av regningskortet skulle datamaskinen gå i stykker.

Dette skjema har forskjellig farge for hver av de 5 leger. Pasienten får det med seg på sin rundgang fra ekspedisjon til lege, laboratorium, skadestue og tilbake til ekspedisjonen.

Det forsynes med en selvklebende etikett. Legen avmerker dato, diagnose, evt. full refusjon og hvilke prøver/behandlinger som skal foretas. Nederst på arket er det plass til beskjeder til laboratoriet, skadestuen og ekspedisjonen. Det kan dreie seg om kliniske opplysninger til laboratoriet, beskjed om å bestille time hos spesialist eller når pas. skal komme til kontroll. Til slutt anføres mellomlegget og eventuelle beløp for bandasjer etc.

Skjemaet leveres til slutt av pasienten i ekspedisjonen hvor han/hun får sine resepter, henvisninger, ny time og betaler mellomlegget. I ekspedisjonen registreres om pas. betaler eller ikke. Blankettene får legen tilbake på ettermiddagen sammen med dagens mellomlegg slik at de er bilag i det økonomiske oppgjør mellom legesekretær/lege. Blanketten er samtidig legens kopi av regningskortet hvis maskinen skulle gå i stykker. Neste morgen benytter legene blankettene fra dagen før til å føre på resultatene av de prøver som foreligger (Hgb, SR, Urin osv) for egne pasienter. Dette gjelder pasienter som legen vet ikke er informert om sine prøvesvar.

Samme dag brukes blankettene som underlag for å skrive regningskort på datamaskinen. Sammen med Hgb registreres verdien, f. eks. 11.2 g%. Det er datamaskinens oppgave å regne ut trygdekassekortene og skrive dem ut alfabetisk hver 14. dag. Regningskort for sykebesøk går ikke inn i EDB-systemet.

Alle opplysninger som trengs for å skrive brev til pasienter om prøvesvar, ligger nå i maskinen. Det er bare å sette i papiret og trykke på knappen. Pasienter som ikke fikk vite resultatet av sine prøver den dagen de var til konsultasjon, får vanligvis et slikt brev. Unntatt er f.eks. gravide som tar Hgb og urinprøve før konsultasjonen slik at resultatene foreligger under undersøkelsen.

I maskinen ligger nå også alle opplysninger som trengs for å skrive postanvisninger til pasienter som ikke møtte til time eller ikke betalte mellomlegget. Igjen er det bare å sette i papiret og trykke på knappen.

LAB.ARK DR. U.B.
REGN.KORT

Adr.:

F. /

Dato / 19

Telefonkons.:

Diagnose(r):

FULL REF.: 1 GRAV 2 Y.SK./MIL. 3 KRIGSSK. 4 FRIKORT 5 ANNET 6 PR.U.KONS.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> INGEN TILLEGGSTAKSTER | <input type="checkbox"/> 704A US MED MIKRO | <input type="checkbox"/> 851 LUNGER |
| <input type="checkbox"/> 703A HB | <input type="checkbox"/> 704B URICULT | <input type="checkbox"/> 852 L.M./SIDE |
| <input type="checkbox"/> 703B HCT | <input type="checkbox"/> 701E SEND URICULT | <input type="checkbox"/> 855 COR |
| <input type="checkbox"/> 703C SR | <input type="checkbox"/> 705G GRAV.TEST | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 704E HVITE | <input type="checkbox"/> 752 HELLER | DIV.US./KIR.BEH.: |
| <input type="checkbox"/> 706D THROMBO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 101 LOKALBEDØVELSE |
| <input type="checkbox"/> 704D RØDE | FAECES: | <input type="checkbox"/> 102A REGIONALANESTESI |
| <input type="checkbox"/> 704I + 706A UTSTRYK | <input type="checkbox"/> 703D BENZIDIN | <input type="checkbox"/> 105 I.V. INJ./ØREVOKS |
| <input type="checkbox"/> 704F TT/NT | <input type="checkbox"/> 703D + > 3x BENZ. | <input type="checkbox"/> KAUT./ST.SÅRSK. |
| <input type="checkbox"/> 704C EO I NESE + MIKR. | <input type="checkbox"/> 701 A DYRKING | <input type="checkbox"/> 106 SUTUR, KATETER |
| <input type="checkbox"/> 705C EOS, LEVKOCYTTER | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 107 MIDLT. SPJELK. |
| <input type="checkbox"/> 704H GLUCOSE | BAKTERIOLOGI: | <input type="checkbox"/> MAGESK. BIOPS. |
| <input type="checkbox"/> 706C + 758A G.T.T. | <input type="checkbox"/> 701A HALS/NESE/SÅR | <input type="checkbox"/> ZINKL.B./SMÅSVULST. |
| <input type="checkbox"/> 706E MYCOPL./POLYART | <input type="checkbox"/> 701A BIOPSI/HISTOLOGI | <input type="checkbox"/> 108 VEVSTOX. CYTOSTST. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 701A CLAMYDIA | <input type="checkbox"/> 110A RECTOSKOPI |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 704J SKABB/SOPP | <input type="checkbox"/> 110B ANOSKOPI |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 704K TRICHOMONAS | <input type="checkbox"/> 130 STORE SÅR/SVULST. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 701B CERV. CYTOLOGI | <input type="checkbox"/> PANARIT./PARONYCH. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 701C GC. | <input type="checkbox"/> 131SÅR M./KNUSING |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 704C LØFFLER/GRAM | <input type="checkbox"/> 134 FISS.RADII'CLAV |
| <input type="checkbox"/> | ANDRE PRØVER: | <input type="checkbox"/> 135 FRACT M./REPON. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 707A + 707B EKG | <input type="checkbox"/> 136 FRACT-VANSKELIG |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HØYDE/VEKT | <input type="checkbox"/> 213 PREV. VEGLEDNING |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 214A INNS./SKIFTE IUD |
| <input type="checkbox"/> | RØNTGEN HER: | <input type="checkbox"/> 214C ENDOCYT |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 801 FINGER | <input type="checkbox"/> 215 ABORT/STERIL. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 802 HÅND | <input type="checkbox"/> 217 1. GANGS US. GRAV |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 803 HLEDD | <input type="checkbox"/> 316 EPISTAXIS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 804 U-ARM | <input type="checkbox"/> 317 PARACENTESE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 805 ALBUE | <input type="checkbox"/> 322 A AUDIOMETRI |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 806 O-ARM | <input type="checkbox"/> 401B TONOMETRI |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 807 SKULDER | <input type="checkbox"/> 411 FR. L. PÅ CORNEA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 809 KR.BEN | <input type="checkbox"/> 506 PEF. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 813 TA <input type="checkbox"/> 814 FOT | <input type="checkbox"/> 507A SPIROMETRI |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 815 ANKEL | <input type="checkbox"/> 609 UTVID. NEVR. U.S. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 816 LEGG | <input type="checkbox"/> 612A NØDV.SAMT./PÅRØ. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 817 KNE | <input type="checkbox"/> 612B DO. LANGVARIG |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 818 LÅR | <input type="checkbox"/> 616A INNL. I PSYK. |

ANDRE TAKSTER: T1A/T1B/T6/T10/T14B

FYS.BEH.: SPES.HENV.: SYKM. / TIL /

BESTILL:

MELLOMLEGG KR. 50,— + BETALT JA NEI

Møndagen Trykindustri A/S

Slike postanvisninger egnet for traktormating i en skriver, kan bestilles på Postgirokontoret.

Sammendrag av journalen

I følge Ian R. McWinney (11) er "gode journaler helt avgjørende for god pasientomsorg." Han angir 5 grunner til å føre journal:

1. Grunnleggende data om pasienten
2. Kontinuerlig klinisk journal
3. Registrere hyppighet av konsultasjonene
4. Vaksiner og annet forebyggende helsearbeid
5. For at legen skal lære av sine erfaringer

Grunnleggende data består av f.eks.

- a. demografiske data: alder, yrke, kjønn, sivilstatus.
- b. sykehistorie: tidl. operasjoner, tidl. sykdommer.
- c. familiehistorie: arvelige sykdommer, sos.med. forhold
- d. biologiske basisdata: BT, Vekt, Høyde
- e. vaksiner
- f. allergier

Hvis "grunnleggende data" utvides til å omfatte

- g. periodiske sammendrag
- h. faste medisiner

har legen en god støttejournal/hjelpejournal. Hjelpejournalene skrives ut på

papir og legges i journalen, men strykes ikke i maskinen. Med et blikk har legen tilgang til basale pasientdata. Etterhvert bygges det opp en verdifull database om pasienten.

Neste gang det skal lages sammendrag, bygger en på tidligere sammendrag. Mange data endrer seg ikke, men ellers står det legen fritt å endre, føye til og stryke i denne databasen som fungerer som en støttejournal. Det tas ny utskrift og den gamle kastes.

Legen er ikke bundet av at opplysninger ikke skal slettes eller endres. Papirjournalen er hovedjournal og intakt. Skulle det skje at papirjournalen ikke finnes den dagen pasienten er på kontoret, kan en jo ta en ekstra utskrift av støttejournalen. Skal pasienten henvises/innlegges, kan denne hjelpejournalen skrives ut sammen med noen korte tilleggsopplysninger.

Økonomi

Jeg må av plasshensyn innskrenke meg til en kort diskusjon om investeringen kan forsvares rent økonomisk. Arbeidet med regningskort tar halve tiden i forhold til tidligere. Tekstbehandling gjør sekretæren minst 30% mer effektiv ved vanlig skrivearbeid. Arbeidet med regnskaper er noe enklere enn før.

Innsparing: en halv stilling.

Utsending av svar på laboratorieprøver med kommentar og andre korte beskjeder til pasientene, er konsultasjon pr. brev (takst1B). Vi sender ut ca. 30 brev pr. lege pr. uke.

Maskinutstyr/ programvare/ terminalbord

betaler seg på under ett år.

Konklusjon

Innføring av EDB i praksis er intet mål i seg selv. Bruk av EDB må veves inn i det daglige arbeidsmønster. Målet ved innføring av data-teknologi må være kvalitetsforbedring av konsultasjonen. Den søkes oppnådd ved at legen er bedre informert om pasienten og at konsultasjonen kan forløpe mer uforstyrret. Rasjonalisering er mulig hvis man samtidig endrer andre rutiner. Investeringen kan være nokså beskjeden. Ved innføring av datateknologi er hjelpepersonellens aktive medvirkning og opplæring helt nødvendig. Lykkes dette, får praksisen en "ny" og effektiv medarbeider! "2.

⇒

Litteratur

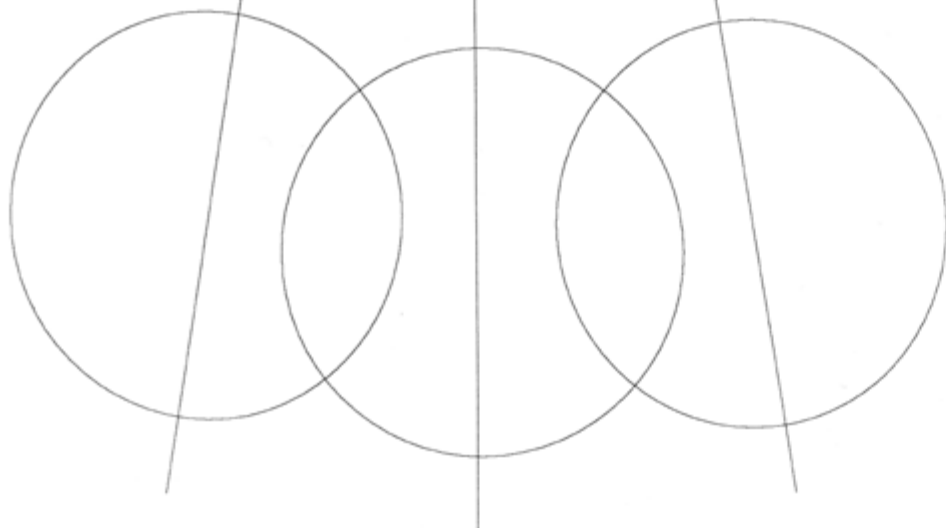
- 1 Nøkleby Heiberg A. The Doctor in the 21st Century. Soria Moria 11.september, 1987. Symposium in Honor of Dr Ole Harlem, Editor of the Norwegian Medical Journal
2. Hasvold T. A Computerized Medical Record "The Balsfjord System". Scand J Prim Health Care 1984; 2: 125-8
3. Sigurdsson G, Einarsson I, Josafatsson IJ et al. A Medical Record and Information System for Primary Health Care in Iceland. Scand J Prim Health Care 1984; 2: 159-61
4. Hosia P. EDP in Primary Health Care in Finland. Scand J Prim Health Care 1984; 2: 117-9
5. Sigurdsson G. The Medical Record in General Practice Where Art and Science meet. Scand J Prim Health Care 1984; 2: 113-6
6. Krogh-Jensen P. Electronic Records for General Practice. The Danish System. Scand J Prim Health Care 1984; 2: 121-3
7. Hosia P. Finstar A Comprehensive Information System for Primary Care. Scand J Prim Health Care 1984; 2: 163-6
8. Hasvold T. Skal alle almenleger ha EDB? I: Medicinsårbog. København: Munkgaards forlag, 1988: 179-82
9. Bridges-Webb C. Computers in General Practice Why? What? and How? Scand J Prim Health Care 1984; 2: 93
10. Bridges-Webb C. A Computer summary for general pract medical records: MEDSUM. J Fam Pract 1986; 4: 389-92
11. Iversen JH. Rapport fra OSG. Utposten 1986; 15: 215-6
12. Garrett LE, Hammond WE, Stead WW. The Effects of Computerized Medical Records on Provider Efficiency and Quality of Care. MethInform Med 1986; 25: 151-7
13. Information technology in health care. A handbook. Great Britain. Kluwer Publishing in association with The Institute of Health Services Mangement, 1987
14. Bassøe C, Garmann W. EDB-journaler og blanketter i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1221-4

Allmennpraktiker Ulf R. Borgen
Nedre Eiker Legesenter
3050 Mjøndalen

Minuttene

av Andre Bjerke

Vi er minuttene. Hør som vi går!
Time for time. År for år.
Vi går som ebbe og flo ved din strand,
livsminuttens tidevann.
Hva fikk du levd i oss? Hva fikk du gjort?
Uavbrutt renner vi bort, bort.
Alltid en bølge som ruller forbi:
Det som bestandig blir borte, er vi.
Riker går under, og sekler tar slutt.
ett blir tilbake: et levet minutt.
Det korteste var hva de færreste rakk.
Tikk! sa ditt pendelur. Svarte du, takk?
Time for time, år etter år renner minuttene.
Hør som vi går.



Timebestillings- system i allmenn- praksis

- en mulig modell

Hvordan få et timebestillingssystem i allmennpraksis til å fungere bra?



Ideelt sett skal mange hensyn ivaretas: Tid nok for hver pasient, tid til utredning og adekvat vurdering av medisinske problemstillinger. Tid for opplysning og helseveiledning. Tid til telefoner og nå også basisteamøter (ofte på kort varsel). Samtidig må pasienter med symptomer få hjelp i tide, øyeblikkelig hjelp må ivaretas, pasienten bør ikke sitte for lenge på venterommet og ventelistene bør ikke bli for lange. Etter 13 år i allmennpraksis har jeg etterhvert kommet fram til et system jeg synes fungerer godt, og som jeg kort vil skissere.

Fra kl. 8 til 11 settes opp 9 pasienter (3 pas. i timen). Dette er vanlige timebestillingstimer (kalles C-timer, 3 stykker) og timer til pasienter med symptomer som åpenbart ikke kan vente så lenge, og som trenger tid til å klargjøre sitt problem (kalles B-timer, 6 stk). Bare i nødsfall tar jeg ekstra pasienter eller telefoner i dette tidsrom. Pause fra 11 til 11.30. Fra kl. 11.30 settes det opp pasienter hvert kvarter til kl. 13 (K-timer). To av disse skal alltid være ledige til dagen påbegynnes til akutte tilfeller (kalles A-timer). K-timene besettes med kontroller, eller pasienter med symptomer/besvær som ikke

er så omfattende. Fra 13 til 14 har jeg telefon-tid. I utgangspunktet settes det ikke opp noen her, men i travle tider kan også denne timen benyttes til inntil 4 K eller A-timer. Basisteamøter er også bedt lagt til denne timen. Hvis jeg ikke kan motta telefoner i telefонтiden tilbys de som ringer at jeg ringer dem opp igjen senere, da som regel i tidsrommet etter 15.30. Etter telefонтiden har jeg to K-timer til, og kl. 14.30 kan jeg ta en pasient med behov for lengre tid (psykiatri, småkirurgi). Denne kan forskyves fram til kl. 15, slik at jeg da får to K- eller A-timer til.

Slik får jeg en forholdsvis rolig formiddag med tid til å konsentrere meg om pasientene. Pasienter som *alltid* trenger tid uansett (alle kjen-

ner vi vel dem) får B-time uansett. Det har ført til en drastisk reduksjon av irritasjonen min over disse. Pasientene kommer stort sett inn til avtalt tid, og jeg får som regel en spisepause på pluss-siden, mot tidligere som regel "minus ti minutter". Vurderingen av hva slags time som bør settes opp foretas av meg når ny kontroll avtales. Ved henvendelser vurderer primært medarbeiderne dette, men i svært mange tilfeller er de usikre og spør meg. Jeg aksepterer dette som en ulempe ved systemet. I min gruppepraksis (5 leger) er det mange ansatte, så det er vanskelig å få en enhetlig linje ellers. I mindre praksiser med god kontakt lege-medarbeider ville jeg tro medarbeiderne kunne gjøre mye av dette på egenhånd.

Den største ulempen er at ventelisten blir lang, med bare 3 ordinære timebestillinger pr. dag. Vi forsøkte med flere C-timer og færre B-timer, men det ble for lite å gå på. Fortsatt kan mangel på B-timer være et problem, men da må det prioriteres strengere. Systemets store bufferkapasitet (opptil 8 ekstra pas.pr. dag), gjør at jeg stort sett kan ta i mot de som har behov for det, og da er den lange ventelisten et mindre problem.

At pasientene stort sett har et kvarter hver gjør det mulig å rekke det som forventes, og dette har vært et viktig avstressende moment sammenlignet med tidligere. Likedan at telefoner kan stoppes når det blir for hektisk, og at jeg heller kan ringe tilbake når det passer bedre for meg. Meg har dette gitt en hverdag jeg kan leve med, og som bevarer arbeidsgleden og interessen for pasienten, uten at stresset og slitet blir ødeleggende. Etter 13 år i allmennpraksis gleder jeg meg fortsatt til hver arbeidsdag.

Allmennpraktiker Inger Marie Steinholt
A/S Legekontoret
Kongsberg



Trimetoprim-Sulfa[®]

trimethoprim sulfamethoxazol

Indikasjoner:

Urinveisinfeksjoner og infeksjoner i øvre
luftveier

NY TABLETTFORM

Mindre kapsel-
formet tablett

Enklere tablett-
inntak



KabiVitrum



Trimetoprim-Sulfa «KabiVitrum»

TRIMETHOPRIM OG SULFONAMID

Mikstur: 100 ml inneholdt: Trimethoprim 0,8 g, sulfamethoxazol 4 g, sorbitol 41 g, const. et aqua purif q.s.

Tabletter: Hver tablett inneholdt: Trimethoprim 80 mg, sulfamethoxazol 400 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt middel med baktericid effekt.

Det antibakterielle spektrum er bredt og omfatter både Gram-positive og Gram-negative bakterier. Ingen effekt overfor *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycoplasma* og *Treponema pallidum*. *Pseudomonas aeruginosa* er oftest resistent. Virkningsmekanisme: Inneholder to aktive substanser trimethoprim og sulfamethoxazol som blokkerer to påfølgende enzymatiske trinn i bakterienes folsyresyntese. Gir baktericid virkning i konsentrasjoner der enkeltkomponentene hver for seg kun har bakteriostatisk effekt. Denne virkningsmekanisme reduserer faren for resistensutvikling, og en oppnår ofte god effekt på mikrober som ellers er resistente overfor enkeltkomponentene. Absorpsjon: Begge komponenter absorberes raskt og nesten fullstendig. Proteinbinding: Plasmaproteinbinding for trimethoprim er ca. 45 % og for sulfamethoxazol ca. 65 %. Halveringstid: Trimethoprim ca. 11 timer, sulfamethoxazol ca. 11 timer. Fordeling: Vevskonsentrasjonen av Trimethoprim er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma, f.eks. prostataevæske, saliv, sputum og vaginalsekret. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. Maksimale serumkonsentrasjoner: Oppnås etter ca. 1–3 timer etter inntak av to tabletter, og er for trimethoprim 4,5–6,5 µmol/l og for sulfamethoxazol 130–200 µmol/l. Utskillelse: Begge komponenter utskilles hovedsakelig via nyrene. 50 % av Trimethoprim og 25 % av Sulfamethoxazol utskilles i urinen i aktiv form. Overgang i placenta: Passerer placentabarrieren. Overgang i morsmelk: Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte purulente bronkitter. Akutte eksacerbasjoner av kronisk bronkitt. *Pneumocystis carinii* pneumoni. Urinveisinfeksjoner. Tyfoid og paratyfoid feber. Akutte salmonellosler, dersom antibakteriell terapi er indisert. Infeksjoner i øvre luftveier. Gonorré, når medisinske/mikrobiologiske forhold tilsier dette (penicillinallergi, resistens). **Kontraindikasjoner:** Alvorlige leverskader, blodtrykksforstyrrelser og alvorlig nyresvikt hvis regelmessige kontroller av plasmakonsentrasjonen ikke kan gjennomføres. Kjent sulfonamid- og/eller trimethoprim-overømfintlighet. Graviditet er en relativ kontraindikasjon. Må ikke brukes i barnets første leveår.

Bivirkninger: Allergiske hudreaksjoner, feber, kvalme, oppkast, anoreksi og dyspepsi. Hematologiske forandringer er observert, spesielt hos eldre. Det dreier seg om trombopeni, leukopeni, neutropeni og sjeldent agranulocytose. Aplastisk anemi er rapportert. Ikterus er rapportert i sjeldne tilfelle.

Forsiktighetsregler: I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. Det anbefales å bestemme plasmakonsentrasjonen av sulfamethoxazol i slike tilfelle. Følgende doseringsskema anbefales:

Kreatinin-clearance	Serumkreatinin	Dosering (normaldosering for voksne) er 2 tabl. hver 12. time.
Normalverdi: 70–130 ml/min.	Normalverdi: 45–115 µmol/l	
> 25 ml/min.	< 320 µmol/l	Normaldosering
25–15 ml/min.	320–405 µmol/l	Normaldosering i 3 døgn, deretter 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.
< 15 ml/min.	> 405 µmol/l	Før ytterligere undersøkelser er utført, skal prep. kun gis til pasienter som får regelmessig dialysebehandling. Standarddosen er 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.

Kontrollanalyse: Totalkonsentrasjonen av sulfamethoxazol i plasma bestemmes 12 timer etter tablettinntaket hver 3. behandlingsdag. Plasmakonsentrasjonen bør ikke overstige 600 µmol/l. Ved langtidsbehandling bør blodbildet kontrolleres regelmessig. Behandlingen seponeres straks hvis det opptrer eksantem eller blodforandring.

Interaksjoner: (I: 64e, sulfonamider).

Dosering:

Mikstur: barn:

6 uker–5 mndr.	½ måleskje (2,5 ml)	2 × daglig
6 mndr.–5 år	1 måleskje (5 ml)	2 × daglig
6–12 år	2 måleskjeer (10 ml)	2 × daglig

Tabletter: voksne og barn over 12 år:

Standarddosering	2 tabletter	2 × daglig
Langtidsbehandling (utover 14 dager)	1 tablett	2 × daglig
Høyeste dosering (i særlig alvorlige tilfelle)	3 tabletter	2 × daglig
Barn 6–12 år	1 tablett	2 × daglig

Gonoré:

Standarddosering	4 tabletter	2 × daglig i 2 dager
Alternativt	5 tabletter	2 × daglig i 1 dag

Pneumocystis carinii Pneumoni: ¼ tablett pr. kg legemsvekt fordelt på 4 døgndoser.

Korttidsbehandling av ukomplisert cystitt hos ikke-gravide kvinner: 2 tabl. 2 × daglig i 3 dager.

Ved akutte infeksjoner bør det doseres i minst 5 dager eller inntil pasienten har vært fri for symptomer i to dager.

Overdosering/forgiftninger: Symptomer: Kvalme, brekninger, svimmelhet, forvirringstilstander. Behandling: Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker eventuelle påvirkninger av benmargen. Både Trimethoprim og Sulfamethoxazol kan dialyseres ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimethoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk pliktratregens nyttes. Kombinasjonen benevnes i internasjonal litteratur ofte Co-trimoxazol.

KabiVitrum 

Adresse: Postboks 22
Nesbruveien 33, 1362 Billingstad

Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Pakninger og priser:

Tabletter 12 stk.	kr. 31.40
Tabletter 20 stk.	kr. 45.20
Tabletter 28 stk.	kr. 55.20
Tabletter 100 stk.	kr. 175.20
Tabletter 10 x 100 stk.	kr. 1283.60
Mikstur 100 ml	kr. 32.30

Pr. 01.03.88



Et eventyr fra vår tid

Michael Ende:

Momo - eller kampen om tiden.

Oslo: Ex Libris Forlag A/S 1986

(2. opplag). 236 sider

Dette er en spennende og nydelig bok for barn i alle aldre. Det er et eventyr om tiden, og om den følelseskalde og avstumpede livsstilen i vårt samfunn. Heltinnen er Momo, en liten, fattig pike som lever av å utveksle tjenester med andre, og som får mange gode og rare venner. Skurkene er tidstyvene, en tallrik skare av mystiske grå herrer fra Tidssparekassen. Det er de som har stjålet skatten fra menneskene. Og skatten er tiden.

Boka er skrevet av den tyske forfatteren Michael Ende, og fikk den tyske ungdomsbokprisen i 1974.

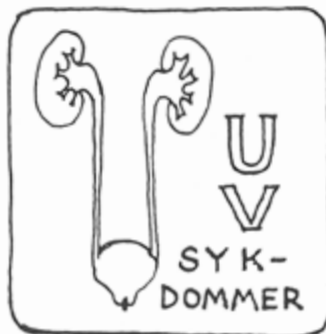
Den ble oversatt til norsk ved Erik Krogstad, og utkom på Ex Libris Forlag i 1986. Den har også gått som opplesningsserie på radio.

Michael Ende er ellers kjent for bøkene *"Jim Knapp og Lukas Lokomotivføreren"* og *"Den uendelige historie"*.

Boka anbefales på det varmeste som høytløsing i familien. Hos oss var 8-åringen like ivrig som de voksne. Eller den kan foreslås som en liten trøst til en som er litt lei seg, og ikke synes hun/han får tiden til å strekke til. Eller til en som rett og slett har lyst til å lese et eventyr fra vår tid.

Signe Flottorp





Nytt fra Referansegrupper

Referansegruppa i urinveglidinger

Gruppa vart starta hausten 1987 og har møta sine i Bergen. For tida er det 6 allmennpraktikarar med. I tillegg har me knytta til oss 5-6 referansepersonar frå sjukehusmiljø i aktuelle fagområde. Inntil no er det følgjande område me har mest innsikt og erfaring i: Steinsjukdommen, urinvegsinfeksjonar og inkontinens. Nye medlemmar er velkomne!

Lurer du på å kjøpa bok om urinvegsjukdommar? Då kan desse to vera med i vurderinga: Renal medicine

and urology, av D. Brooks og N. Mallick. Churchill Livingstone, 1982. Ei god bok med primærmedisinsk tilnærming i serien Library of general practice. Urologi, av B. Nerstrøm og H. Wolf. FADL forlag, 1987. Ny dansk lærebok for studenter. Heilt oppdatert, ikkje så detaljert når det gjeld farmakologisk behandling.

Me nemner to aktuelle oversiktsartiklar: Komaroff AL: Acute dysuria in women. New Engl J Med 1984; 310: 368-75. Artikkelen summerar opp nyare viten om

dysurisyndromet, diagnostikk og behandling. God produ-sent, uavhengig informasjon! "Er teststrimler et alternativ til urinsedimentmikroskopi og dyrkning?" Slik er tittelen på artikkelen av G. Hoff og HR Nielsen i Ugeskrift for Læger 1988; 150: 95-8. Forfatterane svarar ja på spørsmålet, men les og vurder sjølv!

Referansegruppa diskuterer for tida trongen og nytten av ei lærebok eller handlingsprogram for denne sjukdomsgruppa. Dei fleste av oss er også involvert i forskning på

området. Har du synspunkt, spørsmål eller lyst til å vera med oss, kontakt

*Steinar Hunskaar,
Institutt for allmennmedisin,
Ulriksdal 8C, 5009 Bergen.*

Me oppfordrar andre referansegrupper til å gje livsteikn frå seg i form av smånytt til Utposten.

Steinar Hunskaar □

Tegnekonkurranse 1988

Vi i redaksjonen vet at det finnes mange kreative primærleger med kunstneriske talenter og/eller ambisjoner. Vi mener at norsk primærmedisinsk hverdag fortjener formidling - ikke bare i ord, men også i bilder.

Vi inviterer derfor Utpostens lesere til vår tegnekonkurranse.

KONKURRANSEREGLER:

Hver deltaker kan sende inn et ubegrenset antall tegninger. Tegningen(e) skal illustrere sentrale allmenn- eller samfunnsmedisinske temaer, problemstillinger eller erfaringer. Tegninger som tidligere har stått på trykk noe sted, kan ikke innsendes.

Bidraget skal være en (eller flere) strektegning(er) av god teknisk kvalitet, helst utført med svart tusj. Formatet spiller ingen rolle.

Bidragene vil bli vurdert av en jury bestående av allmennpraktiker Synnøve Grønn, tegner Ivar Kvåle og førsteamanuensis Kirsti Malterud.

For at juryen skal behandle bidragene på best mulig måte, må vi be om anonymiserte bidrag - dvs. tegninger uten signatur. Bidragsyterens navn skal følge med tegningen i lukket konvolutt, sammen med opplysninger om adresse og telefonnummer.

Utposten forbeholder seg retten til vederlagsfritt å publisere tegninger som innsendes til tegnekonkurransen. Vi skal sørge for at kunstneren får anledning til å signere bidrag som senere blir trykket i bladet.

Vinneren av tegnekonkurransen tildeles en premiesum på kr. 5.000.

Bidrag til tegnekonkurransen sendes til

Utposten, 5890 Lærdal

og skal være redaksjonen i hende innen 31/12-88. □

STREIK OG BOIKOTT

Vi vil gjøre leserne av "Utposten" kjent med innholdet i den uttalelsen vi vedtok i forbindelse med streiken 15/6. De 17 underskriverne utgjør samtlige kommuneleger i Vest-Telemark (unntatt Fyresdal). Uttalelsen gjengitt her ble lest opp på streikemøte i Telemark lægeforening 15. juni og deretter oversendt sentralstyret i DNLF, m.a.o. i intern markering. 15 av underskriverne gikk 10. juni ut offentlig i presse og kringkasting med sitt standpunkt, 10 av oss boikottet streiken. Det er et alvorlig brudd på god fagforeningsskikk å gå ut mot sine egne under en pågående aksjon. Når 15 av oss går til et sånt skritt, er det fordi vi etter hvert ser at DNLF's profil utad er lite i samsvar med våre standpunkter som kommuneleger i utkantdistrikt. Vi håper at det vil være mulig for oss å føre debatten om DNLF's framtidige politikk i foreningen i tida som kommer.

For underskriverne
Elisabeth Swensen

Til Den Norske Lægeforening

Vi ønsker med dette å markere at vi er uenige i vedtaket om politisk streik mot beordring av leger 15. juni 1988. Hovedproblemet i dagens helsepolitiske virkelighet er ikke sikringen av norske legers menneskerettigheter, men at vi i fellesskap - som nasjon - ikke greier å oppfylle befolkningens rett til lik helsetjeneste. Som "utkant" i Sør-Norge kjenner vi oss mer igjen i Nord-Norges bekymring over manglende legedekning enn i Lægeforeningens bekymring over tapet av "den frie yrkesutøvelse".

Vi vil gjerne presisere at vi ser beordring av leger som et uheldig og unødvendig virkemiddel på det nåværende tids- punkt, særlig i den åpne formen som vedtatte fullmakt foreligger i. Likevel mener vi at en streik i denne situasjonen er et uegnet politisk virkemiddel. Vi tror også at synspunktene på virkemidler for å løse den kroniske underbemanningen i kommunelege - og sykehustjenesten i utkantdistrikt er svært delte også blant Lægeforeningens medlemmer. Streik er en aksjonsform som er lite egnet til å få fram nyanser, og bidrar etter vår mening til å skape et dårligere debattklima både internt og overfor publikum.

Videre mener vi at Lægeforeningen må bære sin del av ansvaret for den eksisterende skjevfordelingen av leger i Norge. Den norske Lægeforening har spilt en konsekvent rolle som forsvarer av "den frie yrkesutøvelse" og tilsvarende motstander av alle forsøk på å regulere legearbeidsmarkedet. Dette gir nok en grunn til å velge en noe mer lavmælt markering enn streik når tiltak mot skjevfordeling av leger kommer på den politiske dagsorden.

Av tiltak som vi mener kan være aktuelle, vil vi særlig nevne:

- statlig ansvar for kommunelegetjenesten slik at variasjon i kommunenes økonomi ikke gir negative utslag
- ensartede stimulerings tiltak for ansatte i kommunelegetjenesten i utkantkommuner (etter nærmere definerte kriterier)
- hardhendt regulering av stillingsomgjøringer ved sjukehus i sentrale strøk. Begrensninger av det private legemarkedet inkludert nye bedrifts- og kontrollegeordninger.

Gunhild Dobbe,
kommunelege, Kviteseid
Olav Eriksen,
kommunelege, Kviteseid
Tor Reitan,
kommunelege, Seljord
Kjell Conradi,
kommunelege, tidl. Seljord
(tiltrer Ringsaker 1.juni 1988)
Gunnar Andersen,
kommunelege, Seljord
Kjell Lie,
kommunelege, Tokke

Ole Arvid Baann Liane,
kommunelege, Tokke
Arne Johannesen,
kommunelege, Tokke
Liv Ellen Giske,
kommunelegevikar, Vinje
Reidar Gjøtterud,
kommunelege, Vinje
Kåre Øygarden,
kommunelege, Vinje
Oddny Bilstad,
kommunelege, Vinje

Svein Lio,
kommunelege, Vinje
Bjørn Pettersen,
kommunelege, Vinje
Frode Forland,
kommunelege, Nissedal
Tor Svein Sandnes,
kommunelege, Nissedal
Elisabeth Swensen,
kommunelege, Seljord,
fom. sept. 88

□

NSAM-kurs

HIV / AIDS i allmennpraksis

Kurset er beregnet på primærleger, hensikten er å forberede disse på problemene rundt HIV/AIDS i allmennpraksis både med hensyn til konkrete kunnskaper og holdninger.

Kurset er godkjent som tellende til spesialiteten i allmennmedisin/samfunnsmedisin.

Antall deltakere: Maks 70

Kurssted: Sundsvollen Hotell; Sundvolden. Ca 45 min. kjøring fra Oslo med bil; flere daglige buss-avganger fra Oslo sentralbanestasjon.

Tidspunkt: 28.-29. november 1988

Kursavgift: Kr 450,-

Kurskomité: Elise Klouman Bekken, Hans Blystad, Peter Kittelsen; Kjell- Olav B. Svendsen og Haakon Aars. Alle er medlemmer av Norsk selskap for allmennmedisins referansegruppe om HIV/AIDS.

Påmelding: Kurssekretær May-Brith Mandt, Institutt for allmennmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2

Påmeldingsfrist: 10 november 1988

Norsk selskap for allmennmedisin ved referansegruppen for HIV/AIDS står som arrangør av kurset.

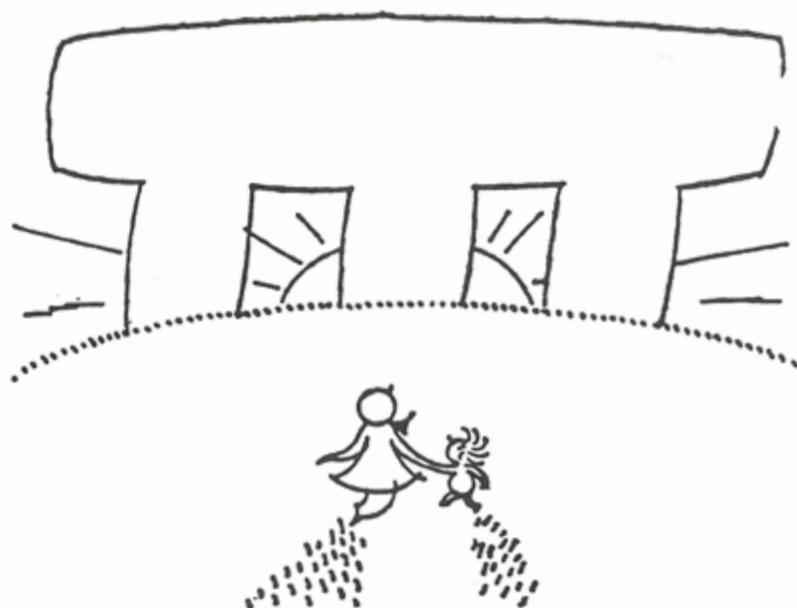
28.november:

- 1000-1015: Åpning av kurset. Elise Klouman Bekken.
- 1015-1045: HIV-epidemiens epidemiologi. Arve Lystad.
- 1045-1100: Spørsmål/debatt.
- 1100-1115: Kaffepause.
- 1115-1145: Strategi overfor epidemien. Arve Lystad.
- 1145-1200: Spørsmål/debatt.
- 1200-1245: Allmennpraktikerens møte med HIV/AIDS-problematikken. Illustrert med kauistikker. Kjell-Olav B. Svendsen.
- 1245-1400: Lunch.
- 1400-1500: Gruppearbeid på allmennpraktikerens møte med HIV/ AIDS-problematikken.
- 1500-1515: Kaffepause.
- 1515-1600: Oppfølging av HIV-positive hos spesialist. Grenseoppganger spesialist/AIDS-avdeling/primærhelsetjenesten. Peter Kittelsen.
- 1600-1700: HIV-positives interesseorganisasjon presenterer seg.

29. november:

- 0900-0945: Fakta om HIV/AIDS. Bernt Heger.
- 0945-1000: Spørsmål/debatt.
- 1000-1045: Holdninger og angst rundt HIV-AIDS-epidemien.
- 1045-1100: Kaffepause.
- 1100-1150: Film.
- 1150-1245: Gruppearbeid. Angående holdninger og angst rundt HIV/AIDS-epidemien
- 1245-1400: Lunch.
- 1400-1445: Forebyggende arbeid. Hans Blystad.
- 1445-1500: Plenumsdiskusjon.
- 1500-1600: Samfunnsmedisinske perspektiver/virkninger av HIV/AIDS-epidemien. Elise Klouman Bekken.
- 1600-1615: Avslutning og evaluering.

Om kvelden mandag 28. november vil teaterstykket "Finns det tigre i Kongo" bli vist.



T. T. T.
Erindringsvers.

Jeg har skrevet et sted,
hvor jeg daglig må se,
det manende tankesprog:
T. T. T.

Når man føler hvor lidet
man når med sin flid,
er det nyttigt at mindes, at
Ting Tar Tid.

(Kumbel)

Innhold: Utposten nr. 6 1988

Leder Kirsti Malterud	side 235
All cures are temporary, death is inevitable John Nessa	side 236
Hjelp! - jeg har ikke noen "Time Manager" Signe Flottorp	side 240
Tid og kvalitet i konsultasjonen Olav Rutle	side 244
Tidsknapphet - allmennpraktikerens svøpe eller styrke? Kirsti Malterud	side 248
Tanker om tid i en allmennpraktikers verden Synnøve Grønn	side 252
Ja og nei Per Fugelli	side 258
Kasuistikkspalten	side 260
The patient-centered clinical method Ian R. McWhinney intervjuet av Janecke Thesen	side 262
Sør-Gjæslingankurset 1988	side 265
Kulepennpraksis Berit Tveit	side 266
Rasjonalisering ved hjelp av EDB i allmennpraksis Ulf R. Borgen	side 268
Timebestillingssystem i allmennpraksis Inger Marie Steinholt	side 273
Nytt fra referansegruppene - Urinveglidinger	side 276
Tegnekonkurransen 1988	side 276
Streik og boikott	side 277
NSAM-kurs:HIV/AIDS i allmennpraksis	side 278