

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1992

ÅRGANG 21



ENVOI NU
POUR LA POSTE
Peut être contrôlé
par le service postal.
Soulever l'étiquette
et la replacer.

Tema: Livskraft

Innsikter

I

Å belære menneskene, er å undervurdere dem.
 Selv om stiene er grodd igjen finner alle veien
 og fullfører distansen
 - noen på åtte dager, andre på åtti år -
 i Rommet-med-de-to-dører.

Tidsskjema, startskudd og stoppeklokke
 betyr ikke stort. Viktigere
 er vandringen mellom elektroner og stjerner
 og teften av destinasjon.

Reisebøker sier lite.
 Vi lever oss til det meste.

II

Den fattige i sinnet
 kompenserer lytet sitt med skråsikre løgner.
 Etterhvert tror han på dem
 og får det godt med seg selv.
 Han smaker på livet
 med en profesjonell vinkjenners skjønn,
 ruller det på tunga, spytter ut igjen
 og gir verden grei beskjed.

Ufrivillig svelger han likevel
 en dråpe innsikt: Kimen til twil.
 I sjelen hans, aldri utsint matjord,
 vokser den,
 blir veiviseren som peker i alle retninger.

Der
 hvor alt kjent land er fremmed land,
 der
 hvor kursen til soloppgangen legges mot solnedgangen,
 finner han fram.

Fra Kolbein Falkeids diktsamling:
 En annen sol. Cappelen 1989

Redaksjonen er avsluttet 15. 11. 91

Framsidebilde: Kari Gorwitz

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 0809 4 89 92 90

Gunn Aadland Lundvågen 20 4085 HUNDVÅG	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Åsa Rytter Evensen Ullernveien 20 B 0280 OSLO 2	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL
K: 04 508900 P: 04 861236	K: 062 90100 P: 062 91010	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 298119 P: 05 233955	K: 02 559210 P: 02 521788	K: 056 66100 P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
 Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22

Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98

ISSN 0800-5680

leder



Livskraft

Tre ulike opplevelser i løpet av høsten er bakgrunnen for at jeg vil trekke fram begrepet livskraft:

- Jeg var med å arrangere et seminar om forebygging av selvmord blant ungdom. I møte med de vanskene ungdom kan ha: mobbing, arbeidsløshet, vanskjøtsel og misbruk som barn, alkohol, stoffmisbruk etc, blir det sentrale spørsmålet hva som allikevel holder livsmotoppe hos de aller fleste med slik bakgrunn. Jeg synes jeg har fått litt innsikt i dette ved å lese diktsamlingen "Under en annen sol" av Kolbein Falkeid. Han skriver om livskraftens motsetning, selvmordet og tankene de etterlatte gjør seg.

- Omtrent på samme tid leste jeg et ekstrahefte til Scandinavian Journal of Primary Health Care (1) som omhandlet livskvalitet ved bruk av anti-hypertensiva. På side etter side ble det be-

skrevet undersøkelser om hvordan det opplevdes å bruke antihypertensiva, og i artiklene tas det ikke opp om hensiktmessigheten av medikasjonen er diskutert med pasientene. Verdien av å behandle alle med moderat forhøyet blodtrykk, er som kjent diskabel. Artiklene gir inntrykk av at har man bare høy livskvalitet, er det av underordnet betydning om behandlingen er hensiktmessig. Livskvalitetsbegrepet blir innholdsløst og uinteressant når det som her ikke knyttes til en hensikt eller formål. Vi vet fra målinger av livskvalitet hos pasienter med lungecancer at ved behandlingsregimer som gav mye besvær, angav pasientene ikke redusert livskvalitet (2). De klarte å mestre livssituasjonen fordi den hadde en hensikt.

- På seinsommeren hadde jeg kontakt med en eldre mann med store gangrenøse sår

på beina som var vurdert karkirurgisk inoperabel og der eneste alternativ var amputasjon. Jeg innkalte ham for å diskutere smertebehandling.

Under over alle andre - sårene var i spontan bedring! Han var ikke interessert i å høre om amputasjon, og så han brukte Paralgin Forte om natta for å "jage bort tankene". Det viste seg at datteren, småbarnsmor, lå for døden, og familien var inne i en vond og opprivende tid. Han kunne ikke svikte ved å bli syk når familien hadde behov for at han sto trygg på begge føttene (bokstavelig talt). I denne situasjonen der han ganske sikkert ville score lavt m.h.t. livskvalitet, kunne han mobilisere lægen-de krefter i seg selv.

Vi står som helsearbeidere overfor mennesker som opplever de er uten framtid: ungdommer uten livsmot, depri-merte, alvorlig syke, gamle. Det dreier seg

kanskje ikke om så mange i en vanlig allmennpraksis, men vi kan ikke legge dem fra oss på samme måte som de som søker oss for vorter og ørebettelser. Vi skal følge dem gjennom prosessene mot livsmot eller død. Hvordan er vi rustet til denne oppgaven med en fagtradisjon som fokuserer på det syke og klassifiserer etter svikt og ikke ressurs? Det viser seg at pasientens egenvurderte helse korrelerer bedre med overlevelse enn legediagnostisert helse (3). Klinisk erfaring viser at noen mennesker lever lengre med alvorlig sykdom enn vi tror de skal - de lever "til sonnen kommer hjem til jul". Det er ikke derved sagt at de har det godt - det ser ut for at de lever fordi de vil eller må leve. Er dette krefter vi kan hjelpe pasientene å mobilisere? Er det sider ved vårt behandlingsapparat som nettopp motarbeider disse kreftene?



Livskvalitetsforskningen har operasjonalisert livskvalitet slik at det kan måles (4), mens begrepet av mange i hverdagen blir brukt som mål for god pasientomsorg. Jeg har her prøvd å vise at begrepet ofte ikke fanger det vesentligste i møtet med den enkelte pasient. Jeg har i stedet trukket fram begrepet "livskraft", ikke fordi jeg kjenner det eksakte innholdet i det, men fordi jeg mener det er en tankemodell vi behandler kan ha hjelp av. Vi bør være åpne for selvlægende krefter som forsknings-

felt, i møte med mennesker og i oss selv. Det dreier seg om evne til innsikt, respekt og ærefrykt for alt vi ikke kan vite om andre mennesker. Vi kan ikke vite hva som i vanskelige situasjoner er best for den enkelte, vi kan i beste fall være med på en prosess der de selv finner fram til hva som er best for dem. Vi skal hjelpe dem til å ta vare på håpet og drømmen.

- Ja, kanskje nettopp dagdrømmene kan være en livskraft for noen slik Olav H. Hauge sier i diktet:

Det er den draumen:

*Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje -
at tidi skal opne seg,
at hjarta skal opna seg,
at dører skal opna seg,
at kjeldor skal springa -
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.*

Frå *Dropar i austavind* (1966)

Marit Hafting

ansvarlig redaktør for dette nummer

Litteratur:

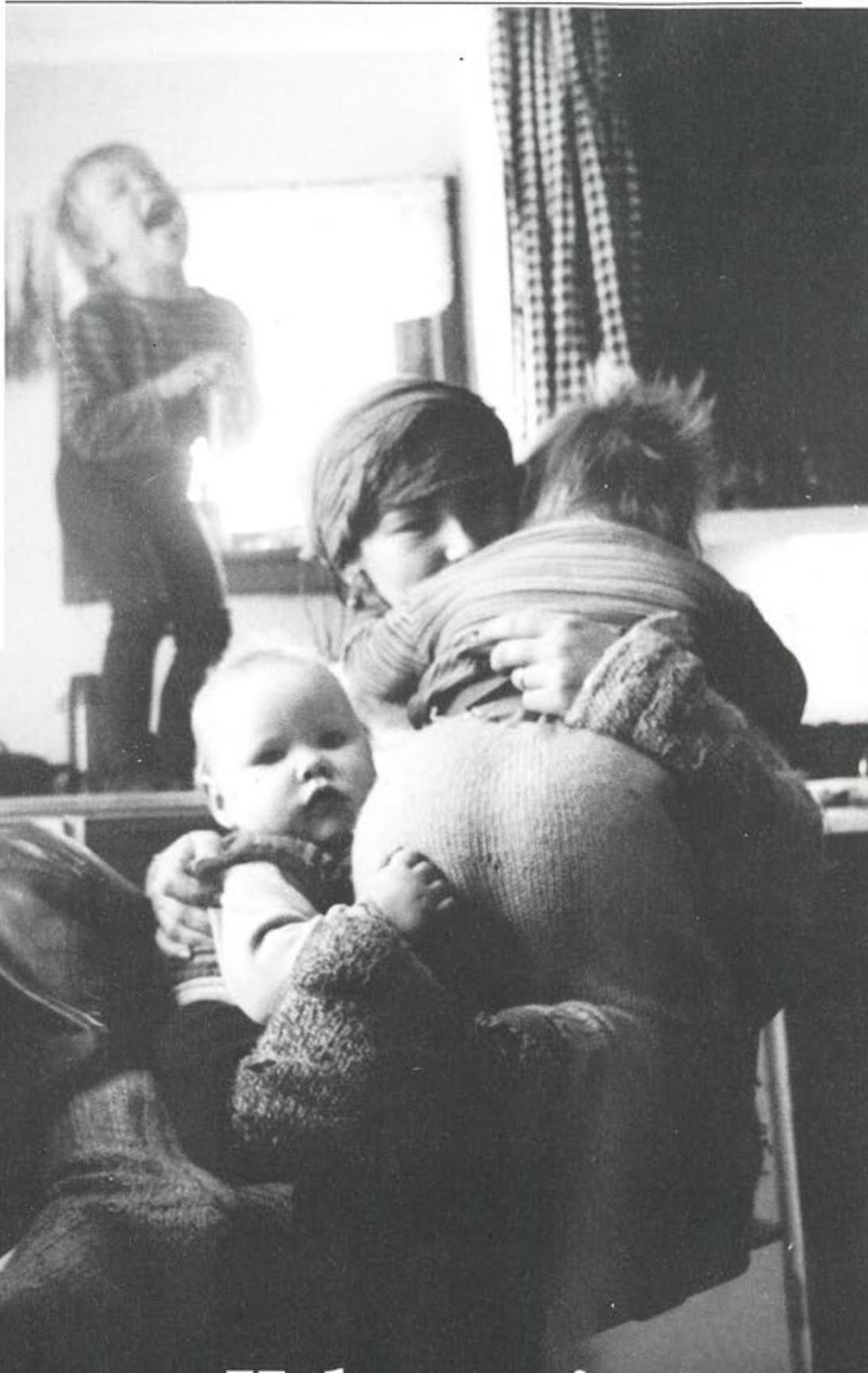
1. Scand J Prim Health Care Suppl 1 1990
2. Kaasa S. Livskvalitet og overlevelse ved ikke-småcellet lungekreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 629-630
3. Mossey J.M, Sharpie E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health 1982; 72:800
4. Mastekaasa A, Moum T, Næss S, Sørensen T. Livskvalitetsforskning. Oslo: ISF Rapport 88.6 1988

I stortingsmelding 36 1989-90 understrekkes det at helsestasjonen bør bli et kraftsentrum i det forebyggende helsearbeidet i kommunene.

Helsestasjonen er en etablert førstelinjetjeneste for barn og når nesten alle barn gjentatte ganger.

Den har tradisjon som støtte og ressurs for barnefamilier uten å være stigmatisert som barnevernet og PPT.

Dette gjør helsestasjonen unik og til en mulighetenes arena.



Helsestasjonen - arena for forebyggende barnevern



Bent Folkvord er cand. med. fra Bergen 1982. Et år ved Nordland psykiatriske sykehus. Kommunelege i Gloppen 1985-89. Bydelshelsesjef i Fana bydel fra 1989 til dags dato. Spesialist i allmennmedisin. Videreutdanning innen økonomi og administrasjon. Er engasjert i forebyggende og helsefremmende arbeid. Har med dette brutt et forsett om aldri å skrive medisinske artikler.

Av Bent Folkvord

Helsestasjonen har kompetanse m.h.t. forebygging/behandling av kroppslike plager/sykdommer, og det er i tillegg ressurser og kompetanse utenfor helsestasjonen som er lett tilgjengelig for oppfølging av slike problemstillinger. Psykososiale problemstillinger knyttet til barns oppvekstvilkår utgjør imidlertid et større helseproblem i dag enn kroppslike plager/sykdommer.

Med hensyn til psykososiale problemstillinger er det mindre kompetanse å spille på. Dette gjelder typiske 2. linje-funksjoner (spesialist-tjenester), men også terskel til barnevern og PPT oppleves som høy, og helsestasjonen blir derfor tvunget til å stå mer på egne ben.

I følge Fugelli konsentrerer vi oss for mye om de upåvirkelige endeproduktene, i stedet for helsefarene og helsegodene, de foranderlige startprosessene (1). I denne sammenheng tenker jeg på at relativt sett bruker PPT og barnevern mye tid og energi på de tunge sakene med store adferdsavvik, omfattende omsorgssvikt-problematikk, omsorgsoverdragelse.

Bruker helsestasjonen på den annen side for mye tid på bagateller? Hvor og hvordan bør disse tre autonome fagmiljøene møtes i det forebyggende barnevern?

Mens fokus tidligere var på risikoforhold som kunne forebygges, er det økende interesse for helsefremmende faktorer som helt eller delvis kan nøytralisere førstnevnte.

Med utgangspunkt i disse spørsmålene og problemene, drives det et prosjekt i Fana bydel omkring forebyggende barnevern. Jeg vil i denne artikkelen gi en beskrivelse av prosjektet og noe bakgrunnskunnskap om emnet. Jeg vil presentere kjente risikofaktorer for barns psykiske helse, og noen faktorer vi vet fremmer barns psykiske helse. Jeg vil ta for meg tegn på omsorgssvikt. Begrepet løvetannbarn (2) går igjen i artikkelen. Det er barn som på tross av belastende risikofaktorer utvikler seg tilsynelatende normalt. En forståelse av disse løvetannbarna gir forebyggende barnevern en ny dimensjon og et register av nye muligheter.

Risikofaktorer for barns psykiske helse.

- 1) Medfødt legning.
- 2) Moderat til alvorlig stress omkring fødselen.
- 3) Sosial arv. Økonomisk og intellektuelt ressursfattige foreldre.
- 4) Kronisk sykdom hos foreldre og/eller barn gir henholdsvis redusert omsorgskapasitet og økt omsorgsbehov, og fare for misforhold mellom kapasitet og behov enten det dreier seg om fysisk eller psykisk sykdom. Graden av sykdom er viktig slik at f. eks. ved psykisk sykdom er psykose spesielt belastende. En ser bare økt psykiatrisk sykelighet av barn fra familier med både dårlig forhold mellom foreldrene og psykiatrisk sykdom hos en av dem (3). Det tyder på at det er familieditharmonien som er utslagsgivende, og at god kompetanse og mestringsevne hos en av foreldre-figurene moderer tilsvarende mangler hos den andre.
- 5) Foreldreinkompetanse. Det kan være "vellykkete" foreldre som er for selvpøttet og karriereorientert og/eller for opptatt av økonomi og materielle ting. Det kan være umodne foreldre eller foreldre som av andre grunner har redusert evne/vilje/mulighet til å tilegne seg og bruke kunnskap om barns omsorgsbehov. Det dreier seg mer om uvitenhet enn om "slemme" foreldre. Det er ikke nok med kvalitet over samværet, det må også være en viss kvantitet.
- 6) Gjennomtrekksfamilier. Separasjon, skilsmiss og dødsfall av nære omsorgs personer er belastende for barn. Omsorgsbrudd første leveår kan være særlig belastende. Barn taper alltid i skilsmisser grunnet lojalitet til begge foreldrene. Barn må ha faste tilhørigheter (behøver ikke være biologiske foreldre, men det må være en viss stabilitet). Men det kan være gunstig for barn å slippe å ha kontakt med en rusmiddelbelastet omsorgsperson. Barn kan komme bedre ut etter en skilsmiss dersom det i familien hersker uvennskap, dis harmoni og ingen snakker med hverandre.
- 7) Rusmiddelmisbrukende foreldre. Foreldrenes vekslende og uforutsigbare atferd, forstyrrete omsorgskapasitet og kvalitet kan være like belastende som å

ha psykotiske foreldre. Det er ødelegende for barn å ikke vite hvordan far og mor er nå.

Mange risikofamilier sliter med skyldfølelse. Dette er en viktig erkjennelse i seg selv og kan også ha en terapeutisk verdi.

Det er vanskelig å påvise sikker effekt av enkeltfaktorer alene, men risikoen stiger skapt når flere belastninger forekommer samtidig. Belastningen virker direkte og indirekte på kjeder av reaksjoner over tid. Risikofaktorer gir utslag både gjennom interaksjon og addesjon. Derfor kan praktiske tiltak som hver for seg tilsynelatende har mer begrenset verdi til sammen ha avgjørende betydning for et barns utvikling.

Fremmende faktorer for barns psykiske helse

Erkjennelse av at tross belastende risikofaktorer utvikler en del barn seg tilsynelatende normalt, har resultert i økende interesse rundt "løvetannbarna". Det må være mekanismer som skjermer disse barna og som øker deres motstandskraft. Forståelse av dette er viktig i målrettet helsefremmende arbeid. Følgende forhold virker helsefremmende hos barn:

- 1) De har ikke hatt adskillelse fra primær omsorgsgiver første leveår.
- 2) De har ikke hatt for mange søskener og i for tett rekkefølge, noe som kan resultere i "kaotiske" familieforhold eller manglende kapasitet til å gi aldersadekvat omsorg.
- 3) De har ikke lav IQ.
(I hvert fall hvis gode skoleprestasjoner er uttrykk for god helse.)
- 4) Barnet får utvikle en nært tilknytning til minst en omsorgsgiver som gir det mye positiv oppmerksomhet, spesielt som spedbarn. Hvis foreldrene ikke fungerer som omsorgsgiver, kan andre personer i større eller mindre grad tre inn i denne rollen, f. eks : besteforeldre, dagmamma, voksenkontakt i barnehage/ skole/fritidshjem, nabo, foreldre til lekkamerat .. Diskontinuitet i slike foreldresubstitutter er uheldig og kan f. eks. oppstå ved flytting eller gjennomtrekk av barnehagepersonale.
- 5) Trygge og stabile mellommenneskelige forhold og opplevelser av å ha lykkes eller mestret. Det gode selvbildet/den gode selvtillit er nøkkelen til god mestring. Dette næres av trygge tilknytninger (å bety noe for noen) og gjennom ferdigheter (å kunne noe). Det avgjørende synes å være at det er rimelig samsvar mellom de plikter og det ansvar man pålegger barnet, og de mulig-

heter barnet har ut fra sin alder og ferdigheter til å mestre det forventede. Altruisme er et positivt mestringstegn og utvikles best når barn opplever at det er bruk for dem.

Mestringsperspektivet vil være en sentral del av den faglige basis for forebyggende mentalt barnevern.

6) Gode sosiale nettverk og avlastning for foreldre øker deres mestringskapasitet og evne. Dette er spesielt aktuelt når foreldre har redusert omsorgskapasitet eller barn krever ekstra omsorg av forskjellige grunner. Ved å drive nettverksarbeid og praktiske avlastningstiltak legger vi indirekte forholdene til rette for barnets positive utviklingspotensiale.

Emosjonelle lidelser eller forstyrrelser hos barn har i utgangspunktet en god prognose i det bare ca. 1/3 fortsetter som psykiske lidelser hos voksne, og da nesten alltid neuroser med en symptomutforming som har utviklet seg videre fra barneårenes plager.

Normale intellektuelle evner hos barn og voksne og aldersadekvat emosjonell tilknytningsevne er positive prognosefaktorer ved adferdsforstyrrelser hos barn. Svakt sosialt miljø og vedvarende lovovertridende adferd hos barn og voksne er negative tegn.



Foto: Kari Gorwitz

Tegn på omsorgssvikt

I kontakt med barn på helsestasjonen fremkommer en rekke signal som vi må kjenne betydningen av. Å vurdere utviklingen til et barn og kjenne igjen varsel-symtomer på omsorgssvikt fordrer nokså inngående kjennskap til normal-utvikling i de forskjellige alderstrinn. Avhengig av alder vil omsorgssvikt kunne gi forskjellige symptomer som går på:

- 1) IQ
- 2) Språkutvikling
- 3) Nevrologiske utfall
- 4) Forstyrrelser i sosialiseringss prosessen
- 5) Dårlig koncentrasjon
- 6) Dårlig selvbilde
- 7) Undertyng
- 8) Udiskriminerende kontakt
- 9) Tegn på understimulering
- 10) Spise og sovnvansker

At varsel-symtomer er tilstede betyr bare øket oppmerksomhet fra vår side, og er ikke ensbetydende med omsorgssvikt. Graden og mengden av varsel-symtomer blir avgjørende.

Prosjekt i forebyggende barnevern i Fana bydel

Paradokslt nok vil det vise seg at først når man har overvunnet den sosiale treghet overfor forebyggende virksomhet gjennom å prøve ut program som hviler på inadekvat, men akseptabelt vitenskapelig grunnlag, vil det vokse frem en forskning som kan bli den valide basis for videre arbeid. (4).

Med dette som utgangspunkt ønsket vi i Fana å endre vår tilnærming til forebyggende barnevern basert på teori og kunnskap fra en rekke undersøkelser senere år. Det har vært usikkerhet omkring hvordan dette skulle omsettes i hverdagens arbeidsrutiner, og derfor er det en forutsetning at endringer gjøres underveis på bakgrunn av erfaringer. Prosjektet er organisert som aksjonsforskning, det vil si at en ikke skal nyte ferdig oppsatt forsøksprotokoll for å teste ut et forsøksopplegg. Dette er spennende, men kan også gi frustrasjoner.

Fana er en utbyggingsbydel med en del eldre bebyggelse. Folketallet er 27500. Siste 5 år har barnetallet på helsestasjonen steget ca. 10% årlig, og fødselstallet vil i 1991 være ca. 460.

Jan. 91 startet PPT, barnevern og helsestasjonen et samarbeidsprosjekt i forebyggende barnevern. Styringsgruppen besto av lederne ved de samarbeidende enhetene med helsesjefen som leder. Den økonomiske rammen var på 150000 kr. årlig. Det ble tilsatt psykolog som prosjektleader i 1/3 stilling, og avsatt ca. 60000 kr til kompetanshevendende tiltak og utprøving av forskjellige tiltak overfor risikofamilier.

Vi valgte 0-4 år som målgruppe fordi de 4 første leveårene er mest kritisk i barns utvikling, og følgelig vil omsorgssvikt i denne perioden gi størst varig skade. I tillegg er det denne aldersgruppen helsestasjonen har hyppigst kontakt med.

Jeg har tidligere begrunnet hvorfor helsestasjonen ble valgt som arena. Både PPT og barnevernet vil nå flere barn direkte og indirekte via helsestasjonen ved kompetanseoppbygging og veiledning av lege og helsesøster.

Prosjektets målsettinger

1)"Dyktiggjøre helsestasjonen i silingsfunksjonen m.h.t. risikobarn og familier", f. eks ved:

- seminar
- veiledding på konkrete saker og aktuelle problemstillinger
- utvikle bedre metoder på helsestasjonen
- mer systematisk kartlegging av risikofaktorer og ressurser.

2)"Dyktiggjøre helsestasjonen i å finne de risikobarn hvor en har mest å hente m.h.t. tiltak".

Dette er et vanskelig punkt. Kanskje kan en hjelpe med noe, selv om det er utilstrekkelig til "det gode liv". Kanskje må en bruke andre og uvante metoder og kanaler, og en kan sikkert bli flinke til å finne ressurser og muligheter. Kan en alltid hjelpe?

3)"Dyktiggjøre helsestasjonen selv til å drive forebyggende barnevern og sette inn adekvate tiltak og henvise de rette barna videre", f. eks ved:

- bedre rådgivning
- tettere oppfølging på helsestasjonen og med hjemmebesøk
- nettverksarbeid
- ulike typer gruppevirksomhet
- avlastningstiltak
- bedre bruk av det som finnes i nærmiljøet
- bedre rutiner og muligheter til henvisning til andre instanser.

4)"Målet er å hindre en utvikling som gjør at barnevernet må kobles inn". Dette er en ideell målsetting. En mer praktisk målsetting kan være å koble inn barnevernet på en mer positiv måte, og få et bedre samarbeid mellom helsestasjon og barnevern i vanskelige saker.

5) Det var også et mål å få et generelt bedre samarbeid mellom PPT, barnevern og helsestasjon. Dette vil redusere den fragmenterte tilnærmingen til problemene og gi en bedre faglig utvikling i alle miljøene. Helt konkret skal PPT og barnevern frigjøre timer som skal brukes i forebyggende øyemed innen helsestasjonen.

Forskjellige praktiske problemer

Barnevernet og PPT er nokså låst i tunge faste oppgaver og øyeblikkelig hjelp. Det blir liten tid til å forebygge. Helsestasjonens problemer blir lett bagatellmessige i deres hverdag.

Helsesøstrenes og legenes tid har på den annen side vært nokså låst med timebøker fullstappet med de "obligatoriske" kontrollene. På bakgrunn av tidsstudier og evaluering av eksisterende kontroller, er flere av de rutinemessige kontaktene ved helsesøster kuttet ut der en mener dette er forsvarlig. Innspart tid er satt inn overfor de en mener har et spesielt behov. Det kan kanskje være enda mer å hente i en slik differensiering i konsultasjonsfrekvens, men dette må balanseres mot helsestasjonens grunnleggende funksjoner overfor alle barn og småbarnsforeldre. Dette vil også gjelde ved ytterligere differensiering av konsultasjonenes innhold.

Forebyggende barnevern har forskjellig betydning i PPT, barnevern og helsestasjonen. Helsestasjonen driver primært og sekundært forebyggende med hovedvekt på det første. PPT og barnevern driver sekundært og tertiatert forebyggende, med hovedvekt på det siste, dog slik at PPT oppleves nærmere helsestasjonen. Det er problematisk at en opererer med forskjellige resultatmål og suksesskriterier. Hva bør være naturlig felles arena?

Det er en utfordring å få legene enda mer med i den faglige utviklingen. Deres knappe tid på helsestasjonen blir brukt fullt ut til konsultasjoner. Dermed



Foto: Kari Gorwitz

kommer de litt på siden av den prosessen som skjer på helsestasjonen selv om de har vært med på en del av seminarvirksomheten. Interessen er der, slik at dette blir en viktig utfordring for prosjektet å finne bedre løsninger på.

Hva har skjedd hittil?

- 1) Vi har økt tilbudet av spesielt tilrettelagte grupper for risikofamilier:
 - babygruppe for usikre førstegangsfødende
 - grupper for alenemødre
 - spesiell gruppe ved 4 mndr.
 - søvngrupper
 - andre grupper er under planlegging
- 2) Individualveiledning ved psykolog
- 3) Utprøving av avlastningstiltak:
 - tilbud om gratis barnevakt (vi har en gruppe med "godkjente" barnevakter)
 - begrenset økonomisk støtte til psykologhjelp for foreldre
- 4) Samarbeidet går lettere, og den gjensidige kontakten er hyppigere og bedre. Felles seminarer har redusert barrierene, men mye av potensialet i et mer samordnet forebyggende barnevern ligger der fortsatt ubrukt.

5) Etablering av tettere samarbeid med sosialkontorets sosialomsorgsgruppe. Dette kan være vel så viktig som kontakten med barnevernet, og mulighetene til å drive primærforebyggende og sekundærforebyggende arbeid er større.

6) Sammen med sosialkontoret har vi innledet kontakt med Fylket om å etablere et familievernkontor for vår region plassert i helse- og sosialsenteret i vår bydel. Vi ønsker at familievernkontoret skal legge spesielt vekt på det forebyggende barnevernet i sin prioritering av saker og arbeidsmåte. Samordning mot helsestasjon, sosialkontor og barnevern i bydelene og kommunen i nedslagsfeltet blir da viktig.

7) Faglig utvikling:

- en har avviklet flere felles seminarer og sendt medarbeidere på aktuelle kurs
- bedre veileder fra PPT, blant annet ved 4 års kontroller
- helsesøstrene har et fagutviklingsmøte hver 14. dag med litteraturgjennomgang
- bruk av video i konsultasjonsammenheng
- det er utarbeidet og tatt i bruk et eget skjema hvor risiko, ressurser og aktu-

elle tiltak fremgår. Dette er nå til revisjon på bakgrunn av erfaringene så langt i helsestasjonen og barnevernet. Allerede nå har det gitt oss nyttig og overraskende informasjon. Interesserte kan få kopi av skjemaet når det er ferdig utprøvet.

Fremtiden

Forebyggende barnevern er ikke noe nytt i helsestasjon, PPT eller barnevern. Vi ønsker at de 3 fagmiljøene skal trekke mer sammen. Jeg håper at senere års kunnskap om helsefremmende og hemmende faktorer for barns utvikling skal dyktiggjøre oss i forebygging. Det er et mål å flytte fokus fra tertiarforebyggende mot sekundær- og primærforebyggende tiltak. Dette vil ha konsekvenser for måten en organiserer arbeidet sitt på. Skal forebyggende barnevern bli tatt på alvor, må vi bli flinkere i evalueringsprosessene. Det er ikke nok å tro og håpe, og vi må over "synse" stadiet.

Vi har valgt en retning å utvikle oss mot. Det er ikke uproblematisk, men det er prisen for å gå utenom gamle stier. Det er langt frem til målsettingene er innfridd, og underveis blir det nok en del prøving og feiling. Prosessene er imidlertid positive og mulighetene for fremtiden virker spennende.

Setter vi vidvinkel på og tenker *forebyggende* må vi i større grad engasjere oss i de prosesser som danner rammebedingelsene for småbarnsfamiliene. Arbeidsledighet, arbeidslivsproblemer, bomiljø, skole og barnehager er noen felt som direkte og indirekte har avgjørende betydning på barns oppvekstvilkår. Derfor bør vi engasjere oss mer overfor politikere, administrasjonen, frivillige organisasjoner og nærmiljøet.

Referanser:

- 1) Fugelli, P. (1991): Medisinsk politikk Grafitti. Tidsskr. Nor. Lægef. 8, 1991; 111: 986-91.
- 2) Sommerschild, H., Grøholt, B. (1989): Lærebok i barnepsykiatri. TANO.
- 3) Rutter, M., Quinton, D., (1984): Parental psychiatric disorders: Effects on children. Psychological Medicine, 14, 853-880.
- 4) Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York.
- 5) Evang, A. (1990): Det vanskelige liv. J.W.Cappelen.

**Helsesjef Bent Folkvord
Kommunehuset
5050 Nestun**





Hva gjør oss friske?

Aaron Antonovsky:
Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well.
San Francisco, Jossey-Bass Inc. 1987

Av Anders Evang

Helsevesenet vårt gir stadig mindre helsegevinst ved øket innsats eller omkostninger. I motsetning til endel politikere tror jeg ikke vi kan organisere oss ut av dette uføret. Selve *forståelsesrammen* i helsevesenet er ikke tilstrekkelig vid i vår tid med et endret spektrum av helsetrusler. I denne kronikken vil jeg ta fatt i en flik av den herskende medisinske forståelsesmåten ved å trekke frem Aaron Antonovsky.

Antonovsky er en israelsk sociolog med helse som spesialfelt. Han sier at stress og belastninger kan virke høyst ulikt på folk. Noen klarer belastninger svært dårlig. Noen klarer dem brukbart, i allfall på litt lengre sikt. Noen få klarer å gjøre belastninger om til utfordringer, og vokser på det.

I sin bok "Unravelling the Mystery of Health" fra 1987, kritiserer Antonovsky den rådende forståelsesmåten, den biomedisinske modell. Den er basert på at organ-systemene er friske inntil de rammes av noe som fremkaller sykdom, f. eks. en skade, en bakterie, et virus, en ernæringsmangel, en forurensning eller lignende. Denne tradisjonelle måte å tenke på fokuserer på det som fremkaller sykdom.

Denne modellen er blitt utvidet. Det er ikke nødvendigvis bare *en* årsak til sykdom. Det kan være flere eller mange medvirkende årsaker eller faktorer. De kan være fysiske, men også psykiske eller sosiale. Det går an å legge vekt ikke bare på å helbrede, men også på å forebygge. Men fortsatt er vi innenfor den samme modellen. Interessen gjelder fortsatt hva som fremkaller sykdom.

Antonovsky foreslår heller å rette oppmerksomheten mot *hva som fremkaller helse*. Hva er det som gjør at noen forblir sunne, tross alt? Lidelse, belastninger og stress er en del av selve den menneskelige situasjon. Ingen står på sidelinjen. Alle opplever vi sterke eller svake belastninger, i kortere eller lengre perioder. Belastninger hører menneskelivet til. Hva er det som gjør at noen mennesker lider mindre enn andre, eller beveger seg mer mot helse enn andre? Antonovsky skriver om sykdom generelt, ikke bare om psykiske vanskeligheter. Det vil si: like mye om blodtrykksykdom, infarkt og kreft som om angst eller depresjon.

Hva er forskjellen mellom de to måtene å tenke på? I den tradisjonelle forståelsesrammen er diagnose og det organ det gjelder satt i fokus. Årsaker er knyttet til spesifikke risikofaktorer. Man mener at belastninger bare virker negativt, og leter etter en "magisk kur". Illusjonen om helse som en statisk og absolutt tilstand består.

I tenkningen om hva som fremkaller helse, er derimot mennesker på en skala fra helse til ikke-helse satt i fokus. Det er viktig hva den enkelte har å berette, mener Antonovsky. Det finnes ikke bare risikofaktorer, men også helsebringende faktorer. Forhold som belaster finnes overalt. De kan virke negativt eller positivt. Kunsten er å mestre dem så godt som mulig.

Hva er det da som gjør at noen beveger seg mer mot helse enn andre? Antonovsky mener at "sense of coherence" er helse-bringende. Dette begrepet hans, "opplevelse av sammenheng", består av tre ledd:

Forståelighet dreier seg om i hvilken grad man opplever at indre og ytre stimuli er kognitivt forståelige, i hvilken grad de står frem som informasjon som er ordnet, konsistent, strukturert og klar, heller enn som kaotisk, tilfeldig og uforklarlig støy. Sanseopplevelse er informasjon, ikke bare bråk. Verden er til å forstå. Det finnes en viss orden, struktur og forutsigbarhet.

Overkommelighet dreier seg om i hvilken grad man opplever at det finnes, og at man har tilgang på ressurser som er tilstrekkelige til å mestre og overkomme de krav og belastninger som man blir bombardert av. En rimelig balanse mellom under- og overbelastning bidrar til det.

Mening dreier seg om i hvilken grad man synes livet gir mening følelsesmessig, i

Foto: Kari Gorwitz



hvilken grad i allfall noen av de problemene og kravene som livet byr på, er verd å investere energi, forpliktelse og engasjement i, eller utgjør utfordringer. Det viktige er emosjoner, vilje og motivasjon.

Finnes det støtte for hans hypotese? Antonovsky, som er en erfaren forsker, har utarbeidet et gjennomprøvet spørreskjema for å måle opplevelse av sammenheng. Undersøkelser er gjennomført på forskjellige befolkningsgrupper, først og fremst i Israel og i Nord-Amerika. Foreløpige funn tyder på klar og sterk korrelasjon mellom opplevelse av sammenheng og forskjellige mål på helse.

Opplevelse av sammenheng knytter nye, viktige forbindelser mellom menneskers personlighetsfungering, deres generelle helse og forhold i samfunnet. Når vi ser på de tre leddene i begrepet:

forståelighet, overkommelighet og mening, har de alle to aspekter. Det ene aspektet er personens *indre forutsetninger*. Det andre aspektet er alle elementene i personens *ytre livsomstendigheter*.

I forståelighet er ett aspekt de indre, personlighetsmessige forutsetningene for å forstå. Men hvert menneske lever også i en faktisk, ytre virkelighet. Hvor lett eller vanskelig er det å forstå virkeligheten og de samfunnsmessige sammenhengene idag? Konsistente opplevelser gir grunnlag for forståelighet. Men mange mennesker opplever raske forandringer eller inkonsistens i sine liv. Er de informasjonstilbud vi får, egnet til å fremme forståelighet?

Noe av vanskelighetene følger av at det er blitt så mange områder og sammenhenger som vi trenger å forstå. Et eksempel: I mange postin-

dustrielle samfunn fører forandringer til uforutsette og uønskede ulykker. Men ingen vil ta ansvaret. Politikerne skyver det fra seg. De vil ikke stå frem for velgerne og medgi at mange ulykker er uløselig knyttet til mål som de fleste politikere og velgere har delt, nemlig materiell vekst og overflod. Tilværelsen er faktisk ganske vanskelig å forstå.

Det neste leddet er *overkommelighet*. Hvor overkommelige livsvanskelighetene er, avhenger selvsagt av jeg-styrke og personlighetsfungering på det aktuelle tidspunkt. Jeg skrev om det i bokform i fjor (1). Men overkommelighet avhenger også av hvor mange og hva slags livsvanskeligheter man faktisk står overfor. Hvordan er det med husrom? Mat? Klær? Rent vann? Hygienemuligheter? Egen og familiens helse? Jobbmulighet? Utdannelse? Gjeld? Klasseskiller? Rett-

sikkerhet? Fysisk trygghet? Jord? Mange faktiske ytre forhold kan bidra til opplevelse av makteløshet. Den kan ta overhånd om man har lite støtte og bekreftelse fra andre, eller hvis det er lite samhold eller felles kamp.

Det siste leddet er *mening*. Evnen til å oppleve mening avhenger i høy grad av vår indre objektverden, dvs. av våre indre bilder av oss selv og av andre mennesker. Denne indre verden skapes de første leveår og utvikles siden. Men ytre, faktiske forhold kommer også inn. En verden som er kald, hard, hyklersk, voldelig eller uforutsigbar, svekker opplevelsen av mening. Antonovsky skriver: "Avgjørende er at folk godkjenner de oppgavene de får, at de har betydelig ansvar i gjennomføringen, og at det de gjør eller ikke gjør, har virkning på det som blir resultatet".

Den tradisjonelle medisinske forståelsesmåten, med vekt på hva som skaper sykdom, er ufullstendig. Vi må også vende blikket mot det som skaper helse. Vi bør prioritere på topp forholdene for foreldre og små barn, prioritere perioden da personligheten blir grunnlagt. Vi bør omforme vår samfunnsutvikling, slik at den gir mennesker bedre muligheter til å oppleve forståelighet, overkommelighet og mening.

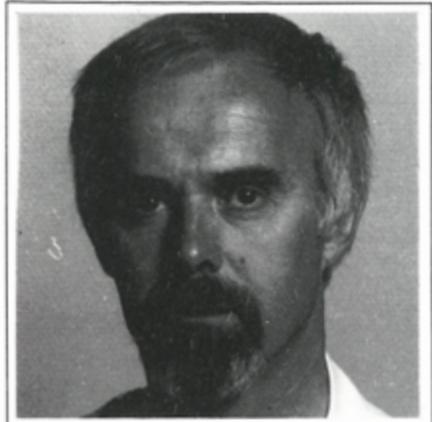
Litteratur:

- Evang A. Det vanskelige liv. Cappelen, Oslo 1990.

Overlege Anders Evang
Linderud Psykiatriske
poliklinikk
Erik Mogensensvei 38
0594 Oslo 5 □

Artikkelen er tidligere trykket i Aftenposten juli 1991.

Livsvilje, krefte og



Knut Lote er født i Ullensvang -43. Cand med. fra Bergen -70. Dr. med. -83. Allsidig erfaring fra onkologien. Er nå overlege ved Radiumhospitalet.

Av Knut Lote

Mennesker med metastaserende kreftsykdom viser ofte imponerende mot og styrke i konfrontasjonen med en invalidiserende og progredierende tilstand, der behandlingsmulighetene vanligvis er begrensete. Med unntak av testikkelkreft, maligne lymfomer, enkelte leukaemier og noen få sjeldnere kreftrformer, er fortsatt de aller fleste kreftsykdommer med fjernmetastaser uhelbredelige med dagens behandlingsmuligheter. Smerter, nedsatt arbeidsevne og tap av viktige legemsfunksjoner blir ofte en del av hverdagen.

Vi friske, i våre innbilte bobler av usårlighet, kan ofte synes at mange kreftpasienters hverdager er så plagsomme at eutanasi eller suicid måtte være bedre enn fortsatt eksistens. Men det er en klinisk erfaring at suicid er sjeldent - egentlig svært sjeldent - hos kreftpasienter med aktiv sykdom. Paradoksal nok rammes mange kreftpasienter som klinisk er helbredet av sin sykdom av nedstemhet og depresjoner (1). Livet, *til og med* med smerter og plagsomme symptomer, oppleves åpenbart verdifullt. Mange, kanskje de fleste, får en ny nærlighet og ørlighet til sine nærmeste. Men noen kreftpasienter opplever at de nærmeste "rømmer", familie og venner orker ikke møtet med sykdom, død, tap - og dypest sett: sin egen forgjengelighet.

Alle kreftpasienter må gjennom en tilpasningsprosess for å kunne akseptere at de er rammet av kreft og må leve videre med sykdommen. Naturlig nok er prosessen individuelt forskjellig, og multifasetert som menneskene selv og det sosiale flettverk pasienten lever i. Hver enkelt må finne sin løsning.

Kan aktiv, kjempende holdning mot sykdommen og innbitt vilje til liv, beskytte kreftpasienter og forlenge overle-

velsen *til og med* ved metastaserende sykdom? Vi vet at kroppens hormonmiljø kan endres ved stress (2) og ved depresjoner (3), at sentralnervesystemet kan påvirke kroppens immunforsvar (4); psykologisk stress kan gjøre oss mer utsatt for forkjølelse (5). Det er velkjent at farmakologisk endret hormonbalanse kan påvirke kreftsykdommer - f. eks. brystkreft og prostatakreft. Tanken at psykisk kraft eller ulike psykososiale påvirkninger, eller behandlinger kan endre kreftsykdommers forløp er nærliggende. Hva vet vi om dette?

Dessverre er det mange hypoteser og få harde fakta å finne i medisinsk litteratur om interaksjonen mellom en kjempende psyke og en kropp med metastaserende kreft. Utvilsomt kan også påvirkningen gå i motsatt retning: en aggressiv kreftsykdom tvinger selv den sterkeste psyke i kne. Noen kreftsykdommer er nadeløst aggressive i sitt metastaserende stadium - overlevelsen ved metastaserende lungekreft eller pankreas cancer er få måneder, og overlevelsen synes å endres lite selv av den sterkeste livsvilje. Metastaserende colon/rectumcancer inntar kanskje en mellomstilling - pasienter med en aktiv kjempende holdning som ikke gir opp, men som stabler seg på bena, spiser innbitt, stritter imot - kan trolig bedre unngå kachexi og tromboemboliske komplikasjoner, og kanskje leve lengre enn den passive pasienten som gir opp - og synker. Men igjen avhenger nok dette mye av den uendelighet av permutasjoner som finnes av tumors biologiske aggressivitet, metastatisk potensiale, veksthastighet og metastaselokalisasjoner bare innenfor denne sykdomsgruppen.

En norsk pasient med brystkreft har skrevet to bøker (6, 7), dels om sine reaksjoner på og erfaringer med helsevesenet, dels om sin tro på og håp om at aktiv, kjempende psykisk holdning kunne påvirke, kanskje *til og med* helbrede hennes og andres kreftsykdom.

overlevelse

Hypotesene om slik effekt er mange, men dokumentasjon mangler. Likevel ingen vil benekte at tro, håp og aktiv livsholdning generelt er positivt i enhver livssituasjon, også etter en kreft-diagnose.

En studie fra USA undersøkte 86 kvinner med metastaserende brystkreft der 50 kvinner fikk psykososial støttebehandling (gruppessamtaler) og 36 pasienter tjente som ubehandlet kontrollgruppe (ikke gruppessamtaler). Observasjonstida var 10 år, og kvinnene i behandlingsgruppa levde i gjennomsnitt 18 mnd. lengre (8). Resultatene er sterkt omdiskutert, dels fordi gruppene var små, dels fordi randomiseringsprosedyren kan kritiseres; men vi kan ikke ute lukke at der kan finnes en sammenheng mellom bedret psykososial tilpasning og overlevelse hos pasienter med brystkreft.

Tallrike "alternativ" behandlingsformer mot kreft tas ofte opp i media, og har også vært gransket kritisk, blant andre av det prestisjetunge Office of Technology Assessment ved Kongressen i USA (9) og av det tyske magasinet "Der Spiegel" (10). Også andre rapporter foreligger, men forlenget overlevelse for pasienter behandlet med slike alternative behandlingsformer er ikke overbevisende dokumentert (11,12). Motivasjonen for behandlerne varierer fra ytterpunktene overbevist idealisme og ønske om å hjelpe medmennesker i en desperat situasjon til ren og uforfalsket svindel.

Vi mennesker trenger tro, håp, trøst og støtte fra andre i den nære krets ved kriser i livet, slik alvorlig sykdom er. Egen sjelsstyrke er alltid verdifull, ikke minst i kriser. Generelt synes jeg ikke at kreftpasienter mangler hverken livsvilje, so-

sial tilpasning eller omgivelsenes medfølelse og støtte. Kanskje kan summen av egen styrke og andres psykiske støtte forlenge livet ved noen kreftsykdommer. Men mitt kliniske inntrykk er at kreftsykdommens biologi, veksthastighet og metastatiske potensiale er den suverent viktigste faktor for overlevelsen ved de aller fleste kreftsykdommer.

Litteratur:

- Devlen J et al: Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. Br Med J 1987, 295: 953-7.
- Selye H: The general adaption syndrome and the diseases of adaption. J Clin Endocrinol 1946, 6: 117-230.
- Gold PW et al: Psychiatric implications of basic and clinical studies of corticotropin-releasing factor. Am J Psychiatry 1984, 141: 619-27.
- Shavit Y et al: Opoid peptides mediate the suppressive effect of stress on natural killer cell cytotoxicity. Science 1984, 223: 188-90.
- Cohen S et al: Psychological stress and susceptibility to the common cold. N Engl J Med 1991, 325: 606-12.
- Tuft H: Min kreft - mitt ansvar. Gyldendal Forlag, Oslo 1986.
- Tuft H: Kreftceller finnes også i sjelen. Liv Forlag, Oslo 1987.
- Spiegel D et al: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989, II: 888-91.
- Fintor L: OTA report disputes success of unconventional cancer therapies. J Nat Cancer Inst 1990, 82: 1668-69.
- Der Spiegel nr 14, s. 146-61, 1991: Alternative Krebstherapie: Zwischen Hoffnung und Hokuspokus.
- Bagenal FS et al: Survival of patients with breast cancer attending Bristol Cancer Help Centre. Lancet II, 1990, 606-10.
- Cassileth BR et al: Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. N Engl J Med 1991, 324: 1180-5.

**Overlege Knut Lote
Det Norske Radiumhospital
Montebello
0310 Oslo 3**





MELDINGER

"Ein kan lett ta fødselen frå foreldra"

- en samtale om fødselsopplevelser.

Schack M (red). *Forløsning Ni kvinder skriver om at føde.* København: Rosinante 1991.

Av Marit Hafting.

Sommeren -91 kom boka "Forløsningen" ut i Danmark. Den inneholder 9 kvinners fødselsberetninger, og tilslutt beskriver en jordmor en nattevakt på fødeavdelingen.

Utposten lot tre personer lese boka, og inviterte dem til å utveksle meninger og tanker om emnet rundt stuebordet en kveldsstund. Samtalen ble tatt opp på lydbånd og blir her gjengitt i redigert form, sammen med sitater fra boka.

De som deltok var:

Borgfrid Klyve,
jordmor ved Fylkes-
sjukhuset på Voss
Vigleik Kolltveit,
allmennpraktiker, Voss
Gerd Blomhoff
Pedersen,
4-barns mor, Voss

Gerd: Eg har aldri lese ei slik bok før. Den er varm og humoristisk og eg kjende meg att. Den gir fødselen den plassen den fortener som det dramatiske og spanande i livet mitt. Fødselen er både noko unikt og noko jordnært, og legg grunnlag for korleis livet med det nyfødde barnet skal bli.

Vigleik: Eg koste meg og kjende meg att. Intensiteten i fødselen kjem godt fram. Likeins er eg einig med boka i at vi har gjort fødselen til ein fabrikkaktig affære. Vi kjem inn på sjukehuset, og så skal alle fødslane gå føre seg etter dei same rutinane. Eg følte det som far, du kom inn i eit system der du ikkje hadde noko du skulle ha sagt lenger - og ikkje minst etterpå. Du fekk ikkje kome på besøk når du ville - og så var det min unge. Eg som far vart fråteken ein intens periode. Ein kan lett ta fødselen frå foreldra.

"Vond" eller "god" opplevelse

Det gør tænder-skærende, ubarmhjertigt, nederdrægtigt ondt. Mer ondt end jeg tror det er muligt. Det gør så ondt, at verden forsvinder, og jeg selv bliver en gloende ildkugle. Det varer længe, så længe at jeg bliver bange for at miste meg selv. Bange for at forsvinde ud i urskoven i tusinde dele som aldrig kan samles igjen. Alt hva jeg plejer at mene er typisk, personlig, uundværligt, dele som tilsammen gør meg til hvad jeg tror jeg er, forsvinder, så jeg tror jeg bliver sindsyg.

Borgfrid: Eg hadde ein vidunderleg fødsel sjølv om det vart med keisersnitt og epidural. Eg fekk mitt fyste barn 44 år gammal. Det var ein fin dag slik som i dag med klare haustfargar. Eg hugsar eg ringte rundt etter fødselen. Eg hadde sikkert vondt, men eg hugsar det ikkje.

Eg trur no allikevel at ved vonde fødselsopplevelsingar er det krefter i mor og barn til at det går bra. Eg tenker på då eg vart født. Mor hadde forferdeleg vondt. Ho låg i 3 døgn, og jordmora tvinga far til å vere med å hjelpe til. Dei hadde därleg hus, og kaldt var det.

Gerd: Fyrste gongen var eg ikkje førebudd på kor vondt det var. Eg var på førehand meir oppteken av at eg gjekk inn eit fellesskap av kvinner som hadde født - mor mi og andre mødre eg hadde kjent. Men eg gløymer ikkje verdensmeistarkjensla etterpå! Fødselen er så vond, den kunne ikkje vore ein mm vondare. Det er klart at der som du vert overvelta av at det er eit enormt register av medikamentar og instrument klart for å gjere dette for deg, vil det prege dei forventningane du har. Det blir eit signal om at dette klarer du muligens ikkje, det er difor dei har alle desse hjelpe midla til deg.

Det er noko med trua på eigne krefter i denne situasjonen som er viktig å ta vare på avdi den har betydning for starten på samlivet mellom mor og barn.



Foto: Kari Gorwitz

Meistring

Borgfrid: Det er fyste gongen eg har hørt nokon setja ord på det med meistring direkte. Rett etter fødselen har dei ikkje ord for kor følt det har vore, men når dei reiser har et allikevel vore ein viktig oppleving.

Gerd: Siste fødselen eg hadde, min fjerde, var siste sjanse eg hadde til å prøve epidural, og eg var freista til det. Eg hugsa dei andre fødslane, og eg tenkte at no kan eg slippe alt det vonde. Eg ville aldri gjort det opp att. Eg brukte langt tid på å bearbeide at eg ikkje hadde trykt ut Odin sjølv. Eg tenkte: "Fader for ei pyse, at eg ikkje sto i det der!" Eg sakna å ikkje ha den fantastiske kjensla av meistring.

Fødselsforberedelse

Fødsler er forskjellige som sne. Muligheten for at oppleve både den utrolige variationen og den fulde oplevelsen av ens eget fødselsmønster forsvinder i vores evige trang til at legge altting fast på forhånd. Jeg ville da helst have undgået enhver slags medikamenter, klip, blokade og tænger. Ikke desto mindre var jeg dypt takknemmelig over det hele, da det gjaldt. Jeg er glad for ikke inden fødselen at have fabrikert et så fast billede af en ideal-fødsel, at enhver avgilelse ville gjøre oplevelsen mindre verd, en fiasko.

Borgfrid: Eg trur det er viktig å sei til dei gravide at dei ikkje skal ha for bestemte oppfatningar av korleis fødselen skal vere - at dei ikkje har bestemt seg for at det skal eg og det skal eg ikkje. Dei bør

vere førebudd på at dei skal vere med på dei ulike avgjerdene etterkvart som fødselen går framover.

Gerd: Det er stor skildnad på 1. og 2. fødsel. 2. gongen veit du meir kva du går til, og tenkjer gjennom fødselen på førehånd. Som 1. gongsfødande klarar du ikkje tenkje lenger enn ut svangerskapet - du er i graviditeten. Det kjem så godt fram i boka av ho som beskriv den vantrua ein kjenner når senga dei skal leggja det nyfødde barnet i kjem inn på fødestova. Sjølv om det berre dreier seg om timar, er det ein sånn vanvittig avstand at det nesten ikkje går an å gjere det tanke-sprangen.

Vigleik: Det å ta vare på individet i svangerskapskontrollen og på sjukehuset har eg tru på. På svangerskapskon-

trollane er det rutinemessig praktiske eigentleg fort unnagjort; men alle gravide er ulike, og det gløymer ein lett. Eg føler at det å bruke tid til å snakke rundt graviditeten og fødselen er noko av det mest fruktbare eg gjere.

Medmenneskelighet, håndverk og teknologi

Vigleik: Fødselen var utruleg intens - noko av det mest intenses eg har opplevd. Det er ikkje berre ei kvinneverd, sjølv om det sikkert er ting kring dette eg som mann ikkje forstår. Eg trur det er turvande å ha vore med på ein fødsel som foreldre, ha opplevd fødselen og vekene på førehånd for å kunne sette seg inn i det emosjonelle.



Borgfrid: Eg trur ikkje det er naudsynt å ha født. Fødslar handlar om liv, død og forventningar, og dei tek tak i oss og hentar fram noko felles menneskeleg i oss. Eg tykkjer jordmora i boka beskriv dette godt. Ho skriv om korleis ho kjem trøytt på nattevakt, men gløymer seg sjølv og sitt under fødselen. Følelsen etterpå kjenner eg og godt:

Nu er jeg ikke lenger i familie med dem. Det tre er familien. Fortryllelsen er brukt. Mirakelet har funnet sted. Nu er jeg blot på arbeid. Moderkaken blir født...

Gerd: Men faktisk er dei der allikevel. Jordmor vert ein viktig person i familien lenge. Eg satte pris på å ha kvinner rundt meg da eg fødde. Kanskje avdi det er meir naturleg for kvinner å gje den nærliken du treng slik som trøyst og klapp på kinnet.

Borgfrid: Me har det siste 1/2 året hatt skiftande danske gynekologar på avdelinga, og eg trur dette med evne til å gi nærliek har meir med kultur å gjere. I natt hadde eg ei fødande eg ikkje greidde å roe. Da sette gynekologen seg på sengekanten, heldt om ho, pusta med ho og fekk ho roleg. Eg ynskte eg hadde hatt video. Dei er mykje varmare enn både norske legar og jordmødrer. Me har snakka med dei om det, og dei meiner det har samanheng med at det er rikeleg med legar i Danmark. Folk forlangar service og legg i det at legane skal vere menneskelege.

Gerd: Det var utroleg å lese i boka om alle dei antennene jordmora hadde utvikla for å vurdera tilstanden til kvenna i dei ulike fasane. T.d. ånden: "Jeg kan lukte på Annes ånde at hun er seks til syv cm åben nu." Og når hun blir usaklig og skjeller ut mannen, da er hun rett før utdrivingsfasen! Eg valde å ha svangerskaps-

kontrollane hjå jordmor avdi eg tillegger dei meir trening i å vurdere ved hjelp av andre midlar enn apparatar. Dei har meir fingerspissfølelse og klinisk blikk. Men jo meir teknologi ein får på fødeavdelinga, jo meir av dette går vel tapt.

Borgfrid: Det er ein av farane ved teknologien at me stolar meir på skjermen enn på det kliniske blikket. Ein anna fare er at me ikke treng bruk oss sjølve som menneske i same grad. Det er enklare for jordmora når dei fødande får epidural. Da ligg dei der og har det tilsynelatande behageleg, og vi kan forlate dei for å gjøre anna arbeid.

Vigleik: Eg synes det er uheldig dersom svangerskapskontrollane ikkje skal skje i allmennpraksis. For det fyrste representerar vi kontinuiteten da vi fylgjer familiene gjennom ulike livsfaser. For det andre vert dei gravide også sjuke av andre ting.

Dersom eg ikkje lenger har svangerskapskontroll, vil eg miste den kompetansen eg har på det området, og difor stå dårlegare rusta til å handsame dei andre helseplagene hennar.

Samtalen fortsatte lenge etter at lydbåndene var oppbrukt. Særleg temaet om hvor og hos hvem svangerskapskontrollene skal foregå, engasjerte. Her møttes to syn. Jordmor tok utgangspunkt i at fødselen og de første dagene etterpå har avgjørende betydning for hvordan samspillet mellom mor og barn skal bli framover. Hun mente derfor at jordmor vil være den som best kan forberede den gravide på fødselen og gjøre henne trygg. Allmennpraktikeren så svangerskap og fødsel som en viktig begivenhet i familiens liv, og mente han ville være den som hadde best forutsetninger for å forstå bakgrunnen til den gravide. (Her kommenterte Gerd at det ikke var alle som hadde fast lege. Selv brukte hun legevaktslege når hun selv eller barna var syke.) Både jordmor og allmennpraktiker så behovet for samarbeid. Begge fortalte at det var første gang de snakket om faglige ting med henholdsvis allmennpraktiker og jordmor enda de bor og arbeider i samme bygda.

Ettertanker

Da gjestene var gått, ble jeg sittende å nyte freden i huset etter at ungene hadde lagt seg. Det Gerd og Borgfrid hadde fortalt var viktig, og bekreftet det jeg håpet samtaLEN skulle illustrere: Fødselen driver deg til det ytterste og kaller fram en kraft i deg som du ikke hadde anelse om på forhånd. Det å erfare at du har krefter når det virkelig trengs, blir en ressurs og kraft som gir trygghet seinere i livet. Det Vigleik fortalte om opplevelsen av hans



Foto: Kari Gorwitz

fødsler, og hvordan rutiner rundt svangerskap og fødsel kan ta fødselen fra familien, belyste imidlertid emnet fra en for meg ukjent synsvinkel:mannens. Jeg fant fram et 19 år gammel fotografi av mannen min dagen etter at hans eldste datter ble født. En venn og pressefotograf hadde knipset ham på gata - han hadde sett at det var *noe* med ham den dagen.

I vår tid med økende forekomst av mishandling av barn, omsorgssvikt, skilsmisser, må det være viktig å ta vare på fars opplevelse og delaktighet.

Det er mange uavklarte spørsmål omkring innholdet og organiseringen av svangerskapskontrollen. For meg oppsto et nytt under dette intervjuet: Hvordan tas fars forventning og opplevelse vare på under svangerskapet?

Det vakreste diktet jeg kjenner om fødselsmysteriet er skrevet av dikteren Olav Nygard fra Modalen - nabobygda til Voss.

Her gjengis første og siste verset:
(Det kreves noe innsats å sette seg inn i diktet, men det er verd strevet!)



Foto: Kari Gorwitz

Til son min.

*Du blunda lagnadlaus i æveblånar
dit inga tid og inga tanke skaut
si braglebraut; frå sælt fordrøynde månar
eit blidøyg sylvskin ut i rømda flaut.
Det var 'kje natta, tyngd av livsens minne,
men meir den fyrste tind av morgonglon;
i alt ein æves fred som sveipte linne
og svale lakan kring deg, ynskjeson.*

*Og lengten rodde ut or sine fjordar
og lærde seg dei lange byljeslag
og auka måle, som når dult det torar,
til dine draumeheimar kom i ag.
Då brast dei åndelette æterkringar,
og jorda med si dragmakt nådde inn.
Då seig du kvar den stund i mindre svingar
til du i vogga låg med varme kinn.*

....

braglebraut= lysande veg
rømda=verdsrommet
morgonglon=morgenlysing
måle=stemmen
ag=uro
æterkringar=bane for himmellegeme

Kommunelege
Marit Hafting
5700 Voss

□



MELDINGER

Møte med døden midt i livet

Heidi Tuft: Møte med døden midt i livet. Aschehoug 1991. 127 s.

Av Richard Jacobsen

43 år gammel kvinne, klinisk psykolog, gift, med en datter. Tidligere operert for ca. mamma. Senere sterkt invalidisert av en smertefull leddgikt. God smertelindring av Prednisonbehandling. Utviklet plagsomme Raynaud-symptomer. Operert for hennemetastase p.g.a. cerebral trykkstigning. Postoperativt påvist 2 andre cerebrale metastaser.

Dette er de kalde kliniske fakta om forfatteren. De stadfester det vi alle opplever i vår daglige praksis: Sykdom og lidelse er ikke rettfærdig fordelt her i verden. I møte med slike pasienter er det at vi får føling med vår egen avmakt. Som behandler har vi sviktet. Å lindre og å trøste er ikke så lett. Tid og ord strekker ikke alltid til.

Kan Heidi Tuft sin bok hjelpe oss til en bedre forståelse av våre lidende pasienter? I 1986 utgav hun boken "Min kreft - mitt ansvar?" Den vakte adskillig debatt fordi den handlet om legens makt og den passive rollen pasienten ble påtvunget.

Første kapittel som hun ganske treffende kaller "Etterbyrden" beskriver de vanskelige hun opplevde etter sin første bok. Utallige intervjuer av journalister som var mer oppatt av å fremme sitt budskap enn hennes. Møte med leger som var lite villig til å akseptere hennes kritikk, virket også sårende. Hun fikk og positiv respons, men opplevde hjelpeøsheten i møte med lidelsesfeller som søkte trøst hos henne.

De som frykter at hun videre i boka igjen vil skrive om legenes makt og uforstand kan være trygge. I stedet er det en kritikk av sykdommen(e) sin makt over hennes liv. Det er en personlig skildring av hvordan hun opplever smerten, utilstrekkelighet, sorg, tap og død.

Heidi Tuft
Møte med døden
midt i livet

Heidi Tuft
Møte med døden midt i livet

Aschehoug
Omslagsfoto: Leif Rustand
ISBN 82-03-16634-2
9 788203 166341

[The text block on the back cover is a transcription of the review article above.]

Hun gir en levende skildring av hvordan giktsmertene bryter henne ned og virker inn på hennes daglige gjøremål til minste detalj. Prednison, med sine potensielle bivirkninger, blir hennes store "befrier".

Midlertidig tap av håret, "kvinnens pryd", aksentuerer fortvilelsen over bare å ha ett bryst. Bryster og langt hår er begge symboler på det kvinnelige. Dermed blir tapet ekstra belastende for henne. Hun klarer aldri å avfinne seg med de forskjellige parykkene.

Hun opplever ikke at meningen med livet blir mer forståelig når hun skjønner at kreftsykdommen vil ta livet av henne. Tvert i mot føles livet mer komplisert og meningsløst. Dødstanke gjør henne handlingslammet. Dermed får hun panikk når hun ikke får brukt dagene nok, og de glir umerkelig ut av hendene hennes.

Hennes forhold til omverdenen skildrer hun innsiktsfullt og nyansert. Hun ønsker på den ene siden at folk skal snakke med henne om det hun bærer på. Andre ganger ønsker hun å være alene. Hun ønsker å oppleve verden som de friske, men trusselen om død blokkerer for det. Lidelser tærer og på forholdet til hennes kjæreste. "Ingen spør hvordan det står til med ham eller hvordan det er å ha døden i huset." Slik blir de begge ensomme. Men den tyngste oppgaven å gå fra er morsrollen.

Hun påpeker det urimelige i at vi av dødssyke forventer større evne til å oppnå erkjenning, ha evne til tilgivelse, akseptering og forsoning, - egenskaper som i dagliglivets mellommenneskelige forhold er mangelvare. Det er en av grunnene til at hun er motstander av egne "hospice" for døende.

"Trangen til å berette om hvor tyngende sykdommen kan være, er større enn trangen til å ville gjemme alle disse opplevelsene inni meg" sier Heidi Tuft i forordet. Det er subjektive oppfatninger hun formidler, og hun er åpen for at andre i tilsvarende situasjoner kan ha helt andre opplevelser. Hun rokker ved en rekke myter og forestillinger om sykdom, lidelse og død. Det hele er rammet inn av små sideblikk, historiske, kulturelle, sosiale og religiøse, som omhandler tilsvarende tema.

I en vanskelig livssituasjon har hun prestert en lettlest og innsiktsfull bok om et alvorlig emne. For alle som er interessert i mennesker er dette en bok til å bli klokere av. Anbefales.

Kommunelege
Richard Jacobsen
5700 Voss



Societas internationalis medicinae generalis.

46. International Congress on General Practice

Call for Papers

SIMG's 46. internasjonale kongress i allmennmedisin holdes i Klagenfurt, Østerrike i dagene 7 - 11 sept. 1992. Det vil være simultanoversettelse engelsk/tysk. De 4 kongressdagene, etter åpningsdagen, har følgende tema:

Tirsdag 8.9.: The Political Implications for General Practice in Europe after 1992.

Onsdag 9.9.: Exchange of Knowledge and Experiences. Research in General Practice.

Torsdag 10.9.: Co-operation or Competition with other Health Professionals, Social Workers and Alternative Medicine.

Fredag 11.9.: Limits of Expectations of the Health Service.

SIMG inviterer deg til å sende inn abstract eller resyme med henblikk på foredrag, seminar eller workshop ved kongressen. Vi vil i tillegg være takknemlige for begrunnete forslag til talere om kongressens temaer.

Abstract, resyme eller forslag besendt på tysk eller engelsk innen utgangen av februar 1992 til:

Dr Alfons Sips
Chairman of SIMG Congress Committee
Helvoirtseweg 183A
NL-5263- EC Vught

Til Utpostens ANNON- SØRER.

Notér deg Utposten som annonsemedium

Tidsfrister for 1992:

	Bestillings- frist	Materiell frist
Nr 1	12/11-91	10/12-91
Nr 2	14/1-92	11/2-92
Nr 3	10/3-92	7/4-92
Nr 4	21/4-92	19/5-92
Nr 5	19/5-92	16/6-92
Nr 6	18/8-92	15/9-92
Nr 7	15/9-92	13/10-92
Nr 8	13/10-92	10/11-92

Priser:

Størrelse	Svart	sv.+1 f	sv.+2 f	4 farger
1/1 side	4000,-	6000,-	7500,-	8500,-
1/2 side	2000,-	5000,-	6000,-	7500,-
1/3 side	1500,-	4500,-	5500,-	6500,-
1/4 side	1250,-	4000,-	4500,-	5500,-

Teknisk:

Bestilling:

RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim
Telefon 06 - 97 32 22

Materiell:

Avtrykk, reprokopi eller negativfilm med
speilvendt hinnside

Format:

A4, 210 x 297 mm. Satsflate 185 x 265 mm.

Raster:

48 - 60 linjer

Trykkeri:

Voss Offset, 5700 Voss, tlf. 05 51 24 63

Utsendelse er ca 3 uker etter materiellfrist.

Løse bilag koster kr 7000,-

Prisene er eks. mva.

Det vil bli tillegg i prisen for reservert plass

RMR
Kursarrangør

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim. Telefon: 06 - 97 32 22
Bankgiro: 1606.08.09414

Kurs- og fagannonser

Svart/hvitt annonser for kurs, seminar osv. Materiell eller manus sendes til
Idéfo, boks 254, 5701 Voss. Oppsett av annonser faktureres til kostpris.

1/1 side: kr 1000,- 1/2 side: kr 500,- 1/3 side: kr 300,-

Løse bilag: kr 500,-



Jørgen Kommunelege

(mel: Jørgen Hattemaker)

Ja, først lyt eg få nemne mi stilling og min stand:
Eg er kommunelege ein stad i Noregs land.
Sjølv ber eg namnet Jørgen, så skilnaden er stor,
men både eg og rådmannen kom nakne til vår jord!

Makta ligg hos deg,
men ansvaret har eg
for helsa i vår kommune.

Vårt vassverk får til tider ein koliform visitt.
Da må eg fatte vedtak og sende hit og dit.
For det vi gir i frå oss dit vi i løyndom går,
det piplar fram i dagen att nær inntil kjelda vår.

Vatn må vi ha.
Kommunen hevda sta
at rensing blir alt for kostbart.

I statens hus i byen sit helsas tilsynsmann.
Han lagar brev og rundskriv, og gjer så godt han kan.
Med tittel fylkeslege blir skilnaden rett stor,
men både han og Jakob Eng er barn av Moder jord.

Han bør leggast ned,
kommunane treng fred,
slik lyder det trutt frå KS.

På toppen av vårt helsestell er ikkje alt som før,
det har han visst fått sanne vår helsedirektør.
Sjølv ber han namnet Torbjørn og skilnaden er stor,
men liksom Mork eig Nordbom både meininger og ord:

Styring må vi ha,
fagfolk skal sei' ja,
når departementet taler!

Når Dagbladet ein sjeldan gong gjer helsa ein visitt,
det er professor doktor med. som der får tale fritt
om alt han kunne hindre av sjukdom og av dø',
om berre han fekk pengar nok så folk slapp stå i kø.

Status det har han,
men helsa i vårt land
den sikrar vi anonyme.

Foreininga for legar skal trygge mine kår
men eg kjem sist i køen kvar gong forhandling går.
Tariff for privat praksis og overlegelen,
det tel vist meir på Lagåsen enn bygdedokter-bøn.

Gryna fell på deg,
smulane får eg.
Ja, slik ser det ut for Jørgen.

Når dagen han er over og venterommet tömt,
da kjem den rare natta med draum og tankeskremt.
Da blir eg sjølv Jon Haffner, og han blir kanskje den
som strevar fælt med vassverket i øvste utkantgrend.

Hugs, legar i vårt land,
kvar einskild i vår stand:
Vi ror i den same båten!

**Kristian Hagestad, avtroppende leder i OLL
Ass. fylkeslege i Vest-Agder
Kristiansand**



Av Peder Ringdal

Dette er beretningen om en vond hals, om hvordan det kan gå med en pasient som oppsøker helsevesenet for hjelp for relativt uskyldige plager. Den illustrerer at uskyldige plager ikke alltid er så uskyldige, og viser hvilke vansker vi ofte møter i fortolkningen av kliniske funn og supplerende laboratorieundersøkelser.

Anders er 19 år gammel. Tidligere har han hatt noe astmaplager, ellers har han stort sett vært frisk. Han oppsøkte lege nå fordi han siste uken hadde hatt vondt i halsen når han svelget, vært snufsete og

Vondt i halsen - det kan være vondt, det!

tett i nesen uten særlig hoste. Lett febril de første dagene, siden afebril. Han følte seg ikke spesielt syk, men hadde vedvarende svelgsmørter og var tjukk i halsen. Ved u.s. var det hypertrofiske og tydelig injiserte tonsiller med pussbelegg, men ingen trismus. Ingen lokal el. generell glandelsvulst, lever/milt ikke palp.. God allmenntilstand. Hb 15.6 g%, SR 14 mm, CRP 3 mg/l. LPK 10.1. Perfert blodutstryk viste 70% segmentkjernede, ingen ve. forskyning, men det sås også rikelig med store monocyter. Mononucleose test: positiv. Immunologisk streptokokk hurtigtest: negativ. Leverprøver: normale.

Tilstanden ble oppfattet som en sannsynlig mononucleose. Anders ble sendt hjem igjen uten spesiell behandling, men med vanlige råd og avtale om kontroll etter 2 uker. Om kvelden samme dag fikk Anders økende svelgsmørter og lett dyspnoe, tilsett av legevaktsslepe og innlagt lokalsykehuset som ø.hj.. Han var i god allmenntilstand ved innkomsten, men febril med temp. 38.5. SR 20mm. Mononucleose test: negativ. Forørig ble det ikke gjort nye kliniske funn eller lab.funn i sykehuset. Oppfattet som en ikke-bakteriell tonsilitt, utskrevet neste dag uten ytterligere behandling og med beskjed om at tilstanden gradvis ville bedre seg. Ingen avtale om kontroll.

Seks dager senere ringer telefonen og en svært grøtet stemme spør om "hvor lenge skal jeg egentlig gå sånn?" Svelgvanskene hadde siden utskrivelsen fra sykehuset bare tiltatt og nå kunne han ikke gape noe særlig heller. Han var fortsatt afebril. Ved ny undersøkelse var Anders slapp og medtatt og med uttalt kjervesperre. En fikk såvidt et lite glimt av fauces, der det sås en stor bulende abscess over ve. tonsille. Gandler på halsen. Anders ble innlagt samme dag i ØNH-avd. på Sentralsykehuset, absessen ble incider og debridert, dyrkning av pusset ga oppvekst av betahemolytiske streptokokker. Han fikk penicillin, først i.v., siden peroralt, og ble utskrevet etter 4 dager betydelig bedret. Ved krt. hos primærlegen noen dager etter utskri-

velsen var han i fin form og klar til å begynne på skolen igjen.

Sykehistorien til Anders illustrerer tydelig den besværlige prosessen fram mot en endelig avklaring, hvor det underveis måtte tas endel avgjørende valg og på hvilket grunnlag ble disse valgene tatt? De relativt sparsomme symptomene Anders hadde, den gode allmenntilstanden og de begrensede kliniske funnene talte mot en aktiv, bakteriell infeksjon. vedvarende negative CRP/verdier, lett forhøyet SR og lett leukocytose underbygde dette ytterligere. Beroligende ord fra primærleggen, forsterket fra lokalsykehuset, gjorde nok sitt til at det gikk en hel uke før det ble slått alarm igjen.

Kunne annen tolkning av kliniske funn og lab.verdier påvirket valgene slik at behandlingen kunne blitt igangsat tidligere? Dette spørsmålet går videre til laboratorielegen.

**Kommunelege
Peder Ringdal
5700 Voss**



Tegning: Mads Ringdal

Kommentar til "Vondt i halsen".

Av Sverre Sandberg.

Pasienter som oppsøker lege for sår hals har vanligvis en sjanse for streptokokkinfeksjon på ca. 10-40% (1,2,3) og for mononukleose på 1-2% (3). For legen er det spesielt viktig å kunne diagnostisere de tilfellene som trenger antibiotisk behandling. Diagnosikken kan foregå ved bruk av sykehistorie og klinisk undersøkelse alene eller ved å supplere med forskjellige laboratorieundersøkelser. En viktig undersøkelse i denne sammenheng er *streptokokk hurtigtesten*. Streptokokk hurtigtest har en sensitivitet på omkring 85-90% og en spesifisitet på ca 98%. Dersom prevalensen for bakteriell infeksjon er 20%, vil det si at sjansene for at pasienten har en streptokokkinfeksjon gitt at hustigtesten er positiv (positiv prediktiv verdi) er 91%, og sjansen for at han ikke har en streptokokkinfeksjon gitt at testen er negativ (negativ prediktiv verdi) er 96%. Ut fra en totalvurdering (der man tar hensyn til ulemper med penicillinbehandling (allergi) og gevinst av penicillinbehandling (kortere sykehistorie, færre peritonsillærabcesser og mindre sjanse for rheumatisk feber), anbefales følgende prosedyre:

Pasienter som kommer til legen med vondt i halsen og har pussbelagte tonsiller, ømme fremre cervicale lymfeknuter, sykehistorie med feber og fravær av hoste, be-

handles uten laboratorieundersøkelser. Andre pasienter undersøkes med streptokokk hurtigtest og behandles hvis resultatet er positivt. Hos dem med negativt testresultat kan man eventuelt sende prøve til dyrkning og behandle dersom resultatet er positivt (2,4). Lignende anbefalinger er også gitt med bakgrunn i norske forhold (5,6).

Mononukleose testen har en sensitivitet og spesifisitet på ca. 98%. Ved en så lav prevalens som 1-2% betyr det likevel at den positive prediktive verdien etter testen bare er 40%. En CRP vil ofte kunne differensiere mellom bakterielle og virale infeksjoner dersom man bruker "cut off" grense på 30-40 mg/l. Ved en bakteriell infeksjon vil en leukocytose med venstreforskyvning kunne komme relativt raskt. Etter 3-4 dager vil SR kunne bli høy. Ved mononukleose vil man oftest ha en lymfocytær overvekt med typiske "mononukleose" celler i blodutstryket.

Hos "vår" pasient er klinikken ikke sikker nok til at man burde starte antibakteriell terapi bare utfra den. En negativ streptokokkantigen test gir sannsynlighet for streptokokkinfeksjon på 5-10%. En positiv mononukleosetest gir 40% sjanse for mononukleose. Ved kontroll er testen negativ og sjansen for mononukleose er tilbake til utgangspunktet (1-2%). To CRP verdier med omtrent 12 timers mellomrom på <10mg/l taler sterkt mot bakteriell infeksjon. En lett øket SR (14

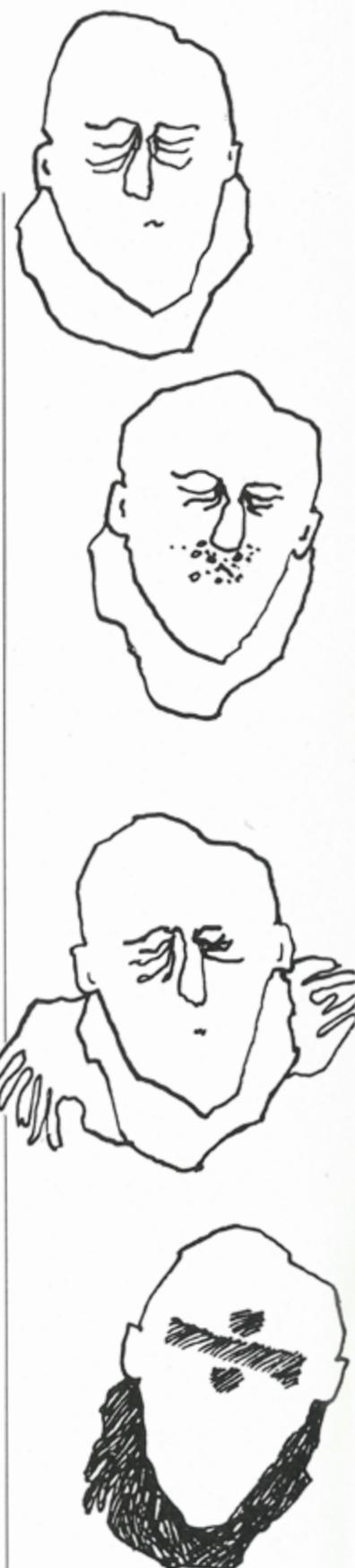
og 20mm) samt lett leukocytose og en temperatur på 38,5 gir indikasjon om at der kan foreligge en lett inflammasjon, men sier ikke noe om etiologi.

Konklusjonen blir derfor at en virusinfeksjon er overveiende sannsynlig på bakgrunn av sykehistorie, kliniske funn og resultater fra de forskjellige undersøkelsene. "Vår" pasient blir dermed en av dem som, i testeavuerings-sammenheng, upersonlig omtales som "falsk negativ".

Referanser:

- Hillner BE, Centor RM. What a difference a day makes: A decision analysis of adult streptococcal pharyngitis. *J Gen Int Med* 1987; 2: 244-8.
- Centor RM, Meier FA, Dalton HP. Throat cultures and rapid tests for diagnosis of group A streptococcal pharyngitis in adults. I: Sox HC, red. Common Diagnostic Tests. Use and interpretation. New York: American College of Physicians, 1990: 245-65.
- Hjordahl P, Halstensen A, Højby EA, Andrew M, Brandzæg P, Gaustad P. Differensialdiagnostiske utfordringer ved betahemolytiske streptokokker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 2534-7.
- Stillstrom J, Schwan A, Bjørklind A. Streptococcal throat infection: Calculation of test standards and a comparison between an antigen detection test and culture. *Scand J Prim Health Care* 1991; 9: 149-54.
- Holte M, Gaustad P, Bevanger L, Andersen K. Vondt i halsen. Hurtigprøvning av beta-hemolytiske streptokokker gruppe A med koagglutinasjonsmetode. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 50-3.
- Meland E. Klinisk undersøkelse ved mistanke om streptokokkinfeksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 1243-6.

Overlege Sverre Sandberg
Avd. for klinisk biokjemi
Haukeland sjukehus



Illustrasjon: Ragnhild Gjerstad

Barnas

- intervju med barnelege og forfatter Lars Gustavsson

Av Gunn Aadland

Lars Gustafsson kommer fra Lycksele i Sverige. Han har lang erfaring med barn, både som barnelege og som far til egne barn. Han er en slags svensk riks-synser når det gjelder barns behov, en krysning av vårt barneombud og Magne Raundalen. Han har skrevet boka "Leve med barn", som handler om dagliglivet med småbarn. Den er oversatt til norsk og deles ut på norske helsestasjoner. Han har i mange år vært aktiv i Redda

Barnen og har erfaring fra arbeid med barn i krig fra Libanon. Noe av dette har han skrevet om i boka Krigens barn. Nå arbeider han som barnelege i Lycksele hvor han også deltar i et prosjekt for flyktningebarn. Han er aktiv i debatten om barns rettigheter og ønsker å markedsføre en aktiv bruk av FNs konvensjon om Barns rettigheter. Jeg traff ham på et kurs i Stavanger. Der snakket han engasjert om barns reaksjoner på traumer.



rettigheter

Hvordan arbeider dere med flyktningebarn i Lycksele, Lars Gustafsson?

Vi har et eget prosjekt knyttet til familiær som kommer som flyktninger. Det er bygget opp rundt et tverrfaglig flyktningeforum, bestående av barnelege, psykolog, pedagog og sosialarbeider. Det første året har vi et tilbud om egen barnevårdssentral for disse familiene. Seinere er målet å få til en integrering i den svenske barnevårdssentralen. Små barn får tilbud om egen flyktningebarnehage. Skolebarn går først på forberedelseskurs. Det er tospråklig personale på begge disse institusjonene. Flyktningeforum arbeider både direkte med familiene og med

veilederoppgaver til personale i barnehage og i skole. I vårt daglige arbeid legger vi stor vekt på ankomstintervjuet. Vi har samtale med de voksne og barna hver for seg. Det er viktig å få tak i barnas versjon. De forteller en annen historie med sine egne fortolkninger. Denne informasjon prøver vi å bringe tilbake til foreldrene. Ofte skjer dette ved at barna selv forteller sin historie. Dette gir en helt ny dimensjon i en familie-samtale.

Du har lang erfaring med barn både i Sverige og i Libanon. Hva ser du?

Jeg startet med å interessere meg for barn utsatt for omsorgssvikt i Norden. Gjennom mitt internasjonale arbeid har jeg møtt barn i krigsområder. Innvandrerbarn bringer også ofte med seg erfaringer fra krigssituasjoner. Dette har gitt oss muligheter til å lære noe om barns reaksjoner på traumer. Vi får forstørret opp bildet slik at det blir synlig for oss. Flyktningebarn er krigens vitner. Mange av dem har sett krigshandlinger på nært hold som førstehåndsvitner. Men de har også hatt rollen som andrehåndsvitner. De har hatt en oppvekst i et samfunn preget av vold. De hører stadig historier, og kanskje blir fantasiene om vold enda mer skremmende enn virkeligheten. Den store bekymringen er det psykiske traumet. Mange av disse barna har tapsopplevelser. De har mistet nære familie-medlemmer, venner og sitt hjemland. De har også mer abstrakte tapsopplevelser som det kan være vanskelig å få tak på. Mange har mistet sin barndom, de er blitt små dyktige voksne. Vi møter også barn som har tapt sin tro på de gode kreftet i tilværelsen.

Vi har sett at det har stor betydning at barna får være i sin familie. Bare foreldrene har kreftet til å ta hånd om barnas opplevelser. Foreldrenes reaksjoner på traumet blir dersom sentralt.

Det er viktig å være lydhøre for barnas positive erfaringer underveis fra sitt hjemland til Sverige. Noe av det som

stadig forunder meg i møte med barn er deres evne til magisk tenkning. Dette kan medføre både stor evne til håp eller sterkt skyldfølelse for hendelser i barnas liv.

Du kommer i samtalen stadig inn på barns rettigheter. Hva betyr dette for barn i Norden og i en større internasjonal sammenheng.

Rettighetstankegangen når det gjelder barn er skrittet videre fra å se og beskrive barnas behov. De har rett til helse, selvrespekt og verdighet. Etter FNs Barnekonvensjon skal man snakke med barna. De har etter artikkel 12 rett til å få fram sin versjon. Vi som helsearbeidere har ikke bare et terapeutisk ansvar, men også et internasjonalt ansvar. Ansvar for å dokumentere barns levekår i Norden og i Libanon. I Sverige har vi nå en offentlig debatt om barns rettigheter. Det svenske barnläkarforbundet har nå lagt fram en tolkning på artikkel 12 som omhandler barns rett til å legge fram sin versjon. Redda Barnen, den internasjonale organisasjonen har dannet en komite som skal tolke og overvåke konvensjonens innhold. Jeg tror dette arbeidet blir sentralt i årene framover. Barnekonvensjonen kan bli et viktig verktøy for oss som arbeider med barn. "Barn har rett til helse, selvrespekt og et verdig liv."

**Bydelslege
Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 Hundvåg**



Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten om medikamentell behandling og farmasøytisk tilsyn.

Av Marit Hafting

Fylkeslegen i Hordaland, Legemiddelkomiteen ved Haukeland sykehus og Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon arrangerte febr.-91 en konferanse i Bergen med tittelen:

"Samarbeidsformer mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Hva kan sykehus og legemiddelkomiteer gjøre for å bedre på mangler og uklarheter ved medikamentell behandling etter utskriving."

Denne artikkelen bygger på et referat fra konferansen Utposten har fått tilsendt fra Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon og et "hjertesukk" fra farmasøyt Marit Rødland ved Fylkessykehuset på Voss som var deltaker. Dette er sammenholdt med Helsedirektoratets veileddningsserie 2-91: Farmasøytisk tilsyn i fylker og kommuner.

Konferansen

(etter referat fra Samarbeidskomiteen):

Det var rundt 56 deltakere fra helseregion 3 (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane). Blant deltakerne var det 10 sykehusleger, 20 leger i kommunehelsetjenesten med ansvar for bl.a. sykehjem og 17 farmasøyter tilknyttet sykehusapotek og farmasøytisk tilsynstjeneste. Hensikten med konferansen var å fremme bedre kommunikasjon og lette misforståelser mellom sykehus og pleieinstitusjoner, aldershjem og primærhelsetjeneste når det gjelder bruk av medikamenter.

Hvordan foregår informasjonsutvekslingen.

Kommunikasjonen mellom sykehuset og den som overtar ansvaret for pasienten etter utskrivingen foregår først og fremst via epikriser og utskrivingsnotatet. Det er allminnelig kjent at kvaliteten av innleggelsesskriv og epikriser ofte er for dårlig til å sikre utveksling av nøyaktige medikamentopplysninger

mellan behandlingsinstansene. Det er langt fram før EDB og telefax vil kunne erstatte de tradisjonelle skrivene og det oppfordres derfor til økt bevisstgjøring av legene m.h.p. viktigheten av å høyne kvaliteten av slike skriv.

Noen steder har man drevet forsøk med egenjournal eller pasientbunden journal. Dette er et skjema som hele tiden følger pasienten, og pasienten avgjør selv hvem hun eller han vil vise det til.

Kommunikasjonen kan i tillegg foregå ved personlig kontakt. Her tenkes det på kunnskapsoverføring ved møter, besøk hos hverandre og mer formelt samarbeid over tid. Slikt samarbeid kan være velegnet for kroniske pasienter i psykiatri, rheumatologi, pediatri og geriatri. Det vil gi noe til alle som deltar, men er ofte tidkrevende og kan være ineffektivt.

Oppdatering med skriftlig materiell som konsensusrapporter (kan gjelde ett enkelt sykehus med tilhørende område), tidsskriftartikler og offisielle brev er konsise, sikrer ensartet behandling og når mange, men har den ulempen av mange leger ikke tar seg tid til å lese dem.

Konsekvenser av dårlig kommunikasjon.

Medikamentell behandling av pasienter som i perioder kan oppholde seg i forskjellige institusjoner skal være en samhandling mellom aktørene med pasientene og deres pårørende i sentrum. Pasienter med kroniske sykdommer, både hjemmeboende og på institusjon, kan komme i kontakt med institusjoner og behandlere som ikke vet om hverandres arbeid. Forholdet mellom tilsynsleger og legevaktsleger er eksempel på dette.

Et utslag av manglende kommunikasjon er den overbehandlingen som kan forekomme i dag. Vi er alle sammen mer eller mindre fanget i "behandlingskulturen". Hver gang eldre pasienter

blir innlagt i en avdeling, blir det gjerne plussset på med et nytt medikament. Dette skyldes en teknologisk optimisme om at vi kan behandle alt med piller, men også en slags helgarding for å unngå kritikk som fortrinnsvis rammer dem som har unnlatt å gjøre noe i en situasjon. Det finnes en rekke råd og veiledning om hvordan man starter en behandling, men det foreligger lite om hvordan man skal gå fram når man vil seponere den. Det burde være klare retningslinjer også om dette når man lager en veileder tekst. På samme måte bør en lege som begynner en behandling, samtidig spørre seg selv om hvor lenge den skal foregå.

Det er påvist at hyppigheten av bivirkninger stiger med antallet av medikamenter som er ordinert. Kommunikasjonsproblemer rundt medikamentell behandling oppstår særlig hos gamle mennesker. De får flest medikamenter og har ofte mindre evne til å oppfatte veiledning. For en rekke medikamenter er det vanlig med overbehandling eller feilbehandling fordi doseringen skal være en annen hos eldre.

Hvor skal ansvaret for den medikamentelle behandlingen ligge.

Hjem som skal behandle pasienten, er et viktig spørsmål som ofte ikke er klargjort. Ikke sjeldent blir medikamenter seponert i sykehus, og så må allmennlegen påbegynne dem igjen etter at pasienten er kommet ut. Det motsatte kan også skje f.eks. med beroligende midler - pasienten får kanskje mer eller mindre sjablongmessig med seg noen ovemedler uten skikkelig beskjed om hvor lenge disse skal brukes. Her må det bli klare retningslinjer for hvem som skal avgjøre hva slags behandling vedkommende skal ha. Epikrisen og pasientinformasjonen bør i mange tilfelle overlate til allmennlegen å vurdere seponering eller forandring i medisjonen. En lege bør som regel ha hovedansvaret for behandlingen, og det bør være pasientens egen allmennpraktiserende lege. Dette må naturligvis gjennomføres med elastisitet. Hvis en spesialist har begynt en behandling som krever særlig kontroll, er det av stor betydning at det blir gjort helt klart for pasienten hvem som har ansvaret og når man eventuelt igjen overlater ansvaret til den opprinnelige legen.

"Hjertesukk"

(fra sykehusfarmasøyten Marit Rødland).

Hovudinntrykket på konferansen er at viljen er god over alt, men at ingen trur at "dei andre" (på sjukehuset eller i primærhelsetenesta) vil disciplinera seg sjølv tilstrekkeleg for å betre kommunikasjonen mellom 1. og 2. linje-tenesta. Det var semje om at kommunikasjonen var dårleg og tilfeldig, og at det vert nytta for mykje tid på å etterlyse opplysningar som burde ha kome automatisk. Til slutt ei hjartesukk: Kvifor var det så lett også på denne konferansen å rote seg bort i anekdotisk prat om feil me alle har opplevd, og så vanskelig å halde seg til det principielle. Fylkeslegens konklusjon om å setja ned eit utval, har eg ikkje hørt meir til.

Farmasøytsk tilsyn i fylker og kommuner - etter Helsedirektorats veiledningsserie 2-91.

Dette er et lite hefte på 10-12 sider utarbeidet av 3 farmasøytske kanidater som oppsummerer gjeldende lover og forskrifter ang. farmasøytsk tilsyn. Den enkelte kommune skal sørge for at legemiddelforskyningen, inkludert det farmasøytske tilsynet blir organisiert og drevet i samsvar med lover og forskrifter. Farmasøytsk tilsyn reguleres av Forskrift av 6.sept. 1968 om legemiddelforskning m.v. til sykehus og andre helseinstitusjoner, med endring bl.a. 21. des. 1987. Forskriftene gjelder både for institasjonene i 2. og 3. linjetjenesta og for legemiddelhåndteringen i den kommunale helsetjenesta med sykehjem, heimesjukepleie, helsestørtjeneste, allmennlegetjeneste etc.

Hovedmålsettingen med tilsynet er en optimalisering av de forhold som vedrører pasientenes medikamentelle behandling. En tilsynsfarmasøyt skal være kommunenes, institasjonenes, deltjenestenes "konsulent" på legemiddelområdet og se til at intensjonene i gjeldende forskrifter og bestemmelser blir overholdt. De skal:

- medvirke til utarbeidelse og gjennomføring av sikre og rasjonelle rutiner for ordinasjon, istrangjøring og utdeling av legemidler
- utarbeide og gjennomføre undervisningsopplegg innen legemiddelområdet for helsepersonell og de ulike pasient-kategoriene

- informere om legemiddelforbruket ved de enkelte institusjonene
- utarbeide produsentuavhengig informasjon om legemidler
- bidra til at legemiddellagrene er tilfredsstilende

I forskriftene er det beskrevet følgende normtall for tilsynsfarmasøyters arbeidsoppgaver:

- gå over alle legemiddellagre minst en gang pr. kvartal
- 4 t. pr. post pr. mnd. for sykehjem og større deljenester
- 1/2 t. pr. deljeneste (heimesjukepleie, legevakts) pr. mnd.

Utdredningen hevder at sykehusapotekene eller de farmasøytske avdelingene vil være naturlige sentra for organisering av farmasøytsk tilsyn både for sykehus og innen kommunehelsetjenesta. Det konkluderes med at man ikke bør binde seg opp til bestemte modeller, men prøve ut ulike modeller tilpasset lokale forhold. Den enkelte kommune skal sørge for at legemiddelforskning og det farmasøytske tilsynet drives i samsvar med lover/ forskrifter og andre gjeldende bestemmelser. Fylkesleger skal godkjenne disse ordningene.

Veiledningsserie 2-91 inneholder en oppsummering av gjeldende forskrifter som jeg tror er ganske ukjente for mye av helsepersonellet i 1.linjetjenesta. Dette gjelder særlig de mulighetene ordningen gir for undervisning og rettledning. Jeg tror det er på høy tid at diskusjonen om det farmasøytske tilsynet og samarbeid og ansvarsdeling mellom 1. og 2. linjetjenesta rundt legemiddelbehandlinga går fra det velvillige "synse"-planet til det mer formaliserte handlingsplanet. På bakgrunn av at kommunehelsetjenesten får ansvar for flere kategorier kronisk syke og stadig flere pasienter med alvorlige sykdommer får avansert legemiddelbehandling i hjemmet, er det behov for kontinuerlig oppdatering og klare ansvarsforhold når det gjelder instituering, overvåking og seponering av medikamentell behandling.

Kommunelege
Marit Hafting
5700 Voss



OVESTERIN "ORGANON"

Østrogen

ATC-nr. G03C A04

Tabletter 1 mg og 2 mg: Hver tablet inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, hjelpestoffer q.s.

VAGINALKREM 0,1%: 1 g inneh.: Østriol 1 mg, eutanol, spermasett, glyserol, cetanol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitan monostearat, melkesyre, klorheksidinklorid, renset vann til 1 g.

VAGITORIER 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, cetomacrogol 1000 50 mg, ricinooleinsyremonoglycerid 125 mg, hardfett til 2,5 g.

Egenskaper: Klassifisering: Naturlig østrogen med kort virketid. De aktuelle doser gir effekt bare på det meget østrogenfølsomme vev i nedre urinvei og ytre genitalia. Ved lokal administrasjon oppnås god lokal effekt. Liten innvirkning på endometriet ved bruk av terapeutiske doser, dosert 1 gang daglig. Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon og motvirker degenerative forandringer i slimhinnen i vulva og vagina. Absorbjon: Tabletter: Rask ved peroral administrasjon. Vaginalkrem/vagitorier: God fra vaginalslimhinnen, noe som også medfører en systemisk effekt. Metabolisme/Utskillelse: Via lever/urin. Overgang til morsmelk: Går over og kan føre til redusert laktasjon.

Indikasjoner: Degenerative og atrofiske endringer i genital-organene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovariektomi. Atrofisk vaginit og vulvitt, kolpitt, krarosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulceraasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Tablettene er også indisert ved ikke-infeksiøse cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urin-inkontinens.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkta mammacancer eller endometriecancer. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlig leverskade. Aktiv tromboembolisk sykdom. Graviditet. Pga. god absorpsjon gjelder de samme kontraindikasjonene for vaginalkremen og vagitoriene som for tabletene.

Bivirkninger: Tabletter: Kvalme, hodepine, brystspenning, væskeretensjon, spotting under og etter seponering av terapi, økt produksjon av cervix-sekret. Vaginalkrem/vagitorier: Brystspenning, økt produksjon av cervix-sekret kan forekomme ved høye doser. Lokal behandling kan forårsake lokal irritasjon og kløe. Denne er normalt kortvarig.

Forsiktighetsregler: Under langvarig behandling med østrogener anbefales regelmessige undersøkelser (første etterundersøkelse innen 6 måneder, deretter hvert år). Pasienter med hjertesvikt, nedsatt nyre- eller leverfunksjon, hypertensjon, diabetes eller epilepsi bør kontrolleres omhyggelig. Unormal underlivsblødning krever adekvat diagnostikk. Pasienter med migrene, tromboemboliske lidelser i anamnesen eller disposisjon for tromboembolisk sykdom, endometriose, fibrocystisk mastopati, porfyri, hyperlipo-proteinemi bør følges nøye. Likeledes de som under svangerskap eller ved tidligere østrogentilførsel har hatt alvorlig pruritus, herpes gestationes eller forverring av otosclerosis. Ved vaginale infeksjoner skal spesifikk infeksjonsbehandling igangsettes før vaginalkrem/vagitorier benyttes.

Interaksjoner: (I:78e steroider).

Dosering: Tabletter: Urogenitale besvær postmenopausalt: 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker. Vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: 1 mg daglig. Cervikal sterilitet: 0,25-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til det opphøyde merket) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder 0,5 mg østriol. Vaginalkrem/vagitorier: Vanlig dose ved vulva/vaginale plager: 1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 ganger pr. uke. Preoperativt: Behandlingen bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie daglig.

Postoperativt:

1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i minst 2 uker. **Pakninger og priser:**

Tabletter: 1 mg: 30 stk. kr. 52,60, 90 stk. kr. 140,50. 2 mg Enpac: 90 stk. kr. 272,00. **Vaginalkrem:** 15 g kr. 61,80. **Vagitorier:** 15 stk. kr. 57,00. T: 6,9.

Referanser:

1. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd: Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen 27.-29. nov. 1990. Panelets uttalelse.

4. Brandberg, Å, Mellström, D og Samsøe, G: Peroral østriolbehandling till äldre kvinnor med urogenitala besvär. Läkartidningen 1985; 40:3399-401.



Organon

Schönbäck Christensen AS FILA 174

KVINNER OVER 50 ÅR SNAKKER IKKE OM SITT SEXLIV

Ihvvertfall ikke med legen.

Tørr, sår skjede og smørter ved samleie kan skyldes mangel på østrogen etter overgangsalderen. Eldre kvinner bluferdighet kan imidlertid være en sperre for å ta opp dette med legen.

Prøv å ta problemet opp med pasienten. Kanskje kan det være lurt å alminneliggjøre problemet ved å fortelle hvor vanlige slike plager er hos eldre kvinner.

"Mot urogenitale plager er lavpotente østrogener tilstrekkelig. Dette kan gis som vagitorier eller krem, eventuelt som tabletter. Effektene er prinsipielt de samme. Slik behandling er ufarlig, og det bør derfor vurderes om preparatene kan gjøres reseptfrie. De farmakologiske forholdene ved østriol er langt bedre kjent enn for dienoestrol, og østriol bør derfor foretrekkes" (1).

Ovesterin® inneholder østriol, det svakeste naturlige østrogenet.

Ovesterin® bygger opp igjen slimhinnene i underlivet uten å gi generelle østrogeneffekter ved normal dosering (3).

Vil du vite mer om Ovesterin® ring oss, så sender vi utfyllende informasjon. 02-78 43 65.

VAGITORIER,
KREM OG
TABLETTER.

OVESTERIN®

Erfaringer ved innføring av ICPC i allmennpraksis



Søren Brage: Allmennpraktiker. Svensk läkareksamens 1977. Norsk autorisasjon 1979. Privatpraksis ved Legekontoret, Kongsberg siden 1979. Konst. forskningsstipendiat ved Gruppe for trygdemedisin, Universitetet i Oslo siden juni 1991.



Gunnar Tellnes: Dr. med. 1990. Distriktslege på Værøy og Røst 1979-84. Forsker ved Inst. for allmennmedisin og Inst. for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo 1984-91. Konst. professor ved Gruppe for trygdemedisin, UiO, fra mai 1991. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Av Søren Brage og Gunnar Tellnes

Et nytt klassifikasjonssystem, ICPC, er anbefalt til bruk i allmennpraksis ved utfylling av sykmeldinger og regningskort til trygdekontorene. Denne artikken beskriver praktiske erfaringer som er gjort ved utprøvingen av systemet i en gruppepraksis. Under innføringen reiste det seg spørsmål om ICPC's struktur og om bruken av spesielle diagnosekoder. Erfaring viser at det må legges vekt på opplæring i bruk av ICPC med grunnleggende informasjon, selvstudier og øvingseksempler. ICPC er godt egnet til bruk i allmennpraksis med EDB. Uten EDB kan arbeidet med ICPC i full versjon bli mer tidkrevende. Bruk av ICPC-kortversjon skulle likevel være anvendelig i slike praksiser.

Bakgrunn

Sosialdepartementet har anbefalt Riks-trygdeverket å ta i bruk diagnoselisten "International Classification of Primary Care" - ICPC (1). Fra 1992 vil sannsynligvis alle leger bruke ICPC-koder på Sykmelding I og II til trygdekontorene. Ett av formålene er å underlette Riks-trygdeverkets kontroll med sykepenger og legeregningskort. Det er også et ønske å bedre grunnlaget for trygdeepidemiologisk informasjon til bruk i samfunnsmedisinsk arbeid. I tillegg vil det nye systemet gi muligheter for selvevaluering av allmennlegenes sykmeldingspraksis. Den norske lægeforening, Folkehelse og Helsedirektoratet har anbefalt forslaget.

En fordel med denne klassifiseringen er at det finnes en kortversjon av ICPC (tab. 1). Den består av få diagnoser sammenlignet med de ICD-listene (International Classification of Diseases) som idag brukes ved utskriving fra sykehus (2), og som er for omfattende til å kunne brukes i den allmennmedisinske hverdag. ICPC gir bedre muligheter for klassifisering av plager og lidelser (illness) når en sykdom (disease) ikke

kan påvises objektivt. Det er en vesentlig fordel ved f. eks. koding av sykmeldingsdiagnoser.

I den kliniske hverdag skal diagnoselisten være et praktisk hjelpemiddel som inneholder rimelig detaljert informasjon. Samtidig skal den være oversiktlig nok til å kunne fungere som et klassifikasjonsverktøy for legen selv, forskere og trygdekontor. Etter vårt syn er ICPC bedre egnet til å oppfylle disse til dels motstridende krav enn andre systemer.

ICPC's begrepsapparat er utviklet på basis av en rekke undersøkelser (1, 3). I Norge har Bentsen og Hjortdahl (4) ledet et prosjekt der pasientene ble spurta om årsakene til besøk hos legen. Disse kontaktårsakene ble kodet etter kode-numrene 1-29 i ICPC. Tellnes m. fl. (5) har beskrevet hvilke subjektive plager pasientene angir som hovedårsak til sin sykmelding og har brukt ICPC kode-nummer 1-29 til klassifiseringen.

ICPC har vært i bruk ved noen legekontorer i Norge siden 1985. ICPC har da vært benyttet til klassifisering av kliniske diagnosene.

Innføring av ICPC-koding i en gruppepraksis

Ved legekontoret i Kongsberg ønsket legene å prøve et nytt klassifikasjonssystem som erstatning for egne diagnose-lister. ICPC ble derfor tatt i bruk fra 1.5.1991. Alle de seks legene ved kontoret brukte datamaskiner i felles nettverk. Ingen hadde praktisk erfaring med ICPC fra før. Alle tok del i innføringen av ICPC og i en samtidig undersøkelse av konsultasjoner. De kvantitative registreringene fra sistnevnte undersøkelse omtales annet sted (6).

Forarbeid.

ICPC-listen ble kontrollert i samarbeid med Profdoc, som var leverandør av dataprogrammet. Ved installasjonen av ICPC ble programverktøyet forandret for å passe til arbeidsrutinene ved

Tabell 1

Oversikt over kapittelinnndelingen i International Classification of Primary Care*)
A Allmenn og uspesifisert
B Blod
D Fordøyelsesorganer
F Øye
H Øre
K Hjerte-karsystemet
L Muskel-skeleletsystemet
N Nervesystemet
P Psykisk
R Luftveier
S Hud
T Endokrine, metabolske, ernæringsforhold
U Urinveier
W Svangerskap, fødsel, familieplanlegging
X Kvinnelig kjønnsorganer (inkl. bryst)
Y Mannlig kjønnsorganer
Z Sosialt
*) Ved bruk av ICPC på legeregningskort og sykmelding ble komponenten for diagnose/sykdom brukt (kodenummer 70-99). Hvis det ikke var mulig å bruke disse kodene, ble komponenten symptomer/plager brukt i stedet (kodenummer 1-29).

kontoret. Ytterligere tilpasning måtte gjøres flere ganger for å forenkle og forkorte programmet. I sin siste versjon fungerte programmet tilfredsstillende.

Innføring.

Lamberts og Wood (1) har anbefalt en prosedyre for innføring av ICPC. Denne ble fulgt så langt det var praktisk mulig. Deltakerne var i full praksis og opplæringen måtte gjøres kort. To timer ble brukt til dette. De første dagene etter innføringen dukket det opp en rekke spørsmål om hvordan diagnostilisten og dataprogrammet skulle brukes. Dette tyder på at det skulle ha vært brukt mere tid til opplæring og øvelser. Følgende momenter bør angå:

- introduksjon av ICPC's muligheter
- selvstudium av brukerveiledningen
- presentasjon av en serie med sykehistorier der deltakerne identifiserer viktige elementer av konsulasjonen og klassifiserer disse, før resultatene diskuteres i gruppen
- forløpende registrering av konsulasjoner i egen praksis med klassifisering og koding. Disse bør siden diskuteres både med prosjektleder og gruppen
- eventuelt bruk av audiovisuelle hjelpemedier
- allmenn diskusjon

Vår erfaring var at denne form for opplæring fortrinnsvis bør skje i grupper.

Dataprogrammet

Når legen har bestemt seg for hvilken diagnose som skal brukes må han/hun søke etter den i ICPC-listen. Denne sökingen kan foregå på flere alternative måter:

- etter stikkord i en alfabetisk liste (f. eks. ved å bruke de første bokstavene i den diagnose som ønskes)
- etter kodenummer (hvis man husker det)
- ved å lese direkte i kortversjonslisten, som vises på skjermen

En slik sökemåte er enkel og oversiktlig. For å unngå feil må legen bekrefte diagnosen etter at den er blitt kodet. Det betyr at legen bruker mere tid på å skrive en diagnose enn tidligere. Men når diagnosen vel er godtatt, skrives den også automatisk på andre skjemaer.

Ved vår praksis måtte deltakerne sette seg inn i et nytt klassifikasjonssystem samtidig som de forandret sine arbeidsrutiner ved datamaskinen. Dette var belastende. En forutsetning for at innføringen av ICPC blir vellykket er at programleverandørene utarbeider veiledning og håndbøker til hjelp for brukerne.

Spørsmål om ICPC's struktur

Med innføringen av symptomdiagnoser og av nye koder for bl.a. attester og helseundersøkelser, avviker ICPC fra andre diagnostilister. Det er derfor nødvendig å forklare ICPC's struktur i opplæringsfasen.

Leger som er vant til å bruke egne diagnoser kan finne det vanskelig å bruke ferdige diagnostilister. I kortversjon inneholder ICPC ca. 700 diagnosør fordelt på 17 komponenter. Diagnostiske detaljer kan ikke kodes direkte i denne kortversjonen. En fraktur i os coccygis skal f. eks. klassifiseres under "andre brudd" L76. De fleste leger vil sannsynligvis oppleve en mangel på uttrykksmuligheter i kapitlene L (muskel-skeleletsystemet) og P (psykisk), der man fra før er vant til svært detaljerte diagnosør. Samtidig har ICPC nyc kapitler som er mer nyanseerte enn andre lister. Dette gjelder spesielt kapittel Z (sosialt).

Detaljrikdommen øker når man tar i bruk den alfabetiske listen, som foreløpig har ca. 3 500 diagnosør, og som utvides kontinuerlig.

Det er også mulig å innføre tilleggsdiagnosør i ICPC-listen. Det har f. eks.

vært nødvendig å supplere listen med en diagnose for mykoplasmainfeksjon (R 83.1). Ønsker om forandringer skal meldes til programleverandørene eller til Kompetansesenteret for IT-tjenester i helsevesenet, postadresse: Medisinsk Teknisk Senter, 7005 Trondheim, tlf: 07-598600

Avsluttende kommentar

Selv om de fleste av legene i vår praksis var godt fornøyd, valgte en av legene å slutte med ICPC etter en måned. Grunnen til dette var et ønske om å bare bruke sine egne diagnosør, som vedkommende syntes var mer informative. De andre legene bruker fortsatt ICPC til klassifisering av alle kliniske diagnosør.

Vår erfaring er at ICPC-klassifikasjon er logisk oppbygd, lett å huske og enklere å bruke enn andre diagnose-systemer. I innføringsfasen må man regne med å bruke en del ekstra tid.

Grundig opplæring er viktig for optimal bruk av ICPC. Det bør utarbeides retningslinjer for hvor og hvordan denne opplæring skal foregå. Kanskje bør undervisningen skje som et samarbeid mellom Den norske lægeforening og Rikstrygdeverket?

ICPC i norsk oversettelse er gitt ut i boka: Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten, Tano, 1991.

Litteratur:

1. Lamberts H, Wood M (Ed). ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
2. World Health Organization. ICD-9. International Classification of Diseases. Norsk utgave. Klassifikasjon av sykdommer, skader og dødsårsaker. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 1986.
3. Bentsen BG. International classification of primary care. Scand J Prim Health Care, 1986; 4: 43-50.
4. Bentsen BG, Hjortdahl P. Hvorfor søker folk lege? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2867-70.
5. Tellnes G, Brage S, Håland EM, Brødholt Å. Hvilke plager oppgir pasienten som årsak til sykmelding. Tidsskr Nor Lægeforen. Sendt til vurdering.
6. Brage S, Tellnes G. Sykdommer og plager blant pasienter i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen. Sendt til vurdering.

Søren Brage

Legekontoret, Nansens gate 1
3600 Kongsberg

Gunnar Tellnes

Gruppe for trygdemedisin
Instituttgruppe for samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 95 Ullevål sykehus
0407 Oslo



Fra "homo ferus & tetrapus" til hyggelige naboer

Tanker omkring psykisk utviklingshemmede, reformen og den medisinske profesjon

Bjørn Sturød, spes. i samfunnsmedisin. Cand. med. Oslo 1974. Distriktslege, seinere kommunelege og helse- og sosialsjef i Stor-Elvdal kommune i Østerdalen fra 1976 til 1988. Fra høsten -88 overlede ved Dagsrudheimen sentralinstitusjon for HVPU i Telemark. Fra okt. 91 leder av Voksenhabiliteringsteamet for Telemark.

Av Bjørn Sturød

Bakgrunnen for dette essayet er den reform som gjennomføres i Norge i dag når det gjelder omsorg for psykisk utviklingshemmede. Ansvaret skal overføres til kommunene og de store institusjonene skal nedlegges. Gjennom et raskt historisk tilbakeblikk påpeker jeg med undring at allerede den første institusjon som ble bygget for psykisk utviklingshemmede, viste seg å gå til grunne på svakheter som siden har fulgt omsorgen som en nemesis. Videre reflekterer jeg litt omkring behandlingssamfunnet, og over den medisinske profesjons stilling i framtidens omsorg. Til slutt maner jeg til handlekraft og entusiasme i gjennomføringen av denne historiske reformen.

De psykisk utviklingshemmede er som gruppe på vei ut av medisinens fagområde i Norge. Det er derfor paradoxalt at en rekke leger i Norge nå for første gang for alvor stifter bekjentskap med denne pasientgruppen.

Særomsorgen har isolert disse pasiente- ne så effektivt at en rekke allmennleger og store deler av sykehusvesenet, har hatt svært så lite med dem å gjøre.

Historisk er psykisk utviklingshemming en psykiatrisk diagnose. De psykisk utviklingshemmede har delt skjebne med andre som har vært annerledes, og de svakeste har en fortid i nød og narre-skip, galehus og asyler. Eller i fjøs og stall, skitt og uthus. Fram til år 1800 var begrepet knapt nevnt i medisinsk litteratur, og heller ikke mye omtalt i annen samfunnsbeskrivelse.

I første halvdel av det 19. århundre blusset det over hele verden opp en interesse for underpriviligerte grupper, slaver, fanger, blinde, døve og sinnsyke. Anført av unge menn i opprør mot autoritetene, begynte mån flere steder i

Europa omrent samtidig å studere disse gruppens levekår, og sette i verk tiltak for å forbedre dem.

Vesentlig i denne sammenheng var framveksten av den industrielle revolusjon, som skapte klassen av arbeidere. Det viste seg da at en del av befolkningen ikke var brukbar arbeidskraft, og disse måtte man finne på noe annet for. De ble tilbuddt et fristed, asylet.

Parallelt med dette praktiske hensynet og den humanitære tilnærmingen, oppsto det i vitenskapelige kretser en økende interesse for det mer kuriøse ved noen av de utviklingshemmede. Spesielt i Frankrike ble det beskrevet flere tilfeller hvor man fikk såkalte "homo ferus (vill) & tetrapus (firbeint)" til å lære og utvikle seg.

Den moderne omsorgens far ble tyskeren Johann Jacob Guggenbühl, som i 1836 "så en kretiner som kunne sitt Fadervår". Dette gjorde slikt inntrykk på ham at han bestemte seg for å ofre sitt liv i tjenesten, for å forebygge og helbrede kretinisme. Det fantes på den tiden intet sted i verden hvor mentalt retarderte barn kunne bli opplært og få medisinsk behandling.

Etter først å ha studert og arbeidet hos den kjente pedagog P.E. von Fellenberg, startet Guggenbühl i 1839 sin institusjon Abenberg. Denne lå 1500 m.o.h., i tidens ånd trodde man på den helbre-dende virkning av frisk luft og vakker natur. I tillegg en god og variert kost, kombinert med bad, massasje og fysisk trening. Pedagogisk satset man på regelmessige rutiner, trening av hukommelse og taletrening. Medikamentelt ga man calcium, kopper og zink.

Guggenbühl ble berømt over hele den siviliserte verden, og var snart opprettet på heltid med å publisere artikler, og reise rundt og holde foredrag. Leger, filantropar og skribenter valfartet i store

Illustrasjoner: Alan Stochholm
(fra Nordisk FPU 1988)

mengder til Abendberg, og snart ble liknende institusjoner grunnlagt i de fleste vesteuropiske land. Slik startet altså den moderne omsorgens historie, anført av pedagoger og medisinere, og til jubel av filantropier.



Lang tid gikk det ikke før de kritiske røstene lot seg høre. Rykter begynte å gå om klanderverdige forhold på Abendberg. De som ville undersøke møtte vanskjøttede barn - og "dessverre, rommene er ikke tilgjengelig for fremmede". Rapporter ble laget, bl.a. en fra den britiske konsul som i 1858 kunne meddele at det var:

- mangel på medisinsk personale
- mangel på utdannet hjelpepersonell og pedagoger
- dårlige boforhold, klær og utstyr
- det ble ikke ført ordentlige journaler
- direktøren holdt tilbake midler som ble gitt til institusjonen
- normale barn gikk glipp av offentlig undervisning fordi de var plassert i institusjonen.

Imens var altså grunnleggeren ute og foredro om institusjonens muligheter og fortreffelighet. Når jeg nevner dette i slik detalj er det, som mange vel aner, i lett undring over den nemesis som allerede her presenterer seg så tydelig.

Mangt har skjedd på de siste 150 årene. Mangt skjer ennå. Da Følling i 1934 oppdaget fenylpyrodruesyren og den følgende fenylketonurien, ble området for alvor medisinsk stuerent. Samtidig åpnet det for en tro på biologisk tilnærming, som nok har vært med på å isolere legene fra de andre faggruppene som har stått bak omsorgen for de psykisk utviklingshemmede. Ikke bare



leger, men også psykologer, sosialarbeidere og spesialpedagoger, har gjort halvhjertede forsøk på å integrere mental retardasjon i sine fagområder.

Jeg tror ikke det er galt å si at inntil de siste årene har da også helheten forblitt halvhjertet, - til syvende og sist overlatt til "spesialistene" på institusjonene. Institusjoner, som alle har lidd under den hundreårgamle nemesis; mer eller mindre isolert, mer eller mindre preget av manglende fagkunnskap.

Vi kjenner den virkelighet som lå til grunn for tankene om reform. De store salene, tvangsmiddelbruken, umenneskeligheten i systemet. Oppdagelsen av institusjonstilværelsens mange skadefirkninger på mennesket.

Men etter å ha vært i systemet en tid, kjenner man også bitterheten hos de ufaglærte (kvinnene) som år etter år gjorde sitt beste for klientene, og ikke oppnådde annet enn å bli kritisert for å være med på å opprettholde et umenneskelig system. Maktelösheten hos de fagfolk, som på mer eller mindre idealistisk grunnlag, gikk inn i institusjonen for å yte sin innsats. Og som tross alt, gjennom sin innsats var med på å bygge det fundament av kunnskap og erfaring som den nye omsorgen kan bygge på. La så være at det kan være uenighet om veivalget ut av den umenneskelige institusjonens virkelighet. Mange mener at institusjonene skulle fått forbliv, og bli menneskeliggjort. Et enstemmig stortingsvalgte å si farvel til de store institusjonene for godt.

Samtidig har man altså valgt å si farvel til særomsorgen og det medisinske

overherredøme. Det var klokt og nødvendig. Den vestlige medisin har nådd store resultater ved reduksjonistisk å tilnærme seg sykdommer på en naturvitenskapelig måte. Men denne måten å se virkeligheten på, er intet godt utgangspunkt for å ha ansvar for menneskers totale liv, slik man har hatt i sentralinstitusjonene.

Som basis for en totalomsorg må det ligge en helhetsforståelse av pasienten som menneske, og oppmerksomheten må rettes mot det vedkommende mestrer, ønsker og liker. I medisinsk ledede strukturer vil det altfor ofte bli sykdom og problemer som blir billetten til omsorg og oppmerksomhet, og behandling i vid forstand blir tilbudets vesentligste innhold.



Finn Carling har i sin bok "Skapt i vårt bilde", filosofert over den rolle behandling spiller i vårt moderne samfunn. Han beskriver den utvikling som fører til at flere og flere behandler behandler flere og flere, definert som behandlingstrengende. En måte å lese boka på, er å se den som et forsvar for retten til ikke å bli behandlet for forhold og egenskaper som er en integrert del av ens selvbiilde. Han påpeker også farene for at behandleren ikke lenger opptrer som hjelper og rådgiver, men blir "bestemmeren" som fatter beslutninger på områder som ligger langt utenfor det egentlige ansvars- og kompetanseområde, og på den måten omgår viktige demokratiske beslutningsprosesser. Overfor psykisk utviklingshemmede er denne farene spesielt stor, da de av åpenbare grunner blir mer "bestemt over" enn andre. Når denne form for formynderi skjer i ekspertenes regi er det ennå vanskeligere for klienten selv, pårøren-



de og andre å komme med skepsis og innvendinger.

Nå er ikke medisinerne de eneste som beveger seg på kanten av denne grøften. Vernepleiere og pedagoger er kanskje minst like ille ute fordi deres form for behandling - trening i videste forstand - kan strekkes ut til å omfatte klientenes totale livssituasjon. Jan Tøssebro, som er forsker ved Institutt for sosiologi og samfunnsforskning i Trondheim, kommer inn på dette i en debatt om etikk i omsorg for psykisk utviklingshemmede, i bladet Vernepleieren. Han forteller historien om presten som spurte klienten om han ville til himmelen. "Må æ træne dær?" svarte den utviklingshemmede.

Tøssebro's anliggende er selvsagt ikke å advare mot trening og opplæring. Men også han er opptatt av å finne balansepunktet hvor den utviklingshemmede ikke bare kjemper en livslang kamp mot funksjonshemningen, men også får anledning til å leve et godt liv med en del av sine funksjonsvansker intakt. I likhet med Carling er også han opptatt av at behandlingen ikke må bli en aktivitet som opprettholdes for å gi behandlerne tilfredsstillelse.

Finn Carling forteller til slutt i sin bok om en drøm han har, nemlig drømmen om det uensartede samfunn. Dette er et samfunn der man fullt ut erkjenner at mennesker er forskjellige, og at likhet ikke innebærer at vi alle skal være like, men at vi til tross for store forskjeller skal ha like rettigheter og sjanser. Ut fra sine mange og lange samtaler med funksjonshemmede, sier Carling at det er påfallende hvordan deres opplevelse av hovedforutsetningene for en menneskelig tilværelse stemmer overens. *Disse forutsetningene er samhørighet med andre mennesker, anledning til medbestemmelse og opplevelsen av å fungere på egne premisser.*

Når fagfolkene, behandlerne, som har arbeidet innenfor HVPU, nå er bekymret for fagligheten i det framtidige tilbuddet til de psykisk utviklingshemmede, er det kanskje riktig å spørre seg om i hvor stor grad dette kan være en bekymring over betydning av egen rolle, og vårt arbeids viktighet. Jeg er selv bekymret for fagligheten i framtida. Men jeg har også vært sterkt bekymret for fagligheten innenfor HVPU i den tid jeg

har vært i systemet. De faggrupper som mener de har viktig kunnskap om psykisk utviklingshemmede, har nå ansvar for å gå inn i den nye virkeligheten, og se hvordan de innenfor denne virkeligheten kan anvende sin kunnskap.

Blant disse gruppene er den medisinske profesjon. Hva er det vi har å tilby? Først og på den ene siden: High-tech forskere på sporet av genet for tuberosklerose, opptatt av sammenhengen mellom Alzheimers sykdom og kromosom 21, letende etter forandringer i mitokondriene ved progressiv infantil poliodystrofi. Eksperten som kan vise veg i villnisset av over 2000 syndromer som fører til mental retardasjon.



Dernest og på den andre siden: Legen som stilles overfor en febersyk psykisk utviklingshemmet pasient, og så gjerne skulle ha sett hans tonsiller. Men som i en dusj av spitt bare ser en stor, furet tungt og et hyperplastisk tannkjøtt med spredte tannrester. Eller som så absolutt skulle ha palpert hans abdomen, - hvis han da bare kunne la seg overtale til å ligge på ryggen.

Midt i mellom: HVPU-legen som har års erfaring i å jobbe i spenningsfeltet mellom genforskning, syndromer og afferent nerveledningshastighet på den ene siden; sikling, ørevoks, kramper og kontrakturer på den andre siden. For ikke å snakke om psykologer, sosiologer, vernepleiere, pårørende, politikere, økonomer og helseadministratører på alle andre sider.

Den første gruppen har sin selvsagte plass i framtida også. Mulighetene for å stille diagnoser, påvise årsaksforhold og

gi prognosar med hensyn til den mentale retardasjon, er i rivende utvikling. Høyt spesialisert kompetanse på diagnostikk og behandling trengs i annen- og tredjelinjetjenesten som aldri før.

Den andre jobben faller naturlig over på primærleggen. Det blir en selvsagt oppgave for førstelinjetjenesten å ta over det daglige medisinske ansvaret, - for psykisk utviklingshemmede som for alle andre. Dette krever at primærhelse-tjenesten må tilegne seg eller friske opp sine kunnskaper om de psykisk utviklingshemmedes epidemiologi og behandlingsbehov. Vi må vite hva vi ser etter, og vi må vite hva det er, det vi ser. Vi må finne fram til en fornuftig arbeidsdeling med de forskjellige spesialitetene, når det gjelder oppfølging av fysiske tilleggshandikap som cerebral parese, sansedefekter, epilepsi og mye annet.



I tillegg, og ikke minst vanskelig, må primærlegene gå inn i det tverrfaglige miljøet rundt beboerne. Hvordan dette vil se ut og fungere, må selvsagt variere svært fra klient til klient, og fra kommune til kommune. Problemene rundt psykiatrisk sykdom og atferdsproblemer hos psykisk utviklingshemmede, er et stort og vanskelig felt. Men for flertallet av klienter vil legen være et viktig ledd i det faglige miljø. Etterspurt ikke minst fordi vi sitter med reseptblokka. Jeg har et håp om at vi greier å delta på en måte som gjør at det også er andre ting vi har å bidra med. I samarbeid med psykologer, vernepleiere og psykiatere må vi gå løs på den utfordring det er å møte disse vanskelighetene på en faglig forsvarlig måte. Med og uten reseptblokk.

Hva så med HVPU-legen, "spesialisten" på psykisk utviklingshemming? Trenger vi ham i framtidens omsorg? Jeg tror vi gjør det. De aller fleste fylker bygger nå opp en annenlinjetjeneste som i større eller mindre grad fører videre det arbeid som har vært gjort i de såkalte fylkes-teamene innenfor HVPU.



Når det gjelder barn, har man de aller fleste steder etablert en praksis som gjør at endringene for fylkesteamene blir relativt små. Hvorvidt denne modellen skal omfatte også omsorgen for de voksne psykisk utviklingshemmede, er et annet spørsmål. Der man har valgt å lage egne team med omsorg for de voksne, har det vært diskutert om det skulle være lege i slike team. Og det er argumenter både for og imot. Imot taler det forhold at det er overordentlig viktig å etablere et fast og godt lege/pasient-forhold for psykisk utviklingshemmede, og en lege i et fylkeskommunalt team kunne bli en forstyrrende faktor som gjør at både førstelinjelege og spesialist kan skyve problemet over til "generalspesialisten".

Når jeg likevel har tro på en lege i en slik funksjon, er det ut fra de erfaringer vi har når det gjelder funksjonshemmede barn, og de erfaringer man i Telemark har gjort med hjelpemiddelsentralen. For å ta det siste først, så vil det vel være endel som hever brynene en tanke når hjelpemiddelformidlingen i Norge trekkes fram som et godt eksempel. Jeg er klar over at modellen har en rekke svakheter, men sett fra brukernes synsvinkel har hjelpemiddelsentralen vært en velsignelse. En gruppe, som i alle år har vært kasteballer mellom en førstelinje som ikke forstår deres

problemer, og en annenlinje som er bortimot utilgjengelig, har her fått et sted å henvende seg hvor de finner ekspertise og får hjelp.

Jeg tror de voksne psykisk funksionshemmede, deres pårørende og omsorgsapparat, står i fare for å havne nettopp i en slik kasteballposisjon. I barnealderen har vi pediatren som en slags "allmennspesialist" på hele barnet. I tillegg har vi helsestasjonen og helsestøster som en naturlig primærkontakt på kommunenivå. Og vi har også hatt fylkesteam som har fungert som bindeledd mellom første og annenlinjetjeneste på enkelte områder, og som en selvstendig annenlinjetjeneste på andre.

Ser vi på de voksnes situasjon er denne på mange vis annerledes. Helsestasjonen er borte, den travle primærlegen er ikke like naturlig å gå til med problemer som oppfattes å ligge i grenselandet mot andre etater og instanser. Organenes gjør sin jobb i forhold til deres eget spesialområde. Erfaring med psykisk utviklingshemmede er det ikke sikert de har mye av hverken i første eller annenlinjen. I omsorgen for funksionshemmede barn har områdepædiatrien vist seg å være en nyttig arbeidsmodell. Jeg har tro på at et fylkesteam for voksne funksjonshemmede med lege i teamet, vil ivareta noen av de samme hensyn. En slik lege vil med sin generelle kunnskap om psykisk utviklingshemmede kunne bli en viktig koordinator mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og de andre instansene som er med i habiliteringsproblematikken: sosialetaten, skoleetaten, trygdeetaten og arbeidsmyndighetene. I beste fall vil et slikt team være den instans som sikrer pasienten mot å falle mellom stolene, og gir pasienten en kontaktmulighet når denne er i tvil om hvem som egentlig er rette vedkommende.

I tillegg vil dette teamet kunne ha muligheter til å holde seg bredt orientert om faglige spørsmål som angår psykisk utviklingshemmede som gruppe, og således bistå de enkelte fagpersoner og faggrupper med å sørge for den helhetsenkning og koordinering, som vil være nødvendig for at deltjenestene for psykisk utviklingshemmede skal føye seg sammen til et funksjonelt hele.

Spørsmålet om faglig oppfølging, undervisning og inspirasjon blir også viktig når omsorgen desentraliseres i den grad det nå gjøres i Norge. Fylkesteamene vil kunne bli en støttespiller og en ryggrad for førstelinjetjenesten innad i kommunen, i kampen om de ressurser som er nødvendige for å gi brukerne et godt tilbud. Spesielt i små kommuner vil dette kunne være viktig.

Som medisinere må vi imidlertid ikke glemme at en av grunnpillarene i reformen er erkjennelsen av at det er uheldig at helsetjenesten har hovedansvaret for de psykisk utviklingshemmedes totale livssituasjon. Retten til egen bolig, retten til meningsfylt arbeid og fritid, muligheter til å påvirke sin egen hverdag, er viktigere for deres livskvalitet enn stell og pleie. Men ingen ting tilsier at det ene her skulle utelukke det andre.

Man kan si mye om den norske ansvarsreformen, men slik den foreligger i lover og forskrifter, kan man ikke beskytte den for å være halvhjertet. Institusjonenes tid er ute, normalisering og integrering er ikke lenger fjerne mål. Den strukturelle desentralisering og kommunale integrering skal gjennomføres hundre prosent - på godt og vondt.

Jeg tror det er en riktig politikk. Jeg tror det er en god reform. Det som skremmer meg nå, er alle de velmenende betenkelskheter som fosser inn over oss, og truer med å gjøre også denne reformen halvhjertet. Det er klart at en slik reform ikke kan gjennomføres uten at det skapes problemer. Men har man brent broene bak seg, er det lite nytte i å snu seg på stranda og skryte av blomstene i sola på den bredden man har forlatt. Det er tid for å plante nye blomster. Og nye blomsterhaver må anlegges med entusiasme og tro på at ting kan vokse.

Litteratur

1. Kanner, Leo. A history of the care and study of the mentally retarded. Springfield: Thomas Books, 1974.
2. Carling, Finn. Skapt i vårt bilde. Skisser om behandling og samfunn. Oslo: Gyldendal 1975.
3. Tøssebro, Jan. "Må æ træne dær?" - Vernepleieren nr. 5/91.

Lege Bjørn Sturød
Dagsrudheimen
3445 Ulefoss



Patienters egenvurdering - et medicinsk perspektivskift



Inga Marie Lunde, f. 1951, cand. med. 1980, dr. med. 1990. Uddannet til alment praktiserende læge. Medicinsk-humanistisk forskningsarbejde ved Aarhus Universitet 1985-91. Forskningsmedarbejder ved Den Medicinske Forskningsenhed i Ringkøbing og praktisk lægearbejde i Dansk Røde Kors, asylafdeling.

Af Inga Marie Lunde

En 69-årig mands overvejelser, over "hvad sygdom er for noget", lød sådan her:

"Sygdom, det kan være så mange ting. Det med sygdom - det gribes ud af det hele - man kan jo have sygdom i sit innerste - altså i sine tanker. Der kan være noget inde i en selv, som kan gøre det værre eller bedre. Jeg tror ikke der sættes noget fast punkt for noget indenfor sygdom".

Denne indholdsmaatte beskrivelse af sygdom, fremkom en af deltagerne med i den undersøgelse, som her kort skal præsenteres. Den viser, at sygdom har et langt større "betydningsunivers" for patienter, end vi i behandlingshverdagen tænker på.

Mange dagligdags problemer i klinikken udspringer af, at patienters opfattelse af sygdom adskiller sig fra lægers. Men patienters opfattelser, som den netop citerede, er næsten ikke systematisk udforsket. Udfaldet af enhver patient-lægekontakt afhænger af samspillet mellem de to mere eller mindre forskellige opfattelsesmåder, men de allerfleste undersøgelser af samspillet har været foretaget udfra lægers synsvinkel og vurdering.

Der er stillet spørgsmål udfra forskeres tænkemåde og strukturering - ikke udfra patienters. Man har gået ud fra, at patienter har forstået helt det samme som forskere ved de givne spørgsmål. Undersøgelser af patientopfattelser kan afspejle professionelles tænkemåder mere end patienters, fordi professionelle opfattelser er indbygget i selve problemformuleringen. Dette er en videnskabelig indholdsbias, som sjældent diskuteres.

Ideen, til empirisk at undersøge patienters egenvurdering af helbredsproblemet, opstod, da jeg i konsultationer oplevede, at det var vanskeligt at få indblik i dem. Viden om patienters opfattelser har derfor praktisk klinisk betydning.

Udgangspunkt og tyngdepunkt måtte i en sådan undersøgelse flyttes - fra lægens vurdering af patienten - til patientens egenvurdering. Men den lægelige vurdering skulle med, for at undgå en halv beskrivelse af sygdomsvirkeligheden.

Kort om undersøgelsen

Kildematerialet blev indsamlet i en interviewforløbsundersøgelse. Heri indgik 35 patienter (24 kv og 11 m), og deres 13 alment praktiserende læger. Patienterne interviewedes umiddelbart før og efter konsultationen og igen 3-4 måneder senere. Lægerne blev interviewet efter 2. og 3. patientinterview. Interviewformen var åben, baseret på en emneinddelt interviewguide. De 175 interviews blev optaget på lydbånd, og er alle foretaget af undersøgeren.

Den praktiske fremgangsmåde blev "skräddersyet" til problemstillingen. Dobbeltbelysningen kom frem via koblede oplysninger - og udgangspunktet i patientperspektivet - sørgete interviewenes rækkefølge for.

Egenvurderingsmodellen

Parallelt med interviewbearbejdelse, analyse og litteraturstudier blev det til mange forsøg på - udfra et patientperspektiv - at kategorisere og skitsere de faktorer der influerede på patienters vurdering. Da disse skitser blev sammenholdt med andre skitser af sygdoms-episodernes mulige forløb, fremstod en patientcentreret helbredsmodel, der kunne betegnes som en egenvurderingsmodel.

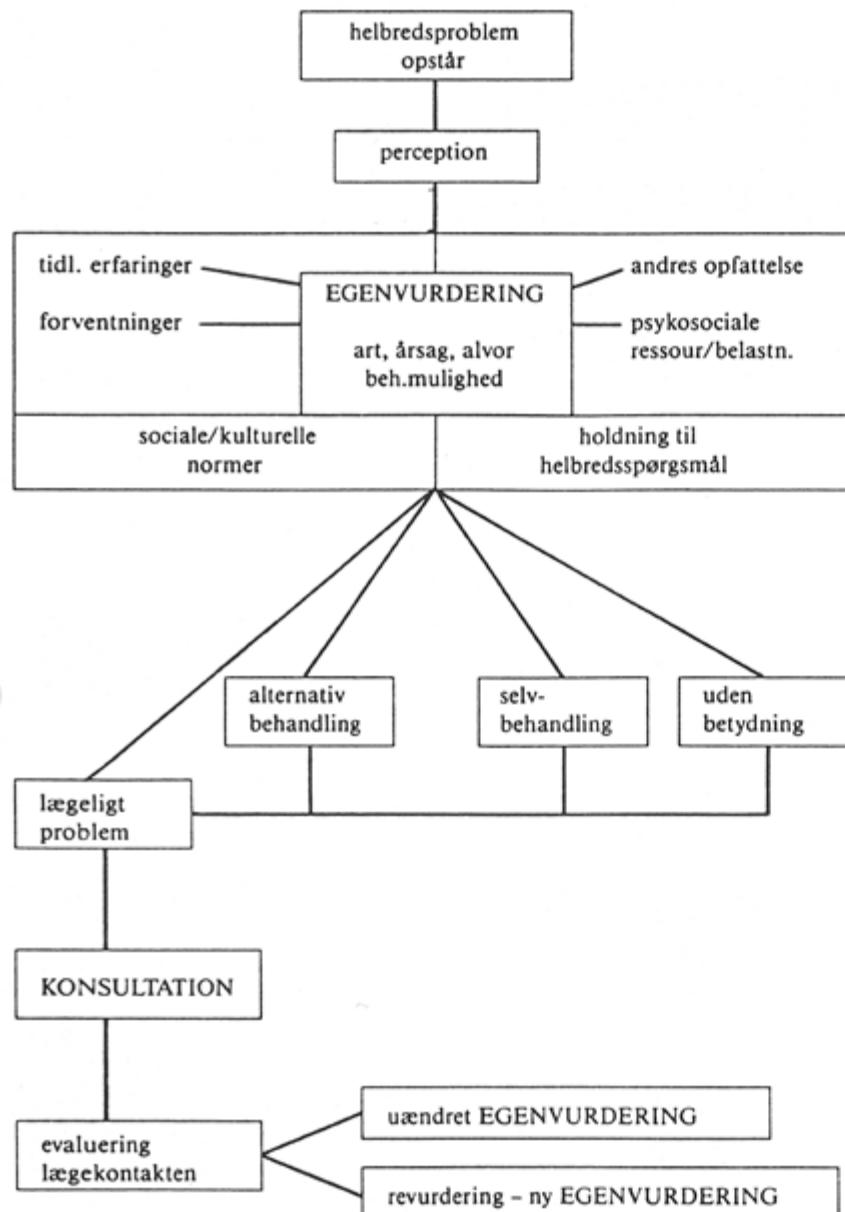


Fig.1.

Den blev til ret tidligt i analysen, og dens struktureringsværdi blev "bekræftet" i den kvalitative analyses forløb. Modellen blev rammen, som kunne rumme materialets kompleksitet, som gav blik for patienters højst forskellige opfattelser. Den synliggjorde også nye sammenhænge og aspekter, der ikke var til at få øje på i starten.

Problemet med *modeller* er, at de forenkler virkelighedens forhold. De har den ulempe, at de kan give indtryk af noget statisk, noget fastfrosset.

Egenvurderingsmodellen er forholdsvis simpel, med forbindelseslinjer der viser sammenhænge, kan man sige, både i "begrebsrum" og tidsforløb; se figur 1.

Når helbredsproblemet opstår, sker i første omgang en perception, man opfatter, iagttager og oplever ved sansepåvirkning umiddelbart en ændring. Det kan ske pludseligt, som hvis man skærer sig, eller langsomt, som ved begyndelsen til en influenza. Derefter kommer overvejelserne over, hvad dette kan betyde og indebære.

Egenvurderingen omfatter patientens opfattelse af:

- 1) problemets art og natur (diagnose)
- 2) årsagen til dets opståen (ætiologi)
- 3) hvor alvorligt det er (prognose)
- 4) hvad der evt. kan gøres ved det (terapi)

Egenvurderingen er baseret på et kompletst fundamenter, som kan sammenfattes under betegnelserne:

"sociale/kulturelle normer" og "holdning til helbredsspørgsmål"

De sociale/kulturelle *normer* kan være ret afgørende for egenvurderingen. Som for den kvinde, der ikke kunne tage vanddrivende medicin på arbejdssage, fordi man på fabrikken ikke forlod samlebåndet udenfor pauserne. Hun var opvokset i, og havde altid levet i, et landbomiljø, hvor der blev lagt vægt på personlig ansvarsfølelse. Hendes egenvurdering af behandlingsproblemet var i høj grad kulturelt betinget. Når hun ikke havde taget tabletterne, var hun selv skyld i det dårlige behandlingsresultat.

Egenvurderingen hviler også på en generel *holdning* til helbredsspørgsmål, som kan være bestemmende for den umiddelbare vurdering. En mand, hvis generelle holdning til sygdom var, at "det ikke var noget der ramte ham", formodede han havde arvet "det gode helbred" fra sin mors familie, hvori alle var blevet gamle. Hans umiddelbare vurdering af nogle rygsmerter var "at det ikke betød noget". Men erindringen om faktisk engang at have haft "noget med nyerne", ændrede hans egenvurdering så meget, så han tillod konen at bestille tid hos lægen, der ikke havde set ham de sidste 10 år.

På et tidspunkt nås en foreløbig konklusion om, hvad man bør foretage sig. Man kan nå frem til at det er "uden betydning", at man "selv" eller en "alternativ" behandler kan klare det. Kun i de tilfælde hvor det defineres som et "lægeligt problem", får professionelle indblik i det.

Efter konsultationen følger *evalueringsfasen*, hvor den lægelige vurdering tolkes ind i ens egen forståelsesramme, hvilket er en forudsætning for at kunne forholde sig til den.



Evalueringen kan føre til uændret egenvurdering eller revurdering. Og begge disse udfald kan være eller ikke være i overensstemmelse med den lægelige.

Egenvurderingen er efter lægekontakten, som før, under indflydelse af de komplekse faktorer skitseret øverst. Og den stadige registrering af sygdomstegnene, om de forværres, mindskes eller svinder, påvirker konstant ens vurdering.

Der er tale om en *proces* og enhver oplevelse med relation til helbredet, ikke blot de der relaterer til sundhedsvæsenet, kan ændre egenvurderingen. Denne er i konstant udvikling og omformulering, påvirkeligt som den er af contexten, livet igennem. Man kan betragte den som indgående i en spiral.

De enkelte faktorers betydning

Tidlige erfaringer:

Patienters *tidlige erfaringer*, fx i forbindelse med alvorlig sygdom hos dem selv eller andre, kan influere meget direkte på problemtolkningen. En patient, som havde gennemgået en større abdominaloperation et halvt år før han fik nogle svimmelhedsanfald, overvejede om svimmelheden "stammede tilbage fra operationen".

Sygdomstegn tolkes ind i en biografisk sammenhæng, ind i den enkelte konkrete livsforløb og opfattelse af egen livshistorie. Ja, sygdomstolkninger kan direkte tage udgangspunkt i en tidlige livebegivenhed. En invalidepensionist, som havde været utsat for et trafikuheld 20 år tilbage, tolkede alle senere tilkomne sygdomsproblemer, som noget der kunne "føres tilbage til det der skette den gang - det er der sammenhæng i" sagde han. Langt fra alle disse sygdomme, som havde ført til 22 indlægelser, var det dog, udfra en medicinsk tolkningsramme, muligt at henføre til ulykken.

At der i patienters sygdomsopfattelser er indvævet biografiske menings-tolkninger, er en af de væsentligste forskelle mellem disse og de medicinske. Målet med patienters tænkning er ikke blot årsagsanalyser, men også rekonstruktion af en sammenhængende, fornuftig livshistorie ud af de forandringer, der har fundet sted, så disse kan forstås og accepteres.

Forventninger:

Om *forventningene* gjaldt at patienter var mere forklaringsorienterede end lægerne antog. Hovedparten talte direkte om, at de forventede at få forklaringer af lægen. Men der var 6 pt. som ikke talte herom. Disse 6 var interessante, hvad var grunden til, at de ikke forventede forklaringer? En helhedsanalyse viste, at årsagen var ganske enkel: I det konkrete tilfælde var problemet for dem alle 6 afklaret. De var ikke i tvivl, de havde allerede en forklaring. Henvendelsesproblemet var velkendt og veldefineret, de havde tidligere været i kontakt med læger for det samme eller noget lignende. I anden sammenhæng viste det sig dog, at de alle 6 tillagde forklaringer helt afgørende betydning i behandlingssituationer.

Der var nemlig udover de konkrete forventninger helt klart en overordnet forventning om, "at blive hjulpet bedst muligt". Hvor denne vurderedes som opfyldt, blev forløbet beskrevet i positive vendinger. Også selv om en konkret forventning om fx en henvisning eller recept ikke var blevet opfyldt. Den overordnede forventning fandtes hos alle, og det var i denne "forklarings-elementet" lå.

Lægerne formodede i konkrete tilfælde at patienterne forventede behandling, hvor forklaring for dem var hovedsagen, og problemet var "til at leve med", blot de vidste, hvad det var. Lægerne gjorde også, hvad de kunne, for at opfylde de formodede forventninger, disse patienter blev behandlede.

Andres oppfattelse:

Hvad betød *andre* nærtstående for egenvurderingen? Hovedparten havde talt med andre om helbredsproblemet forud for lægekontakten. En af de patienter, der havde undladt dette, var en kvinde, hvis mand tit anså hendes lægebesøg for unødvendige. Hun havde nyligt mistet sin mor, og havde været så kort tid på sin arbejdsplads, så hun ikke havde nogen fortrolige der. Hun gav udtryk for, at hun savnede nogen at drøfte helbredsspørgsmål med. Hun mente: "Hvis man snakker med andre om det og finder ud af, at der er flere, der har det på samme måde, så det egentlig ikke er så unormalt, så blever man noget beroliget."

Et af det sociale netværks vigtige funktioner, er netop at danne et sammenligningsgrundlag. Så man som enkeltindivid kan afgøre, hvad der hører til det normale, og hvad der er tegn på sygdom.

Psykosociale ressourcer og belastninger:

Hvad angår *psykosociale ressourcer og belastninger*, var det for patienter nærliggende at relatere sygdom til disse. Det blev illustreret via konkrete eksempler fra deres eget og andres liv. En del tydede på at denne bevidsthed om psykosociale sammenhænge er meget udbredt blandt patienter. En praktisk klinisk konsekvens heraf bør være skærpet opmærksomhed på patienters egne tolkninger af psykosociale forholds konkrete betydning. Det vil give en indholdsmæssig korrekt indgang til drøftelse af disse forhold, fremfor, som et eksempel viste, at man drøfter indholdet i lægens formodning om en konkret sammenhæng. Dette kan bevirkе at patienten føler sig totalt misforstået. Patienters selvindsigt i disse sammenhænge trådte tydeligt frem i flere beretninger.

Informationsproblemer

I undersøgelsen er også søgt analyseret *informationsproblemerne* i patient-læge relationer. Misforståelser og fejltolkninger kan være forårsaget af "den medicinske sprogbrug". Forståelige danske ord og vendinger anvendes i medicinen i en ganske bestemt meningsbetydning. Som fx. omtale af et håndleds "fejlstilling", der forståeligt gav patienten indtryk af "fejlbehandling" - som "end ikke blev beklaget".

Patienters problemer med at selektere, når der gives mange oplysninger, viste at man fæstner sig ved det, der passer ind i ens forudgående tanker, ens egenvurdering. Patienter kan også finde, at de "burde" kunne forstå de givne oplysninger, og derfor ikke kan "være bekendt" at spørge igen.

Forekommer nogle af disse problemer banale, eller fagligt mindre væsentlige, så kan det skyldes, at man ikke kender deres ofte alvorlige konsekvenser, i form af mistillid og usikkerhed.

Kan analysen vise veje til bedre informationspraksis?



Illustrasjon: Inga Marie Lunde

Ja, det velkendte problem med modstående information fra forskellige læger, kan forekomme ul  s  igt, fordi det også bunder i sundhedsvæsenets struktur, illustrerer virkelighedseksemplerne en enkel måde at imødegå.

Man må altid forud for informering søge at få indsigt i: hvad patienten i forvejen har fået oplyst, eller selv ved om sagen, og hvilken betydning denne vid  en tillægges. Det kan spare begge parter for at bruge tid på overflødige oplysninger, og det åbner mulighed for at korrigere eventuelt tidligere opståede misforståelser.

Hvad patienten får ud af en given information afhænger af, om den kan indpl  ceres i en meningsfuld sammenhæng. Ellers kan den opfattes som irrelevant. Og problemet er her, at læger ved meget

lidt om den sammenhæng, informasjonen tolkes ind i. Læger ved ikke meget om patienters egenvurdering.

Tillidens gensidighed

Patienter delagtiggør langt fra altid læger i deres vurderinger. En af årsagerne er stadig "autoritetsbarrieren", og et paternalistisk image, som læger har svært ved at slippe af med. Mange patienter talte om deres egen "uvidenh  ", hvad sygdom angik. Afsl  redes den kunne det påvirke lægens fremtidige generelle indtryk af en. Nogle var bange for at komme med noget, der medicinsk set var betydningsløst eller banalt. Man kunne blive opfattet som sygdomsoptaget, eller det der var værre, som en med hypokondritilb  jeligheder.

Patienter talte spontant om *tillid*, og også om tillidens gensidighed, som en

afgørende faktor for, om man r  ber sin egenvurdering. L  gers reaktion på indblik i egenvurderingen, er derfor essentielle. L  gereaktioner huskes, og de får konsekvenser i fremtiden, også i forholdet til helt andre læger.

Men traditionel klinisk fremgangsmåde inkluderer ikke, at få egenvurderingen belyst. Det, det drejer sig om, er at få oplysninger, som g  r problemet indpl  cerbart i en diagnostisk kategori. Patientens vurdering er i den sammenhæng irrelevant. Rent praktisk kan den heller ikke udtrykkes i "journalsproget". Den har ingen plads i den medicinske hverdagsroutine.

Patientperspektivet

For læger er respekt for patienters autonomi, for patienters opfattelser og ønsker, noget centralet. Og alle patienter, også de der ikke voer at fremkomme med dem, har sådanne. Skal vi nå til at praktisere den respekt for autonomien, som vi fagligt s  tter højt, må vi søge indblik i patienters opfattelser, ikke som vi antager de er, men som de virkelig er.

En seriøs og aktiv interesse vises ved helt ligetil altid at tage udgangspunkt i egenvurderingen. Man må "spørge direkte" om "hvilke tanker har du gjort dig om problemet" - og dernest tage disse alvorligt. Ikke fordi de kan være medicinsk korrekte, men fordi de er udtryk for patienters virkelighedsopfattelse.

Patienter vil ofte afvise med "hvis jeg vidste, hvad det var - var jeg ikke kommet". Og det må altid accepteres. Dialogen kan dog åbnes ved at gøre opmærksom på, at mennesker altid gør sig nogle overvejelser, og at det er godt at starte med disse, fordi de altid er væsentlige. Derved vises en udtalt respekt for patientens vurderingsevne, og risikoen ved at fremkomme med egne, måske medicinsk afsporede, ideer og tanker formindskes.

At anske sygdomme fra et patientperspektiv afslører, at patienter også er rationelt t  nkkende individer, der lever i en kulturel sammenhæng, som giver viden om helbredsspørgsmål og medicinsk behandling. Og lægekontakten er langt fra det eneste betydningsfulde element i sygdomsprocessen.



Om perspektivskiftet bør præciseres, at det ikke indebærer at forlade sin egen medicinske horisont. Solide medicinske kundskaber er stadig lige nødvendig for at kunne give optimal behandling. Forudsætningen for at kunne foretage et ægte perspektivskift er netop, at vi vedkender os forskellighederne og tager dem alvorligt. Man må med sin samlede medicinske erfaring være nærværende, saglig, åben og konkret i mødet med det anderledes i patienters forståelsesmåde.

Perspektivskiftet kan få selvfølgelige medicinske tankegange til at tage sig helt anderledes ud. Det viste fx analysen af forløb hvori non-compliance indgik. I medicinen er disse ofte blevet relateret til patient-svigt, og sågar patienters upålidelighed. I materialets konkrete eksempler var patienters fornuftsbetonede slutninger og vurderinger dog langt mere iøjnefaldende end uansvarlighed, som problemet medicinsk har været relateret til.

Indsigt i patienters erfaringsverden kan føre til øget selvførtståelse i faget. Patientperspektivet kan sætte spørgsmålstegn ved medicinske selvfølgeligheder, ved vores procedurer, rutiner, teorier og modeller. Derved kan det resultere også i en videnskabelig nyorientering.

En anden infaldsvinkel

Her er ikke præsenteret universal-løsninger, men en mulig ny indfaldsvinkel til bedre forståelse af den ikke-medicinske sygdomsvirkelighed. Perspektivskiftet viser at patienters begrebss- og opfattelsesmåder er lige så virkelige, og betydningsfulde, som de medicinske.

Vil denne første egenvurderingsundersøgelse, på trods af dens begrænsninger, bidrage til, at professionelle lettere får indblik i patienters vurderinger, såvel i den kliniske hverdag som i forskningsarbejde, vil jeg ikke anse arbejdet for spildt.

Udførlig litteraturliste findes i bogen.

Lunde IM. Patienters egenvurdering - et medicinsk perspektivskift. København: FADL's Forlag 1990.

Læge, dr. med.
Inga Marie Lunde
Aløvej 5
DK - 8600 Silkeborg

Ian McWhinney er utnevnt til æresdoktor ved Universitetet i Oslo.

Professor Ian McWhinney ble i august utnevnt til æresdoktor ved Universitetet i Oslo. Dette skjedde i tilslutning til et seminar i Vitenskapsakademiet.

McWhinney er professor ved Department of Family Medicine i Ontario i Canada. Han har bred bakgrunn som kliniker og forsker. Mest lest og verdsatt er hans betragtninger og vurderinger omkring "the philosophical and scientific foundations of family medicine". Han tar her opp og diskuterer paradigmeskiftet i vitenskapen generelt og i medisinens spesielt. Han er opptatt av hvordan vi som medisinere bør ta imot disse utfordringene, særlig i vårt møte med den enkelte pasient.

Han har skrevet "A textbook of Family Medicine", en viktig lærebok både for studenter og for ferdige allmennmedisinere. Den er en sentral bok i den allmennmedisinske fagutvikling.

Vi i Utposten gratulerer!



Foto: Per Hjortdahl

Referansegruppe i ØNH sykdommer i allmennpraksis.

Interesserte besøkte henvende seg til Steffen Steffensrud, 3506 Røyse telefon 067 39722 jobb eller 39846 privat.

Formålet er å bedre kvaliteten på ØNH behandling i allmennpraksis gjennom sykdomsregistrering, behandlingsregimer, grenseoppgang mot spesialiteten m.m.

Dette kåseriet ble holdt under festmiddagen under Offentlige legers landsforenings kurs i Edinburgh okt. -91: General Practice and Public Health Medicine in the United Kingdom.

A toast from Scotland to Norway

J.G.R. Howie er nr 7 fra venstre på bildet.



Foto: Nina Brun

J.G.R. Howie is Professor of General Practice at the University of Edinburgh. His research interests have included studies of how General Practitioners use antibiotics and more recently, how they arrange their work and the stresses related to it. He is the author of Research in General Practice, the second edition of which was published in 1989.

J.G.R. Howie:

It is an honour to be asked by the Norwegian Association for Community Medicine to say something briefly about general practice in Scotland, and a pleasure to do so. I have personally visited Norway twice; I will refer to the first time before I finish, but the second time was in June of 1990 when I enjoyed a wonderful week visiting the NAVF research training programme in Oslo, Tromsø, Trondheim and Bergen. Standing at midnight on the great bridge at Tromsø looking west at the never-setting sun, I will always remember with affection. I hope Edinburgh has given you something too. Peter Ustinov has described Edinburgh as... 'like a Scandinavian capital. It is very different from England, and very refreshing.' Others have been less complimentary. In truth our countries are very beautiful, but we also share living in a climate which is often cruel and we have an independence in how we think and work.

I want to explore briefly, three issues affecting Scottish practice which I believe now apply or will apply in Norway just as significantly.

Public Accountability and Audit

In 1986 the UK Government turned its attention to breaking the grip the medical profession had long held over its own standards and control. A discussion paper proposed a modest set of reforms for general practice - setting targets for screening and immunisation and rewarding those who met them at the expense of those who did not; a commitment to a fuller working week for those paid as full-time doctors; a new retiring age; and more information about services offered to be available to patients. The profession, almost by tradition, opposed the proposals. Four years later, the 1990 'New Contract' formally imposed them and more, foreshadowing a significant increase in management control over anything we had ex-

perienced in the past. Resistance to change and modernisation seems a sad and short-sighted feature of the medical profession world-wide.

One agreed innovation has been medical audit; strangely the profession has espoused it widely and, it seems, rather uncritically in many quarters. The 'audit cycle' involves comparing performance against 'standards'. But what are the standards and who defines them? What is important and what can be measured are often different; general practice is, by definition, a multidimensional discipline, with doctor, illness, patient and family issues interweaving when clinical decisions are taken. Yes, vote for audit. But audit of how we think as much as of what we do. General practice has often been unhappily unwilling to count and analyse what it does; but it must be cautious of the risk of counting and analysing in a way that is simplistic.



Anticipatory Care

The Royal College of General Practitioners has long supported 'anticipatory care' by which is meant the early recognition of potentially curable serious illness (usually by screening or case finding) and the more structured care of patients with continuing health problems (diabetes and asthma for example). Now in this country the "promotion of health" has become a political platform. The public, of course, believe health checks must be a good idea - and it is difficult to oppose this view at some levels and for some conditions.

Two problems are affecting us in general practice. First, we do not believe in all the procedures we are being asked to do in our 'new contract'; and secondly, because our pay structure now depends on meeting certain targets (and our contract requires us to offer others) we

are harrassing patients into accepting tests and procedures which may not always be in their interests. Is the case for breast screening overwhelming? Do the elderly want doctors or nurses to interrogate them about their life-style? Does doing the cholesterol of a middle-aged non-smoker provide reassurance or anxiety? What good results from finding a borderline blood-pressure?

Recently, I heard a doctor talk of his confusion as, towards the end of his career, he found himself 'making well people ill instead of ill people well'. This is a balance we need to think more deeply about. Anticipatory care seems self-evidently to include worthwhile things. But it carries risks too, and - as happens in other endeavours those who evangelise on its behalf may do the most harm.

The internal market for health

The most recent UK reform has been to try to create an internal market for health, with different parts of the health service purchasing services from others. General practitioners can hold budgets on behalf of patients and use these to purchase selected out-patient and in-patient services, to fund the drugs they prescribe, or to employ staff or improve premises. They can also purchase private care for their patients, so it is possible that hospitals that are felt to be providing a poor service will find themselves losing the funding they had previously relied on. General practitioners are thus potentially in a position of new influence and can purchase quality for their patients in a way not previously possible. Many doctors are taking up this option with enthusiasm, but many are opposing it for reasons which range from moral objection to the concepts of choice and competition to the belief that the experiment is of unproven merit and is not supported by adequate information and management expertise. All cases can be argued. The one I want to argue here is that all (patients and doctors) have to realise that costs and choices in health care must be discussed openly, and discussion must involve listening as well as speaking. A cheaper service need not be a less good service. Times change, and we must be prepared to innovate thoughtfully to secure the returns which scientific medicine has made possible.

Change

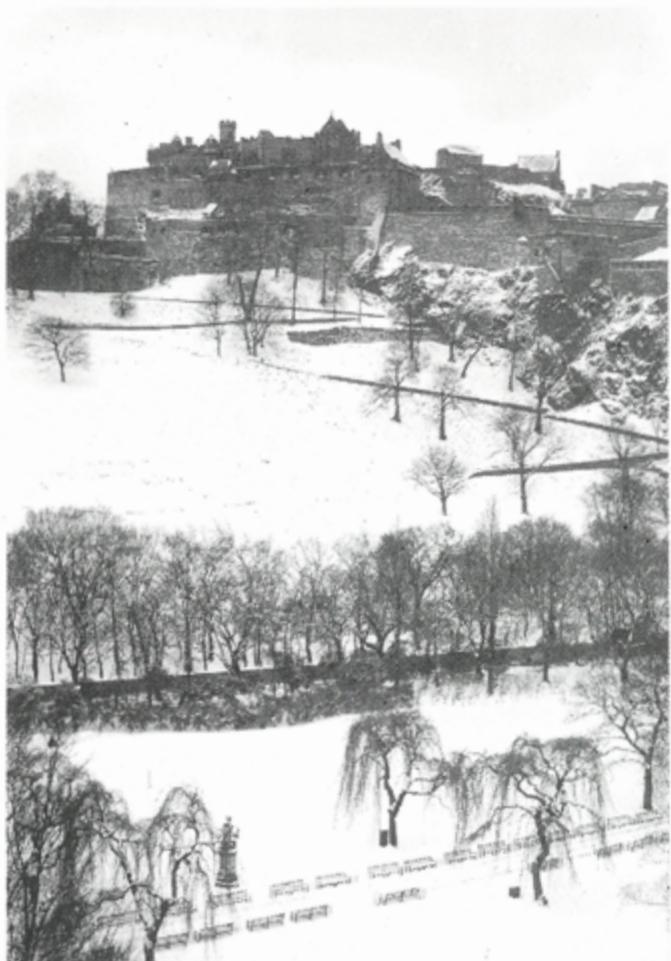
My comments have touched on accountability, on the choice between the curative and preventive models of health care, and on the need to look separately at the costs

of what we do. Those ideas are summed up in the word 'change'. As professionals we tend to resist it, not necessarily always wrongly. T S Elliot has written about the need to guard against information being acquired at the expense of knowledge, or knowledge valued at the expense of wisdom, and this is a key dilemma in general practice both in Norway and in Scotland.

Patient care and politics, research and education are all interdependent. There are risks in anti-intellectualism; and in the cultures of power and charisma, and general practice is vulnerable to all of these. In Norway your NAV community research programme seems a vital link in the chain which will help keep the balance right. I wish we had reached that stage here in Scotland, although I think we will soon.

The NAVF visit was my second to Norway. In my first, a few years earlier, I enjoyed a week with Per Fugelli in Bergen. I stood in Grieg's drawing room at Troldhaugen looking out of the lake with the sun sparkling and could hear his wedding guests coming over the hills to the Church close by. Scotland's music and scenery have a lot in common with yours; so do our personal styles of independence, humour and honesty. We here have learned much from you; we hope you have learned from us. Exchanges like these are good for all. We must do this again.

Prof JGR Howie
Departement of General Practice
The University of Edinburgh.





Referert smerte fra muskulære triggerpunkt

Av Svein Lunde.

I 1985 deltok jeg på et akupunktur-kurs på Beitostølen. Det største utbytte for meg var økt kunnskap om ulike myofasciale smertetilstander, spesielt med henblikk på referert smerte fra ulike muskelgrupper. Denne viden har vært til nytte for meg i min praksis og jeg vil gjerne bringe den videre til interesserte kollegaer.

Smerter er en av de vanligste årsaker til at folk oppsøker lege. God diagnostikk er en forutsetning for riktig behandling. Hos flertallet av pasientene kommer en frem til korrekt diagnose ved nøyaktig sykehistorie og "vanlig klinisk" undersøkelse, evt. supplert med orienterende neurologisk undersøkelse.

Årsak til smerter kan være lokalisert til det sted pasienten angir, en kan ved inspeksjon direkte iaktta vævsskade. I andre tilfeller opptrer smerter på annen lokalisasjon enn den opprinnelig nosicepsjon foreligger. Dette kjennen vi som "referred pain" eksempel fra hjerte, galle, ureter etc. Noen ganger må pasienten ta blodprøver, røntgenbilde, ultralyd og andre spesialundersøkelser for å komme frem til smerterns etiologi.

Til tross for stadig mer avansert medisinsk-diagnostisk utstyr, står man i en del tilfeller uten forklaring på pasientens smertetilstand. Frustrende for pasient og lege. Det er ikke alltid tilfredsstillende at en spesialist i sin epikrise

skriver at smertene ikke har årsak i organisk sykdom fra sitt "spesialfelt".

"Myelografi/CT viser ikke prolaps". Er pasienten med isjalgiforme smerter en hypokonder? Det kan oppstå mistillit mellom lege og pasient. Pasienten som fortsatt har sine smerter sår kanskje noe tvil til våre finere diagnostiske apparatur. Skal han oppsøke alternativ medisin?

I vår utdanning fikk vi mangefull kunnskap i å undersøke pasienter med smerter i muskel- og skjelett-system. Som medisinsk student lærte vi å gjøre neurologisk undersøkelse og å tolke resultatet av denne. De første årene i min praksis følte jeg ofte at den kunnskap jeg hadde til å finne forklaring på smerter lokalisert til hode, skulder/arm og hofte/bein var mangelfull. Hvem skulle man henvise til? Neurolog?

Reumatolog? eller Ortopedkirurg? Smertetilstanden var ikke "klassisk" for noen spesialitet. Pasienten hadde riktignok en del palpasjonsomme punkter, men smertene var jo lokalisert til annet sted! I ettertid har jeg fått erfare at undersøkelse av disse omme punkter eller "trigger punkt" kan i mange tilfeller gi verdifulle opplysninger om årsak til smerte.

Enkelte "flinke" leger "palperer" disse punktene, mange overlater det til fysioterapeuter. Vi har lært/erfart at det er familiær disposisjon for trigger punkter. Predisponerende kjente faktorer kan være dårlig form, tidligere

skade, ensidig arbeide, "dobbelt arbeide", stress etc.

Myofasiale triggerpunkt er omme punkt i ende av tverrstripet muskulatur, ofte nær ligament. Anatomisk har de ingen spesifikke karakteristika, selv om det er rapportert nedsatt muskelfiber og økt bindevæv og fett i triggerområder. "Aktive" triggerpunkt er smertefulle og kan gi opphav til referred pain. Latente triggerpunkt er kun smertefulle ved trykk. Også de kan gi referert smerte. Det er økt muskeltonus i affiserte muskler. Dette medfører:

- Nedsatt blodsirkulasjon
- Økt sympathisk tonus
- Økt tretthet av muskler
- Økt smerte.

Akkumulering av flere triggerpunkt kan gi dysfunksjon av muskler.

Triggerpunkt-muskler er hovedsaklig lokalisert til musklene som sørger for at vi "går oppreist", dvs. nakke-, rygg- og setemuskler. De er ikke uvanlig å finne også hos "friske" personer og hos barn. De kan være latente og asymptotiske. Triggerpunkt-smerte er ofte dump/tannpineaktig. Den kan være vanskelig å lokalisere nøyaktig.

Mange kollegaer er uvitende om at triggerpunkt kan være opphav til referert smerte. Denne smertetilstand skyldes at impulser fra ulike organsystemer konvergerer til samme ascenderende smertebaner. Denne tilsvarer myotomer eller skeletomenter som har



Svein Lunde er utdannet i København i 77. Han har drevet privat legepraksis på Os fra 77. Nå har han permisjon og arbeider som assistentlege på lungeavdelingen på Haukeland sykehus.

Trigger-punkt

Ref. smerte

Fig. 1

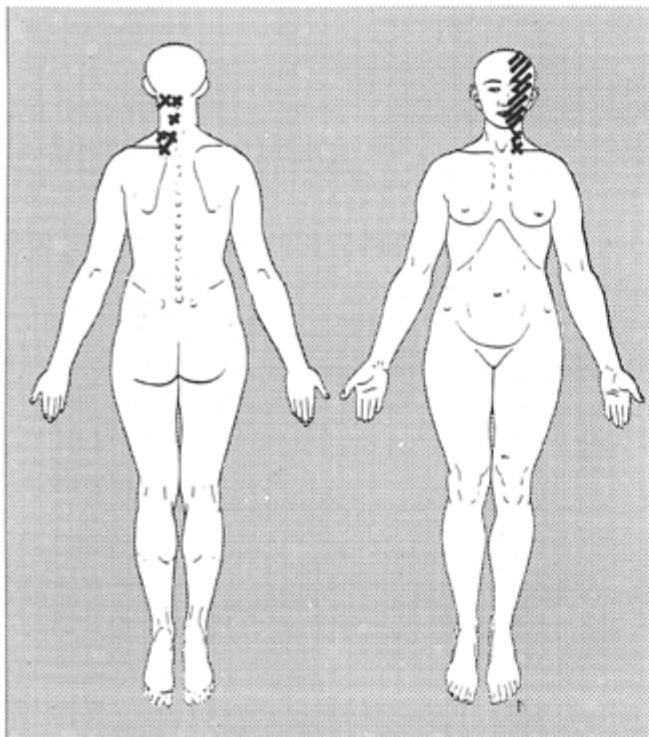


Fig. 3

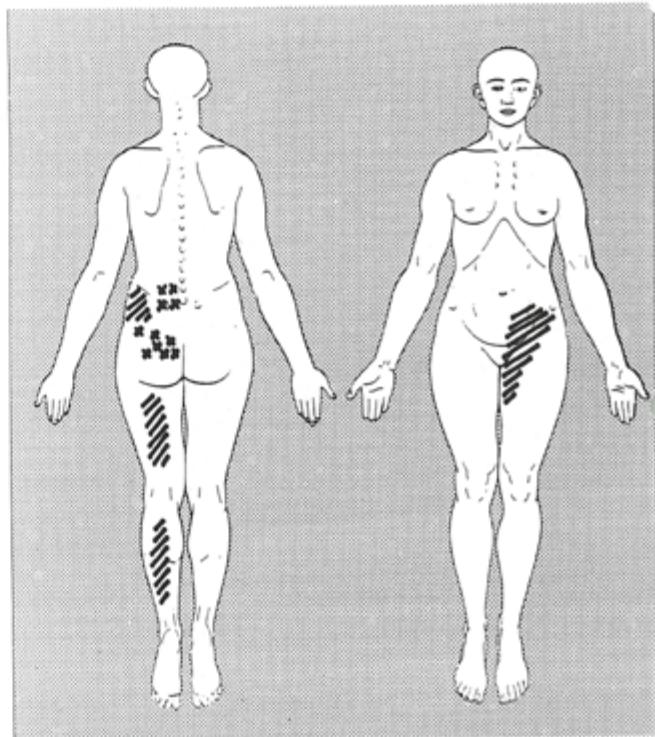
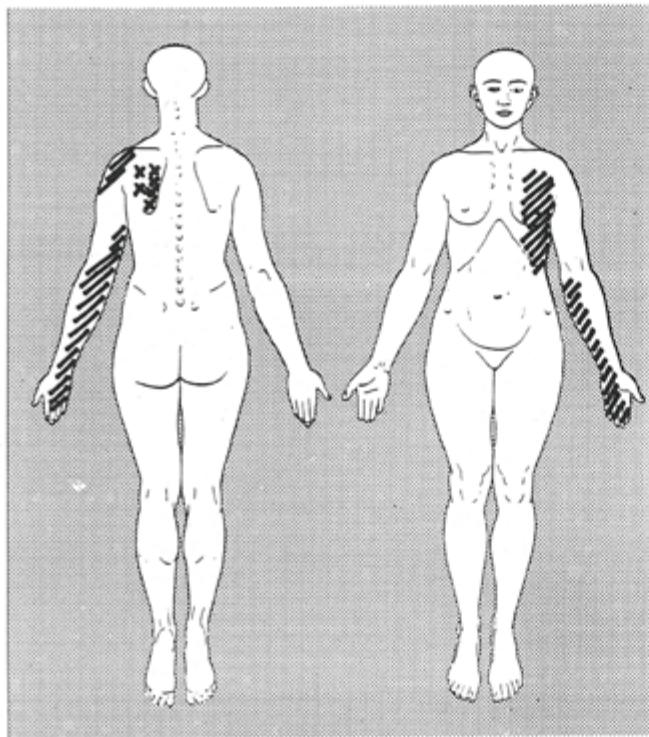


Fig. 2



samme opphav i fosterutvikling. Utstråling følger ikke alltid samme segment som en forventer ved "ren nerveutstråling".

En del smertetilstander lokalisert til hodet; "migrene", "tannpine, øreverk, bihulepress, atypiske ansiktssmerter, kan skyldes ref. smerte fra triggerpunkt i nakkemusklær (trapetzius, levator scapulae, halsextensorer). Husk derfor å palper masseter, sternocleid-mastoideus og temporalis muskulatur ved hodesmerter. Triggerpunkt på lev. scapula kan i tillegg gi ref. smerte radialt på underarm (fig. 1).

Triggerpunkt på m. infraspinatus (fig. 2), gir ofte opphav til smerte oppad fortil på brystkasse, skulder, i armhule

og underarm. Smerter lokalisert til laterale epicondyl kan også skyldes ref. smerte fra denne muskel. Ved "uklare" smertetilstander i underarm (ofte sammenfallende med nedsatt utadrotningskraft i skulder), vil en ikke sjeldent kunne fremkalte utstrålene smerter ved trykk på triggerpunkt på m. infraspinatus. M. supraspinatus gir også opphav til ref. smerte utover overarm, men sjeldnere enn infraspinatus.

Flere muskelgrupper kan gi smerter ned til abdomen seteregion og på underextremitetene. M. quadratus lumborum kan gi referert smerte til lyskeregion og baktil på låret. I praksis møter en ofte

pasienter med "pseudo-isjas"; utstrående smerter til beina, negativ laseque, ingen neurologiske utfall, evt. normal CT/myelografi. Gynekologisk us/rectal explorasjon er også normal. Ta deg da god tid til å kjenne på gluteus muskulatur, evt. m. piriforme eller m. quadratus lumborum. Ofte vil du finne ekstremt ømme triggerpunkter her. Piriformemuskel og gluetal muskel vil i tillegg ofte gi smerter lokalisert til underlivet. Dette bør undersøkes ved uklare underlivssmerter (fig. 3).

Ved undersøkelse av referert smerte vil en ikke sjeldent møte tilfeller hvor denne smerten er mer plagsom enn de opprinnelige triggerpunkt. Pasienten har ofte ikke oppfattet at smertene kan komme fra annet "fokus". Det kan skyldes at området med referert smerte også kan være palpationsømt.

Karakteren av referert smerte varierer. Noen ganger er den utstrående som ved isjas, kan være "gjennomborende", bankende, "kjølende".

Sensoriske forandringer kan også forekomme. Nummehetsfølelse og hypoestesi er vanligst. Hyperestesi sees også. Disse forandringene er reversible.

Autonome forandringer som vaskulære forstyrrelser, hyperemi, økt svette er ikke uvanlig. I sistnevnte tilfelle føler pasienten at området er "nedkjølt" pga. fordampning. Ved "behandling" av triggerpunkt vil en kunne oppnå reversibilitet i løpet av timer mht. hudtemperaturforandring.

Motorisk kan myofasciale smerter gi koordinasjonssvikt eller plutselig innsettende kortvarig tap av muskeltonus pga. smerter, for eksempel kan pasienten plutselig miste noe han holdt i hånden. Det sees ikke muskelatrofi. Pga.

økt konsistens blir musklene noe stive.

Når en skal undersøke pasienten bør temperaturen i rommet være behagelig varm. Undersøkerens hender likeså. Aktuelle område må være avkledd. Pasienten kan sitte når du undersøker nakke/hode muskler/triggerpunkt. Han/hun bør ligge på mage eller sideleie når du tar på området over gluteal/piriforme/quadratus lumborum området. (Bruker bevisst "å ta på" pasienten. Synes "palpasjon" gir inntrykk av avstand). Direkte kontakt med hud gir god nærbekjennelse/nærkommunikasjon med pasienten. Jeg tror ikke lege-pasient forholdet tar skade av det.

Behandling av triggerpunkt, referert smerte og myalgier generelt er meget mangeartet. Den bør tilpasses individuelt etter pasientens plage, personlighet, psyke, fysiske form. Den enkeltes leges behandlingsforslag varierer også mye. Personlig bruker jeg mye tid til å motivere til økt egeninnsats. Jeg anbefaler gjerne fotturer i terrenget eller variert fysisk arbeide/øvelser. Sist høst møtte jeg to 60 år gamle damer på fjelltur. Begge hadde vært hos meg ukken først med smerter i glutealmuskler. Jeg følte en faglig tilfredshet som var på høyde med det en av og til føler når en har avklart andre mer medisinske prestisjefylte problemstillinger.

Dersom en har funnet referert smerte og tilhørende triggerpunkt, kan en starte behandling. Det vil spare pasienten og samfunnet for tilleggskostnader. Er en usikker, bør en ta relevante undersøkelser. Behandling kan være egne øvelser, fysisk behandling, injeksjon av triggerpunkt (akupunktur kan ha god effekt ved m. glu-

teus og piriforme lokalisasjoner), NSAID etc. Selv om en oppnår umiddelbar god effekt, er det ingen garanti for at det ikke ligger alvorlig sykdom til grunn for plagene. Man skal oppnå lengrevarende symptomfrihet før en slår seg til ro med at smertere opprinnelig var fra disse triggerpunkt. Det er viktig med informasjon til pasienten om at han/hun kommer tilbake dersom hurtig recidiv.

Noen får smerter på andre lokalisasjoner under behandling. Det kan skyldes latente triggerpunkter som nå gir sterke impulser til CNS. Disse pasienter har ofte en langvarig sykehistorie med myalgier.

Enkelte medisinske tilstander er i større eller mindre grad terapiresistente for disse behandlingsmetodene: Systemsykdommer, rheumatoid artritt, Mb Bechterew, collagenoser, neoplasmer, anemi. Lokal nerveskade. Sosiale/økonomiske/ samlivsproblemer. Hypothyreose. Dårlig regulert diabetes. Jernmangel, B12-mangel, folsyre-mangel.

Kjennskap til referert smerte er nyttig når en skal diagnostisere smertetilstanden. En god forklaring til pasienten er ofte god behandling i seg selv. Diagnostisk og terapeutisk har jeg hatt god nytte av denne viten. En betingelse er at en tar på en avkledd pasient. Det fører til bedre kontakt og kommunikasjon i lege-pasientforholdet.

Den medisinske vitenskap blir til tider kritisert for vår tiltro til tekniske hjelpemidler. Jeg tror vi må vente lenge på "universal serologiske analyser" og "universal scannere" for å forklare alle sykdommer. I det uselekterte sykdomspanorama vi møter i allmennpraksis er det viktig å utøve god legekunst - kombi-

nert med legevitenskap. En god sykehistorie kombinert med en grundig klinisk undersøkelse er basis i vårt daglige legearbeid.

Allmennpraktiserende lege
Svein Lunde
Postboks 6
5201 Os □



MELDINGER

Allmänmedicin på norska

Av Sven-Olof Andersson

Allmänmedicin skiljer sig från många andra ämnen och verksamhetsområden bl a genom sin långa historia i samhället och sin korta historia som akademisk företeelse under 1900-talet. Den första läroboken blir därmed en milstolpe som markerar ämnets identitet både som akademisk och klinisk disciplin. Därför är det en händelse som är väl värd att uppmärksamma när norsk allmänmedicin nu ger ut ALLMENMEDISIN - den första läroboken på norska. En sådan bok är av intresse inte bara för den primära kretsen av lärare och studenter utan också för praktiserande och blivande allmänläkare och kolleger verksamma inom andra specialiteter. En lärobok kan göra ämnets centrala innehåll och avgränsningar tydligt och därmed skapa en grund för ämnets fortsatta utveckling och inriktning.

Redaktionskommittén konstaterar att en lärobok i allmänmedicin skiljer sig från andra kliniska läroböcker, som ju oftast koncentrerar sig på sjukdomar och symptom. Ämnets generella aspekter, allmänläkarens roller och arbetssätt har istället lyfts fram och medicinska aspekter i mer inskränkt mening har lämnats därför till en eventuellt kommande del två. De generella aspekterna förstärks och belyses med fallbeskrivningar som gör boken lättläst, levande och verklighetsanknuten.

Innhållet

Boken omfattar elva kapitel med start i en historisk tillbakablick på norsk allmänmedicin där Hippokrates, franska revolutionen och kampen med sjukhuspesialiteterna utgör bakgrund till 90-talets åtta allmänläkarroller: Den personliga läkaren, Generalisten, Pragmatikern, Förvaltaren, Koordinatorn, Primärklinikern, Hälsofrämjaren, Närmljöläkaren.

Andra avsnitt behandlar sjukdomsbeteende och hur man söker läkare, aspekter på sjukdom och hälsa med redovisning av den diagnostiska processens begränsningar, variabilitet och nytta.

Ett särskilt kapitel behandlar förhållandet mellan patient och läkare och avhandlar kontinuitetens fördelar och nackdelar, kommunikation, konsultationens faser (efter Byrne & Long), respekt och integritet. Detta kapitels grundsyn på patienten och allmänmedicinen med rötter från Mc Whinneys och Balints arbete genomsyrar boken i sin helhet.

Ett centralt avsnitt tar upp diagnostik med synpunkter på strategier, arbetsteknik och fallgropar. Här diskuterar man också begrepp som reliabilitet, validitet, prediktionsvärde m fl och sätter dem direkt i den kliniska verkligheten och betonar därmed betydelsen av ett stringent vetenskapligt förhållningssätt i värderingen av kliniska fynd. Samtidigt ger man en välbehövlig bras-

klapp beträffande diagnosens värde i förhållande till patientens problem.

I kapitlet om behandling ställs frågan om vi bör byta ordet behandling mot samhandling och därmed betona patientens helt avgörande insats inom allmänmedicinen. Det är inte läkaren som behandlar patienten utan vi "handlar tillsammans i konsultationen och är båda gemensamt delaktiga i den process som blir följdjen".

Allmänläkarens roll som hälsofrämjare beskrivs med utgångspunkt från vardagens patientkontakter samt i mer organiserad form genom mödra-, barn- och skolahälsovård.

Förhållandet till försäkringsystemet, socialtjänsten beskrivs, liksom hur en mottagning kan organiseras och utrustas. Dessa avsnitt liksom delar av den inledande historiken avhandlar norska förhållanden medan bokens övriga avsnitt kan tillämpas även i övriga nordiska länder.

Boken avslutas med ett kapitel om medicinsk etik där en rad exempel tydliggör några etiska problem som allmänläkare ställs inför. Ämnen som tas upp är kränking av patientens autonomi genom inläggning mot patientens egen vilja, svårigheter i förhållande till tystnadsplikten och plikten att informera, eutanasi t ex när det gäller demente patienter, etiska problem i anslutning till hälsoupplysning och i relationen

till kolleger, alternativ medicin och läkemedelsindustri och i samband med prioritering och forskning.

Några reflektioner

Min upplevelse av allmänmedicinen i Norge, bl a genom kontakter vid de nordiska kongresserna, är att den är mer utvecklad och kanske mer samspelet än allmänmedicinen i Sverige. När jag läste det inledande tillbakablickande avsnittet slog det mig att norsk allmänmedicin tidigt lyckades inrätta institutioner och etablera forskning med en tydlig allmänmedicinsk förankring, närmare 15 år innan Sverige hade någon akademisk institution och företrädare i allmänmedicin överhuvudtaget. Det systematiska sökandet efter kunskap, som är väsentlig för människorna och samhället, är vägen till framgång också för allmänmedicinen. God allmänmedicinsk forskning har sitt ursprung i de frågor och problem vi möter i vårt dagliga arbete med patienterna, vilket inte hindrar att annan kunskap också är värdefull. Detta belyser inte bara inledningen utan boken i sin helhet.

I listorna för referenser och djupningslitteratur är utförliga och hänvisar naturligt nog vanligen till norsk, i viss mån till engelsk och dansk litteratur. Jag hittar endast två svenska allmänläkare i listorna. Tydligt hämtar norrmännen lättare kunskaper över haven än på andra sidan kölen när man inte själv producerar den. Det kan ju också vara så att svensk allmänmedicin inte har särskilt mycket att bidra med till en norsk allmänmedicin som uppenbarligen är inne i en period med stark och konstruktiv utveckling.

Det är naturligt att jämföra boken med dess svenska motsvarighet som kom för

några år sedan och vars allmänna del, de första 135 sidorna, har ett motsvarande innehåll, allmänmedicinens generella aspekter. Den svenska boken har inte den norska bokens genomarbetade målsättning och pedagogiska struktur. Där har olika avsnitt oftast skrivits av enskilda personer med ett speciellt intresse och kunskaper inom området och därfor har den blivit mer ojämн och "yvig" i karaktären.

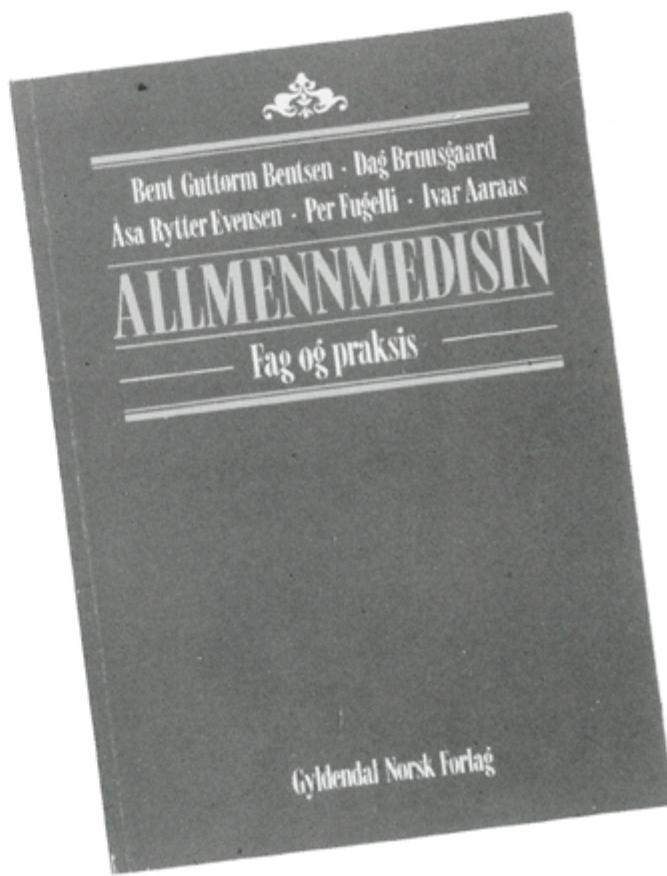
ALLMENMEDISIN har en självklar enkelhet i sin uppläggning och den är skriven på ett enkelt och tillgängligt språk. Strukturen är enhetlig och påtagligt pedagogisk och läsaren stimuleras till reflektion och eget tankearbete. Detta är med andra ord en utmärkt lärobok för grundutbildningen i allmänmedicin i Norge och kanske kan den i tillämpliga delar användas även i andra nordiska länder. Detta sagt med den reservationen att jag själv inte är lärare i ämnet. En praktiserande allmänläkare läser boken med igenkännandets glädje parat med en och annan aha-upplevelse och ny tanke. För kolleger av annan specialitet presenterar boken väsentliga aspekter på läkares utövning av sitt yrke såsom synen på hälsa och sjukdom, förhållandet till och samspelet med patienten, diagnostik och etik.

Redaktionskommittén har genomfört ett kraftfullt och målmedvetet arbete i nära samråd med de olika författargrupperna vilket klart präglar boken. De olika avsnitten följer logiskt på varandra och har en gemensam grundsyn och hänger samman. Varje kapitel har minst två författare och i förordet berättar redaktionskommittén att de olika författargrupperna lydigt följt redaktionskommitténs råd, vinkar och direktiv. Uppenbarligen har

kommittén haft en tydlig och välförankrad vision av sitt projekt som nu resulterat i en välbalanserad och genomarbetad bok med en god och tydlig allmänmedicinsk identitet.

Kritiska synpunkter? Jag har svårt att hitta annat än marginalna synpunkter och dem lämnar jag därhän i denna framställning. Norsk allmänmedicin är att gratulera!

Sven-Olof Andersson
Distriktsläkare
Umeå, Sverige □



C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

RMR-kursarranger
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 1 1992

Leder Marit Hafting	side 3
Helsestasjonen - arena for forebyggende barnevern Bent Folkvord	side 6
Bokmelding - Hva gjør oss friske? Anders Evang	side 10
Livsvilje, kreft og overlevelse Knut Lote	side 12
Bokmelding - Ein kan lett ta fødselen frå foreldra Marit Hafting	side 14
Bokmelding - Møte med døden midt i livet Richard Jacobsen	side 18
"Jørgen Kommunelege " Kristian Hagestad	side 21
Kasuistikkspalten - Vondt i halsen Peder Ringdal	side 22
Barnas rettigheter - Intervju med barnelege og forfatter Lars Gustavsson Gunn Aadland	side 24
Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten om medikamentell behandling Marit Hafting	side 26
Erfaringer ved innføring av ICPC i allmennpraksis Søren Brage og Gunnar Tellnes	side 28
Fra "homo ferus & tetrapus" til hyggelige naboer Bjørn Sturød	side 32
Patienters egenvurdering - et medisinsk perspektivskrift Inga Marie Lunde	side 36
A toast from Scotland to Norway JGR Howie	side 41
Hverdagsklinikks - Referert smerte fra muskulære triggerpunkt Svein Lunde	side 43
Bokmelding - Almänmedicin på norska Sven-Olof Andersson	side 46

ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av
Postverket
Etiketten kan tas av
og settes på kjen