



*Til Anders Forsdahls 60-års dag.*

*I redaksjonen*

*Olav Helge Førde*

*Bjørn Straume*

*Knut Westlund*

---

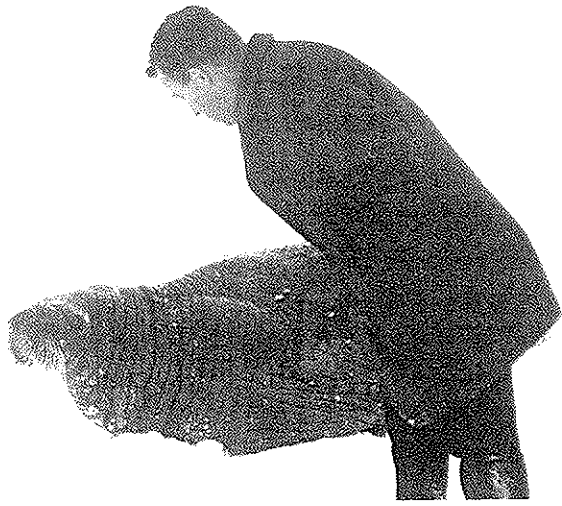
**Universitetet i Tromsø**  
**Institutt for Samfunnsmedisin**

# **Til Anders Forsdahls 60-års dag.**

I redaksjonen

Olav Helge Førde   Bjørn Straume   Knut Westlund   Gerd Furumo







## FØREORD

Anders Forsdahl fyller 60 år den 4. desember 1990.

Å lage eit festskrift til dagen som tilnærma avspeglar jubilanten er ei dristig, nær sagt umogeleg oppgåve. Resultatet må berre bli ein skugge av forskaren, læraren, legen, historikaren, samlaren, - ja tusenkunstnaren. Vi skulle gjerne gjeve ei detaljert skildring av hans båtbyggarkunst, av hans eskapader som storfugljeger med revolvar og hans utallege anekdotar frå si legegjerning på grasrota. Nærast kjem vi på side 3, eit bilde frå den gongen den unge distriktslegen vart tilkalla i sjukebesøk til ein kvalross som ikkje kom seg under isen. Som så mange gonger, både før og etter, gjekk det godt for pasienten, medan legen, beskjeden som han alltid er, gav æra til nordavinden som braut opp isen.

Råmaterialet til hans fulle curruculum vitae har han berre sjølv.

Jubilanten har skreve om merkesteinar i norsk medisin. Målet vårt med dette festskriftet var å reise ein liten, beskjeden bauta som symbol på den merkesteinen han sjølv har vore, i norsk primærmedisin og ved Universitetet i Tromsø på Institutt for samfunnsmedisin.

Ved å sende ut nokre eksterne oppdrag, som alle vart fullført utan press, og ved å gje tilbod, både opne og avgrensa, nådde vi målet eit stykke på veg. Eitt ynskje om å være med har vi sagt ja til, elevane som ville heidre læraren sin, men vi har sagt nei til fleire andre.

Frå perm til perm har vi nådd målet på desse områda: Først står Anders sitt omdøme som universitetsmann står klart fram. Deretter

viser vi dei tankar han vekker hjå to av sine "likemenn". Nesten ufortent har vi fått med røtene hans, frå første hand. Og vi synes sjølve at vi til slutt får vist det som er viktigast, at det gror rundt og etter han. Anders kastar ingen skugge.

Ei side ved Anders som vi berre delvis får vist, er hans interesse for Finnmark, og særlig den kulturhistoriske innsatsen - som samlar av eventyr og stadnamn. Vi veit det finst fleire som kunne, og sikkert også gjerne ville, ha skreve om dette, men vi fann dei ikkje i tide.

Vi valde å prøve å gjere arbeidet i løynd. Om vi har lukkast veit vi ikkje sikkert, med dette veit vi: Dette er første nummeret av ISM skriftserien som Anders ikkje har hatt mykje arbeid med.

Tillukke med dagen!

## INNHOLD

### **Anders Forsdahls forskning fra epidemiologisk synspunkt.**

Knut Westlund ..... s. 9

### **Primærhelsetjenesten og medisinerstudiet i Tromsø**

Arne Nordøy ..... s. 17

### **Anders Forsdahl - som lærer**

Anne Tollan, Jeanette Magnus og Inger Njølstad ..... s. 23

### **Norsk helsevesen - bedre enn sitt rykte**

Christian F. Borchgrevink ..... s. 26

### **Forskning i allmennpraksis**

#### **Lystenes hage og Dommedag**

Per Fugelli ..... s. 35

### **Dr. W. Weressajew letter sitt hjarta**

Egil H. Lehmann ..... s. 43

### **Sykebesøket**

#### **Minner og erfaringer fra 1927 til 1965**

Isak Forsdahl ..... s. 54



**Sykebesøkets betydning i allmennpraksis**

**I går, i dag og i morgen**

Ivar Aaraas ..... s. 63

**Kan forebyggende medisin verke medikaliserende?**

Olav Helge Førde ..... s. 80

**Allmennpraktikerens plass i HIV-bekjempelsen:**

**Bare i festtalene?**

Knut Høltedahl ..... s. 89

**Påvirker kronisk sykdom hos foreldre og søsken rapportering**

**av mageplager**

Roar Johnsen ..... s. 102

**Forskrivning av antibiotika ved luftveisinfeksjon.**

**Hvilken rolle spiller pasients ønske?**

Hasse Melbye ..... s. 113

**Pasientønsker mot medisinsk-faglige vurderinger**

**Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987**

Bjørn Straume ..... s. 127

**ANDERS FORSDAHL'S FORSKNING FRA  
EPIDEMIOLOGISK SYNSPUNKT**

**Knut Westlund**

Epidemiologi står historie nær. Deler av Forsdahls publikasjoner ligger nettopp i grenseområdet mellom disse disiplinene. Hans første arbeid: Skoltesamene i Norge, trykt i Tidsskrift for Den norske Lægeforening i 1967, kan ses på som en historisk vignett, men der finnes betraktninger om sykdomsmønster og fertilitet som varsler om forfatterens senere epidemiologiske innsats i Finnmark. I en artikkel fra Tidsskriftet i 1973: Momenter til belysning av den høye dødelighet i Finnmark fylke, analyseres dødeligheten, ikke bare i Finnmark fylke, men i Sør-Varanger kommune med oppdeling i finskættede og ikke finskættede.

Man må lese artikkelen nøyaktig - og helst konsultere forfatteren selv - for å forstå hvilket arbeid som ligger bak denne etniske klassifikasjon. Her inngår distrikslegens lokalkunnskap en fruktbar forening med nøktern tallsans. Det formuleres en hypotese som følges i senere arbeider: "Da den store forskjell i dødelighet av arteriosklerotiske hjertesykdommer mellom finskættede og ikke-finskættede vanskelig kan forklares ut fra miljøfaktorer som eksisterer i dag, synes det ikke urealistisk å anta at også gjennomgåtte meget dårlige helsemessige forhold i barne- og ungdomsalderen kan være en

medvirkende årsak til slike sykdommer."

I de neste to artikler i Tidsskriftet i 1974 opptrer Bugøynes - det finskættede fiskevær ved Varangerfjorden som for norske epidemiologer er uløselig knyttet til navnene Anders Forsdahl og Hedvig Salmi. Det ble i 1968-71 gjennomført en kartlegging av befolkningen med hensyn på etnisk gruppe, kosthold, røykevaner, kaffeforbruk og badstubading. Det heter: "...som følge av den store imøtekommenhet fra befolkningens side, var det mulig å få de ønskede opplysningene fra 100 % av befolkningen." Det ble målt høyde og vekt, blodtrykk, serumkolesterol og triglyserider. Prevalensen av koronar hjertesykdom var meget høy i Bugøynes, hvilket er lett forståelig ut fra røykevanene og de meget høye serumkolesterolverdier som ble funnet. Som i andre undersøkelser var kolesterolet vesentlig høyere hos dem med koronar hjertesykdommer enn hos andre i samme alder.

Så fulgte intervensjonen. Det heter: "Personer med særlig høye kolesterolverdier ble gitt generelle råd om kosthold og eventuell vekt-reduksjon (og mosjon, røking). Men vi fant at dette alene ikke ville være tilfredsstillende, man måtte forsøke å få endret noe av kostholdet for hele befolkningen." Det ble holdt foredrag og kurs, med råd som var "meget enkle" og gikk ut på "reduksjon av fettforbruket, overgang fra vanlig margarin til soyamargarin og soyaolje, og dessuten anbefaling om vektreduksjon hos dem hvor dette var aktuelt...Av stor betydning var det sikkert at helsesøster som bor på stedet..kunne gi en stadig informasjon og påvirkning".

Handelsmennene på Bugøynes kunne raskt registrere en overgang til soyamargarin og soyaolje, og forbruket av disse produkter økte gradvis på bekostning av vanlig margarin. Befolkningen ble re-undersøkt 3/4 - 1 1/2 år etter den første undersøkelsen. Det ble funnet en oppsiktsvekkende reduksjon av serumkolesterol, omkring 50 mg/dl, eller 1.3 mmol/l - omtrent like mye hos dem med som hos dem uten koronar hjertesykdom.

Statens helseundersøkelser gjennomførte hjerte-kar silinger i Finnmark i 1974, 1977 og 1987. Herunder ble Bugøynes-befolkningen undersøkt med spesielle, utvidede aldersgrenser, og Forsdahl har redegjort for oppfølgingen i to artikler i Tidsskriftet i 1980 og 1990. Det aldersspesifikke serumkolesterol har holdt seg vesentlig lavere enn i 1972, og lavere enn for den øvrige finskættede befolkning i Finnmark. Det var også en meget klar sammenheng mellom graden av kostendring og kolesterolnedgangen.

Det har vist seg vanskelig å få våre sykehuskolleger til å begripe hvor enestående Bugøynes-undersøkelsen er. Poenget er at det dreier seg om intervensjon på hele populasjonen i området - ikke bare på dem som lå høyt i serumkolesterol.

Sammen med Jakob S. Prytz undersøkte Forsdahl finsk- og norskættede menn i Grue, Åsnes og Våler. De finskættede lå litt høyere i kolesterol enn de norskættede. Mere bemerkelsesverdig var det at skogsarbeidere i begge de etniske grupper hadde et klart høyere gjennomsnitt enn menn i andre yrker.

Den tidligere nevnte hypotese om betydningen av fattige oppvekstskår har Forsdahl belyst i tre artikler med forskjellige innfallsvinkler i det britiske tidsskrift *Journal of Epidemiology and Community Medicine* i 1977, 1978 og 1985 (Den siste sammen med Egil Arnesen). Den første av disse artikler analyserer dødeligheten i norske fylker av forskjellige årsaker til forskjellig tid. Det oppsiktsvekkende er en sterk korrelasjon (rangordenskoeffisient 0.79 for menn og 0.61 for kvinner) mellom fylkenes spedbarnsdødelighet i 1896-1925 og dødeligheten av hjerteinfarktsykdommen i 1964-67. Sammenhengen var langt svakere hvis man i stedet brukte fylkenes spedbarnsdødelighet fra senere perioder. Et avsnitt fra diskusjonen fortjener å siteres:

"It may at first sight seem paradoxical, not that early poverty is associated with later excess mortality, but that arteriosclerotic heart disease should be a major component of this excess. However, the prerequisite is a later exposure to affluence and its consequence in the form of our present way of life. Where this latter condition is not fulfilled - as in the underdeveloped countries - the mortality rates from arteriosclerotic heart disease remain low."

I artikkelen fra 1978 benytter Forsdahl data fra Finnmarksundersøkelsen i 1974. Han viser der en klar positiv sammenheng mellom de enkelte kommuners spedbarnsdødelighet i perioden 1921-35 og gjennomsnittlig serumkolesterol i kommunen i 1974 for aldersgruppen 35-49. Serumkolesterolet var med andre ord avhengig av de sosiale forhold i kommunen på den tid da de hjerte-kar undersøkte i

1974 vokste opp. Med blodtrykk var det ingen slik sammenheng, derimot med prosent sigarettøykere hos menn. Artikkelen sammenligner også gjennomsnittlige risikofaktorverdier i de etniske grupper i Finnmark. "Norse" hadde lavere serumkolesterol enn både "Finns" og "Lapps". Spesielt bemerkelsesverdig var det imidlertid at av personer i gruppen "Norse" hadde de som var født utenfor Finnmark, klart lavere serumkolesterol, lavere blodtrykk, lavere røykeprosent og større kroppslengde enn de som var født i fylket.

En idé om hva denne prinsipielt enkle undersøkelse har kostet av arbeid, får man av setningen: "The infant mortality rate for the period 1921-35 in the present study has been compiled from information in the church registers."

Den tredje tilnærming bygger på et spørsmål som Forsdahl fikk satt inn i tilleggsspørreskjemaet ved Tromsø-undersøkelsen i 1980: "Hvordan var de økonomiske forhold i familien under Deres oppvekst?" med svaralternativene Meget gode/Gode/Vanskelige/Meget vanskelige. Arnesen og Forsdahl fant et klart økende serumkolesterol og en klart avtagende kroppslengde med stigende vanskelighet av økonomiske forhold. Konklusjonen blir:

"Together with previous observations in Finnmark this work supports the opinion that childhood poverty followed by a 'high standard of living' operates, at least partly, as a risk factor for coronary heart disease through conventional risk factors."

Det bør nevnes at Forsdahl's idé om å bruke oppvekstområdets

spedbarnsdødelighet som indeks for de sosiale forhold og å sette denne indeks i relasjon til risikofaktorene i voksen alder, er blitt tatt opp av britiske forskere med resultater som ligger nær opp til de norske.

Det som hittil er omtalt, er etter mitt skjønn det mest sentrale i Forsdahls forskningsvirksomhet. Men det er også andre ting av verdi: Tre artikler (to av dem sammen med Hans Th Waaler) om høyde og vekt i relasjon til alder, tid og sted i den norske befolkning. En artikkel fra 1971 handler om toxocariasis - en zoonose forårsaket av hundens spolorm. I den forbindelse samlet Forsdahl inn og undersøkte avføringsprøve fra 159 hunder - anslagsvis 70 % av alle hunder i Sør-Varanger ! Bare 6 av hundene hadde egg fra *Toxocara canis*, men det pekes på at prosent infiserte kan være større i de sørlige deler av landet.

Konklusjonen er: "Dersom det skulle vise seg at f.eks. 4-5 % av våre 15000-18000 epileptikere har fått sin sykdom som følge av toxocariasis, vil dette ha stor helsemessig betydning, og man vil anta at preventive tiltak da vil være påkrevd." Meg bekjent har ingen følt seg kallet til å følge dette opp i Sør-Norge.

For å vende tilbake til utgangspunktet: det historiske. Forsdahl har skrevet om helsetjenesten i norsk-finske grensestrøk i tiden 1824-1979, om spedalske i Brønnøy legedistrikt i forrige århundre (sammen med Tore Dahl), og om den samfunnsendring som springer ut av at et tidligere stort kvinneoverskudd i alderen 20-49 år nå er snudd til et mannsoverskudd. Men hovedarbeidet er likevel: "Merkesteiner i norsk medisin reist av almenpraktikere og enkelte utdrag av medisinal-

beretninger av kulturhistorisk verdi", utgitt i ISM skriftserie i 1984. Ingen av de arbeider han har valgt ut, er av ny dato. Det heter i forordet bl.a.: "Jeg har først og fremst hatt lyst til å hente frem fra glemselen enkelte eksempler på verdifulle bidrag til norsk medisin, "Merkesteiner", som er gjort av almenpraktikere, og da i første rekke av distriktsleger. At distriktslegen står sentralt her, skyldes flere forhold. De var spredt over hele landet i ofte oversiktlige distrikter, og det var de som var pålagt å innrapportere iakttagelser og funn i henhold til fastlagt instruks." Av innholdet faller det naturlig å nevne to arbeider av Forsdahls store forgjenger i Sør-Varanger, Andreas Bredal Wessel: "Laaghalte slegter i Finmark" og "Tuberkulosen i Syd-Varanger Lægedistrikt 1886-1911".

Forsdahl har maktet det som i våre dager er nesten uoverkommelig: Samtidig med at han har innehatt en universitetsstilling, der han i tillegg til sin forskningsvirksomhet har vært hardt belastet med undervisning og administrasjon, har han beholdt sin tilknytning som lege til befolkningen i Sør-Varanger. Uten hans posisjon blant kolleger og i befolkningen ville det vært vanskelig å få primærhelsetjenesten til å ta på seg byrdene ved de gjentatte hjerte-kar undersøkelser i Finnmark - undersøkelser som har hatt så stor betydning for fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø.

Anders Forsdahls forskning kjennetegnes ved at han bruker enkle (men ofte arbeidskrevende) metoder på vesentlige problemer. I en tid da samfunnsmedisinsk forskning i stigende grad preges av det



omvendte, er han en enslig ørn.

Nil actum credens, cum quid supereset agendum. Og ennå gjenstår det meget: Ennå er serumkolesterol i Finnmark (også i Bugøyenes) alt for høyt, ennå er Finnmark det fylke som har høyest hyppighet og dødelighet av flere kreftformer, ennå dør alt for mange barn.

Stå på Anders !

## PRIMÆRHELSETJENESTEN OG MEDISINERSTUDIET I TROMSØ

Arne Nordøy

Moshe Prywes: "Medical education is not an aim in itself. It is a mission-oriented endeavour which can only be judged by its contribution, predominantly in improving the nation's health and in developing new models of medical care " (1).

Da den medisinske studieplanen for Universitetet i Tromsø ble lansert i 1970, ble det i målsettingen presisert at studiet skulle være et felles grunnstudium for alle leger, uten hensyn til senere spesialisering (2). Studiet burde sees som det første trinn i en utdanning hvor spesialistutdannelsen var det neste, også for allmennmedisinere. Det ble sterkt understreket at det var vesentlig å bringe studentene i nærmere kontakt med primærhelsetjenesten, dels for å lære mer om hva som skjer innenfor denne del av helsetjenesten, men fremfor alt fordi en mente dette ville bidra til å gi studentene en riktigere holdning til sitt fremtidige legeyrke.

Tradisjonelt har de medisinske fakulteter vært preget av "sykehusmedisin". Etter at allmennmedisinen kom inn som eget fag i de medisinske studieplaner, har utvilsomt grunnutdannelsen fått en mere virkelighetsnær profil, spesielt i Tromsø hvor dette ble nedlagt som en av grunnsteinene for det nye fakultet.

## **Primærhelsetjenesten**

Primærhelsetjenesten gjennomgår en kontinuerlig utvikling i pakt med de strømninger som til en hver tid preger samfunnsutviklingen. Til tross for dette er der hovedelementer i denne del av helsetjenesten som ligger fast. Det gjelder den prosess som etableres ved den første kontakt mellom pasient og "systemet". Denne kontakten har som hovedmål å klargjøre pasientens problem, ta stilling til alvoret i situasjonen og beslutte hvorvidt problemet kan løses lokalt eller om det er så komplisert at det krever at pasienten henvises til spesialist. Den andre del av primærhelsetjenesten omfatter et kontinuerlig og omfattende tilbud til enkeltindivider eller familier som strekker seg fra kurativ til forebyggende virksomhet (3). I løpet av de siste 20 år har organiseringen av primærhelsetjenesten gjennomgått fundamentale endringer med etablering av helsesenter og utstrakt samarbeid omfattende flere leger og forskjellige andre helseprofesjoner. Kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og sykehusene er vesentlig utbedret, selv om en ofte undrer seg over om de muligheter for kommunikasjon som foreligger utnyttes optimalt. Den rent medisinske faglige kvaliteten på den service som drives i primærhelsetjenesten er utvilsomt blitt bedre. Dette skyldes ikke minst utbyggingen og utviklingen av et godt videre- og etterutdannelsetilbud for legene i primærhelsetjenesten.

## **Studieplanen i Tromsø**

Den opprinnelige studieplanen fra 1973 gjennomgikk en del justeringer

som ble iverksatt fra 1984. Målsettingen om å etablere en nær kontakt mellom studiesituasjonen og primærhelsetjenesten har ikke blitt påvirket av disse justeringer. Allerede i første studieår møter studentene pasienter dels gjennom kliniske forelesninger i serien "Samfunn og sykdom", dels som observatører gjennom en uke hos allmennpraktiker. Samtidig belyses problemene gjennom innføring i basal samfunnsvitenskap.

I andre studieår møter studentene organisasjon og struktur i primærhelsetjenesten, og videre i Stadium II av medisinerstudiet blir problemorientert undervisning relatert direkte til pasienter i primærhelsetjenesten introdusert. Parallelt med dette møter studentene forebyggende medisin, sosialmedisin og epidemiologi samt psykiatri i primærhelsetjenesten. På slutten av fjerde studieår undersøker studentene tilfeldig utvalgte pasienter som søker øyeblikkelig hjelp på den kommunale legevakten. Også her i et problemrettet undervisningsopplegg med få studenter og en lærer.

Den delen av medisinerstudiet som vel har fått størst oppmerksomhet er den kliniske tjenesten utenfor Tromsø og universitetsklinikken. Denne tjenesten omfatter ialt 24 uker i det femte studieår og foregår dels på lokalsykehus (16 uker) og dels i primærhelsetjenesten (8 uker) i hele Nord-Norge. Denne siste tjenesten organiseres og koordineres fra Institutt for samfunnsmedisin ved en koordinator som kommer fra gruppen i allmennmedisin. På det enkelte helsesenter er en kommunelege knyttet til Universitetet som lærer. Denne lærer har det direkte

ansvar for at studenten får et optimalt utbytte av sitt langvarige møte med allmennmedisinen. Dels sørger han for at studenten aktivt trekkes inn i de ulike aktiviteter som drives fra helsesenteret og dels passer han på at studenten får opptrening i de praktiske ferdigheter som er planlagt og anført i en kontrolliste godkjent av Studiestyret. Gjennom perioden på 8 uker får studenten gå inn i legerollen, dels med selekterte, senere med uselekterte pasienter med læreren som veileder. I tillegg får studenten erfaring fra det totale spektrum av forebyggende aktiviteter som drives i primærhelsetjensten og han/hun får i det dagligarbeide oppleve hvordan samarbeidet med andre kategorier helsepersonell fungerer på godt og vondt. Det sier seg selv at kvaliteten på den virksomhet som drives vil variere, men en merker seg at praktisk talt 100 % av såvel lærere som studenter opplever perioden som positiv (4). Åtte uker synes å være en tilfredsstillende tidsramme for å gjennomføre det planlagte opplegg.

For de som opplever studentene i perioden før og etter at de har hatt tjeneste ved lokalsykehus og i distrikt er det åpenbart at perioden har virket stimulerende. I tillegg har utvilsomt det store flertall av studentene fått et mer reflektert syn både på helsetjenesten og sin egen plass innenfor dette system. At dette virker positivt på læringsprosessen gjennom det siste studieår synes å være hevet over tvil. Den innsats som er gjort av professor Anders Forsdahl og den øvrige gruppen i allmennmedisin ved ISM for å realisere dette studieopplegg har vært betydelig. Innsatsen er båret frem av en inngående kjennskap og stor

kjærlighet til den virksomheten som allmennpraktikeren har ansvar for.

### **Hva med fremtiden for allmennmedisinen i medisinerstudiet?**

Den økende spesialisering og oppdeling som finner sted innenfor klinisk medisin representerer åpenbart klare fremskritt når det gjelder erkjennelse og kunnskap innenfor de enkelte delområder av dette store fagfeltet. Samtidig oppstår imidlertid faren for at helhetssynet og totalvurderingen som er avgjørende i enhver lege/pasientsituasjon blir skadelidende. Også i allmennmedisinen er det tendenser til spesialisering. Dels reflekteres det i stadig flere ulike typer helsepersonell som overtar oppgaver i primærhelsetjenesten og dels går det vel på det behov den enkelte allmennpraktiker har for å kunne beherske deler av sitt svære arbeidsfelt bedre enn andre.

Det skal ikke stor fantasi til å forutsi at allmennmedisin i medisinerstudiet vil få enda større betydning i fremtiden enn i dag. Samfunnet er i betydelig omstrukturering. Antallet svært gamle øker, antallet enslige stiger, krav og normer endres og i sentrum av alt dette finnes allmennpraktikeren. Pasienten i familien, pasienten i sosial sammenheng, pasienten i miljø og arbeid er alle begreper som lett blir slagord. Gruppen i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø har gjennom en kjempeinnsats vist at disse begrepene er noe meget mere. Denne arven må fortsatt bringes videre til nye generasjoner leger, ikke minst i en landsdel hvor utkantstrøk er et hedersord. Den aktive, problem-

orienterte hverdag som allmennmedisineren opplever må fortsatt direkte overføres til medisinerstudiet. I tillegg skulle jeg ønske en nærmere tilknytning mellom seksjonen i allmennmedisin og den kliniske hverdag. Kanskje en gruppepraksis i samarbeid med andre allmennpraktikere kunne være løsningen? Kanskje en fast tilknytning av seksjonens leger til de ulike helsestasjoner i Tromsø kommune ville være en bedre løsning? Arbeidet med disse problemer bør intensiveres fremover mot etablering av Fagområdet medisin i Breivika.

### **Litteratur**

1. Pryves M. Merging Medical Education and Medical Care "Integration in Medical Education". Ed. A. Nordøy. Universitetsforlaget Tromsø-Oslo-Bergen 1972.
2. Medisinsk studieplan. Universitetet i Tromsø. Universitetsforlaget Tromsø-Oslo-Bergen 1971.
3. Pellegrino ED. The Allied Health Professions: The problems and potentials of maturity, i "Utdanning av helsepersonell i et regionalisert helsevesen. "Ed. KA Grøttum. Universitetsforlaget Tromsø-Oslo-Bergen" 1977.
4. Fønnebø Knutsen S, Johnsen R, Forsdahl A. Practical training of medical students in Community Medicine. Scand J Prim Health Care 1986;2:109-114.

## ANDERS FORSDAHL - SOM LÆRER

Anne Tollan, Jeanette Magnus og Inger Njølstad

"Du skal i sykebesøk. Til tross for at du bruker ski, synker du i til midjen". Distriktslegen in persona maler bildet om vinterdagen i 30 graders kulde. Kull etter kull av medisinerstudenter tas med til den gamle eneboeren i gammen. "Hvordan vil dere takle denne situasjonen?".

Ved hjelp av korte, poengterte virkelighetsbeskrivelser stilles studentene overfor allmennpraktikerens allsidige hverdag - situasjoner som krever at fagkunnskap, etikk og sunn fornuft kombineres. Hørte vi noen si at problembasert læring er et nytt pedagogisk prinsipp?

Allmennmedisin er ikke bare en overskrift i den medisinske studieplan i Tromsø. Unge studenter får meislet ut en legerolle preget av hardt arbeid, ansvar og utfordringer. I sin undervisning rokker Forsdahl ved våre forestillinger, vekker nysgjerrighet og stiller oss til ansvar for våre faglige kunnskaper og personlige holdninger. Vi trekkes med i engasjerende diskusjoner om legens rolle i helsetjenesten.

Omsorg, omtanke - verdier som ellers lett blir borte for en student i møtet med et spesialisert helsevesen, blir i Forsdahls undervisning istedet satt i sentrum. Med stødig los blir vi ledet gjennom lover og regler, rettigheter og plikter og takstheftet med reisetillegg for hest og



rein. Og under kyndig veiledning autoriseres vi til BCG-vaksinatører.

Det er et spennende bilde av en allmennpraktikers arbeid som tegnes i forelesningssalen. At det også er realiteten føler vi selv på kroppen når vi som entusiastiske studenter erfarer utplasseringen i primærhelsetjenesten.

Intensjonene med medisinstudiet i Tromsø var å utdanne leger for landsdelen og å gi studentene motivasjon for allmennpraksis. Anders Forsdahl er en ildsjel for helsetjenesten i Nord-Norge generelt og allmennmedisin spesielt, og har brukt sitt engasjement både i undervisning og i studieplan-arbeid. Bruk av landsdelens egne sykehus og distrikt som undervisningsinstitusjoner i den medisinske studieplanen i Tromsø, ble sett på som en viktig forutsetning for å rekruttere leger til utkantstrøk.

At dette i stor grad ble oppnådd, viste Forsdahl i en undersøkelse blant de første fem kull av uteksaminerte Tromsø-kandidater. Han konkluderte med at like under halvparten av de som ble uteksaminert i perioden 1979-83 (193 leger) hadde funnet sin arbeidsplass i Nord-Norge (1). Av disse hadde 72.5 % nordnorsk tilhørighet. I en lignende undersøkelse av kandidatene fra 1979-89 (421 leger) forsterkes denne tendens, da hele 56 % virker i landsdelen pr. 1.november 1990 (Tollan, Magnus. Upubliserte data). På spørsmål om de kan tenke seg å etablere seg i Nord-Norge, er det bare 33 % av Tromsølegene som ikke kan tenke seg dette. Dette er sammenfallende med Høglis undersøkelse (2) som viser at Tromsøleger i større grad enn medisinere utdannet ved

de andre lærestedene i Norge kan tenke seg å virke i utkantstrøk.

Slik kan vi nå vise at en av intensjonene i Tromsø-studiet i stor grad er oppfylt og at alle ildsjeler for den medisinske-studieplan, og især Anders Forsdahl, har lykket med innsatsen.

### **Litteratur**

1. Forsdahl A, Grunnes O, Eliassen H, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsølegene av? Betydning av landsdelstilhørighet og utdanningssted. Tidsskr Nor Lægeforen 1988;108:1225-30.
2. Høgli V. Legestillingsundersøkelsen 1990. Eksamensbesvarelse i Folkehelsevitenskap, Universitetet i Tromsø 1990.

## NORSK HELSEVESEN - BEDRE ENN SITT RYKTE?

**Christian F. Borchgrevink**

Det arbeider nærmere 200 000 personer i norsk helsevesen. Vi har mellom 11 000 og 12 000 yrkesaktive leger. 600 000 nordmenn blir innlagt på sykehus hvert år, og det er ca. 15 millioner konsultasjoner pr. år hos allmennpraktikere. Det er klart at det av og til må oppstå feil. Alle konsultasjoner kan umulig være vellykket. Sier vi for eksempel at 1 %, altså 1 av 100 konsultasjoner, er lite vellykket, blir det 150 000 på årsbasis, eller 600 pr. dag. Og 1 % er ikke et særlig høyt tall. Også helsepersonell har, og må ha lov til å ha, dårlige dager og dette kan komme til å gå ut over pasientene av og til. Det er beklagelig, men det er vanskelig å unngå. Men dette må ikke overskygge at det store, store flertall av leger gjør en utmerket jobb, ofte under vanskelige forhold. De er ekte interessert i pasientens beste og utfører sitt arbeid så godt de kan. En generell kritikk ut fra enkeltepisoder føles ofte urettferdig.

Professor Ole Fyrand har uttalt at legene er umenneskelige. Jeg synes tvert imot. Jeg synes leger er menneskelige, og derfor gjør de feil, selvsagt. Jeg synes ikke det er det som er problemet. Problemet er mer at vår evne, eller i alle fall vår vilje til å innrømme at vi tar feil, ikke er så uttalt. Det er i grunnen dumt av oss. Jeg tror ikke det er noen fare for at tilliten mellom befolkningen og leger ødelegges om man innrømmer at man tar feil. Snarere tvert imot. Folk er ikke så dumme at de ikke

vet at alle kan ta feil. Åpent å innrømme at man har tatt feil, vil faktisk styrke tilliten mellom legestanden og befolkningen, ikke minske den.

Jeg kommer til å dele opp det videre innlegg, og vil ta for meg:

1. Den enkelte lege
2. Legeprofesjonen
3. Legestanden
4. Legeforeningen

Jeg tror **den enkelte lege** nyter stor tillit. Jeg har vært med på flere prosjekter hvor det går frem at pasienter ofte sier: "Min lege er flink, men jeg har hørt meget rart om andre". Vi gjorde en undersøkelse en gang hvor vi spurte om de trodde at leger skrev for mye beroligende midler. Gjennomgående var svaret: "Min lege gjør det ikke, men det kan nok tenkes at andre gjør det". Da vi spurte om legene tok seg nødvendig tid, sa de stort sett: "Min lege tar seg tid, men jeg tror at mange andre kan være litt korte."

Den enkelte lege, tror jeg, er hardt arbeidende, ekte interessert i sine pasienter, er opptatt av deres problemer og vil gjerne hjelpe. Den enkelte lege har et godt rykte og fortjener det.

**Legeprofesjonen** har en høy stilling i folks bevissthet. Det har vært gjort flere gallupundersøkelser som tyder på det. Man har spurt befolkningen om hvilken profesjon som er mest aktverdige. Først kommer Kongen (rimelig nok), så stortingspresidenten, så høyesterettsjustitiarius. Disse representerer jo egentlig ikke noen profesjoner, men er individer med betydningsfulle stillinger. Etter disse tre kommer legeprofesjonen,

godt foran stortingsrepresentanter, professorer, jurister, lærere og biskoper osv. Jeg har relativt lang erfaring fra opptakskomiteen ved Det medisinske fakultet i Oslo. Jeg har holdt flere foredrag for artianere for å fortelle om det medisinske studium og om det å være lege. Ingen var særlig interessert. Alle "visste" at det å være lege var som å komme i himmelriket. Problemet alle var interessert i, var hvorledes man kom inn i studiet. Populariteten av menn i hvitt og legeromaner sier jo også noe om det samme. Folk tror jo at vi redder menneskeliv hver dag. Strengt tatt gjør vi jo ikke det, og vi må bare innrømme at andre profesjoner nok er like nyttige og viktige sett fra samfunnets side. Likevel, legeprofesjonen har et utmerket rykte, men er sannsynligvis noe verre enn sitt rykte.

**Legestanden** har også et godt rykte, men det er nok noe sprekk i glasuren. Det skyldes blant annet at legene har en splittet lojalitet. Vi skal være lojale overfor våre pasienter, men vi bør også være lojale overfor våre kolleger. Her vil det av og til oppstå konflikter, og menigmann vil nok av og til sitte igjen med inntrykk av at lojaliteten overfor kolleger veier tyngst. For eksempel har Pasientforeningen i perioder hatt vansker med å skaffe leger til å vurdere klagesaker. Leger er ikke flinke til å kritisere hverandre, noe som selvsagt er bra, men kan drives for vidt. Vi viker tilbake for å peke på at enkelte kolleger kanskje driver en mala praxis, kanskje av lojalitet, men også fordi vi ikke selv en gang skal bli utsatt for det samme. Vi burde nok være mer åpne og ikke så redde for å fortelle (eller få en god venn til å fortelle) at en

aldrende lege kanskje bør legge årene inn av hensyn til pasientene. Av og til er vi heller ikke flinke nok til å få folk til å forstå våre handlinger. Jeg tror nok at folk flest har stor sympati med og forståelse for Juklerød og mindre sans for måten vår psykiatri har taklet saken på.

Alt i alt har legestanden et noe tvilsomt rykte, og dessverre med en viss rett.

**Legeforeningen** har neppe særlig godt rykte. Folk oppfatter den som en fagforening, hva den selvsagt også er. Vår fagforening skal, slik som alle andre fagforeninger, kjempe for medlemmers lønn og arbeidsforhold. Bebreidelsen mot legeforeningen går ofte på at den er så dyktig, og at den derved har skaffet for gode betingelser for legene. Jeg synes det er urimelig å bebreide en forening at den er dyktig. Men denne skepsis gjør nok at mange ser med liten sympati og forståelse på legeforeningens eventuelle aksjoner i forbindelse med lønnsoppgjør.

Men jeg tror folk flest glemmer at legeforeningen er meget mer enn en fagforening. Den har vel mer enn noen annen yrkesforening bidratt til å heve kvaliteten av egne yrkesutøvere. Legeforeningen har lagt opp et intenst videre- og etterutdannelseprogram for sine medlemmer og bruker store summer på dette. Legeforeningen har tatt en rekke viktige initiativ. Den har blant annet opprettet Institutt for allmennmedisin i Oslo og Bergen, og støttet dem med betydelige midler, en oppgave universitetene og de medisinske fakulteter hadde forsømt i mange år. I de senere år har instituttene i Tromsø og Trondheim også nydt godt av denne støtte.

Legeforeningen har tatt initiativ til, sammen med Universitetet i Oslo, en ett års utdanning i helseadministrasjon, og foreningen har videre spilt en aktiv rolle for å bedre utdannelsen i yrkesmedisin i Bergen.

Like viktig er kanskje den store rolle legeforeningen har spilt når det gjelder medisinsk etikk. Den har langt på vei, i alle fall i de første årene, vært langt mer aktiv enn for eksempel Sosialdepartementet og Universitetet.

Gjennom avtale med små og store sykehus har legeforeningen periodevis sørget for leger til mindre sykehus.

Jeg kunne nevne mange flere eksempler, men poenget er at legeforeningen er meget mer enn en ren fagforening, og at folk flest enten ikke vet nok om det, eller ikke tenker nok på det.

Legeforeningen er nok langt bedre enn sitt rykte.

Jeg har lyst til noen avsluttende bemerkninger. Peter Hjort har en gang sagt at vi har verdens beste helsevesen (i alle fall bedre enn det svenske!). Hvis det er vårt rykte, er det vanskelig å være bedre enn sitt rykte, og det er meget lett å være verre enn sitt rykte. Man kan si det omvendte om legeforeningen - når den har et så dårlig rykte i deler av befolkningen, er det meget lett å være bedre enn sitt rykte.

Hensikten med det medisinske studium er å gi studentene kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Vi blir så å si aldri kritisert på grunn av manglende kunnskaper og ferdigheter. All kritikk går på våre holdninger. Vi er arrogante, har liten tid, snakker uforståelig, er nonsjalante

med andre folks tid. Dette er det dessverre noe i. Jeg tror neppe det nytter å forandre opptaket til det medisinske studium. Jeg tror preseterister er like varme og pasientopptatte som jevnaldrende med dårlig artium, men jeg har en tro på at nye studieplaner med vektlegging av kommunikasjon, pasient-lege-forholdet og medisinsk etikk vil bedre forholdene.

Allmennpraktikeren bruker 15-20 minutter pr. pasient. Det er lite, men likevel to eller tre ganger så meget som en engelsk allmennpraktiker bruker. Poenget må være at de minuttene må være pasientens. Man må ikke ustanselig bli forstyrret av telefoner, folk som kommer inn osv. Leger blir utdannet til å behandle. Ordet behandle inneholder også ordet handle, det vil si de blir i grunnen utdannet til å være aktive, til å handle der hvor de burde være mer tilbakeholdne og mer flinke til å lytte. Vi må legge vekt på å finne ut hva pasienten selv har tenkt om sine plager, hva de kommer av og hvilke forventninger de har til legen.

Vi må lære å ta pasienten på alvor, prøve å forstå hva han sier, og ikke avfeie ham. Det er ikke alltid lett å være lege. Vi balanserer mellom pasientrettigheter og pasientens integritet og medbestemmelsesrett på den ene siden og vår rolle som fagmann, hvor vi ofte vet mer enn pasienten, på den annen. Det vil alltid være en konflikt mellom pasientens rett til medbestemmelse og vårt formynderi. For meg vil nok pasientens integritet og autonomi telle mest.



### Konklusjoner:

1. Den enkelte lege har et godt rykte og fortjener det.
2. Legeprofesjonen har et godt rykte, og er nok noe verre enn sitt rykte.
3. Legestanden har et tvilsomt rykte, dessverre med en viss rett.
4. Lægeforeningen er langt bedre enn sitt rykte.

Dette skrev jeg og mente i 1987. Bare noen måneder senere kom Den norske lægeforeningens annonsekampanje i anledning streiken. Det førte til at jeg hadde følgende leserbrev i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 15, 1987, side 1399:

"Lojalitet er en vanskelig ting. Jeg har vært medlem av Lægeforeningen i 36 år, sittet seks år i Sentralstyret, to år som visepresident. Jeg er glad i Lægeforeningen. På oppfordring av Presidenten holdt jeg under Sjølystmessen et foredrag den 10.4. i år: "Er helsevesenet bedre enn sitt rykte?" Blant annet sa jeg at Lægeforeningen hadde et blandet rykte (ikke minst fordi den er slik en dyktig fagforening), men at det på mange måter var urettferdig. Jeg konkluderte med at Lægeforeningen var bedre enn sitt rykte. Idag er jeg ikke så sikker.

Jeg har med gru sett de to annonsene som Lægeforeningen har rykket inn i avisene i anledning streiken. Den ene viser Statsministeren som gribb som glupsk venter på sitt bytte, den

døende allmennpraktiker som sleper seg avsted. Den andre viser Statsministeren kledd som lege, idet hun tar kvelertak på allmennpraktikeren og ber ham si A... Jeg synes begge annonsene er forferdelige for å si det mildt, men den første er verst. Jeg vet ikke hvem den eller de ansvarlige er, men vedkommende må etter min mening totalt mangle gangsyn både politisk og når det gjelder vanlig folkeskikk. Tegningene er ikke bare smakløse og tarvelige overfor vår Statsminister - medlem av vår forening - men de må være spesielt lite egnet til å vekke sympati eller forståelse for aksjonen både hos den jevne kvinne eller mann eller hos politikere, og det uavhengig av partipolitisk standpunkt. Jeg vil mene - og jeg er neppe alene om den oppfatning - at folk flest vil måtte lure på hvem de er de som leder Lægeforeningen, eventuelt vil mange ha fått sine bange anelser bekreftet.

Jeg kan være enig i at tegningen er gode blikkfangere, og at mange vil lese teksten under. Men det tror jeg kommer til å bli en dyr blikkfanger for Lægeforeningen, dyr på flere måter.

Hvordan kan en slik glipp ha skjedd??

Lojalitet er en vanskelig ting."

Det gjør meg oppriktig vondt når min egen fagforening, som har betydd så meget for meg, og som jeg er så glad i, fra tid til annen begår slike ufattelige dumheter (etter min mening) som for eksempel når

president og generalsekretær spør Rådet for legeetikk om Ole Fyrand har brutt de etiske regler. Uansett intensjonene ved en slik forespørsel, og uansett hvordan legeföreningen vil bruke svaret fra Rådet, skal det meget liten fantasi til for å forutse at pressen ville gripe det med begjær. De vil oppfatte det som ennå et eksempel på meningssensur, og folk vil riste på hodet og mene at presidenten og generalsekretæren nok har skadet legeföreningens anseelse mer enn hudprofessoren.

Til tross for slike episoder som jo heldigvis blir lagt bak en og glemt, men som dessverre har en tendens til å komme opp igjen fra tid til annen, vil jeg holde fast ved de tidligere konklusjoner, selv om jeg idag nok vil ta bort ordet "langt" i konklusjon nr. 4.  
(Første del er opprinnelig holdt som foredrag).

**FORSKNING I ALLMENNPRAKSIS**  
**LYSTENES HAGE OG DOMMEDAG**

**Per Fugelli**

Høsten 1990 ledet Bjørn Straume meg inn i fristelse ved å spørre om jeg ville lage et bidrag til festskriftet til Anders Forsdahls 60-års dag. Det skulle handle om gleder og piner ved allmennt medisinsk forskning, om vinninger og tap i Alma Mater Maraton.

Bjørn traff meg i sterk og lystig stemning, for dagen derpå skulle Charlotte og jeg på en 2-ukers reise i Marokko. Og jeg tenkte at i Nord-Afrika må det være råstoff nok, men i Atlasfjellene var det bare sten og i Sahara bare sand, - ikke noe å modellere en spennende artikkel av.

Det eneste jeg kom over var en morsom fransk forsnakkelse, da vi hadde spist en fortreffelig kylling på en fornem, marokkansk restaurant, og jeg skulle gjøre et verdensvant inntrykk på min kone ved å be kelneren si takk til kokken, med de ikke helt riktige ordene: Dite merci á le coq s'il vous plait, som dessverre betyr: Vær vennlig å si takk til hanen.

Marokko ble altså bom, men så ville den gode lykke at jeg like etter måtte til New York, og det slår aldri feil: I denne digre og sinnsyke byen finner du det du leter etter. Denne gang i Metropolitan Museum

of Art i møte med Hieronimus Bosch, den store middelaldermaler som bedre enn noen har laget bilder av dualismen i samfunnet, dobbelt-heten i mennesket, nytelsen og pinen i livet. To evige bilder malte Bosch i 1492 med forutseende tanke på Anders Forsdahls 60-års dag i 1990: Lystenes hage og Dommedag.

### **Lystenes hage**

#### Bygge faget.

En av lystene er å være med å bygge faget. Det har vært og er:

- for mye ideologi og for lite vitenskap
- for mange bløte ord og for få harde data

i allmenmedisinen.

En innsikt, en kunnskap er ikke annet enn et spill av krefter over en synapse eller to, så lenge den mures inne i hodet på den enkelte. Det nytter lite at vi sitter hver for oss med genuine allmenmedisinske erfaringer og ferdigheter, hvis vi ikke setter disse inn i en vitenskapelig fellesbank hvor de blir prøvbare og lærbare. Å sette hard valuta inn i denne fellesbanken, og å se rentene i årene som kommer, - er en av nytelsene vitenskapelig arbeid byr på.

#### Nysgjerrighet.

En annen blomst forskeren kan plukke i Lystenes hage er å tilfredsstillere oppdagertrangen. Det er spennende å trenge inn i noe nytt, gjøre noe ingen andre har gjort før, være en Fridtjof Nansen som kartlegger ukjent land, eller en Espen Askeladd som går gamle stier, men finner

noe andre ikke ser.

### Orden.

Beslektet med denne gleden er den intellektuelle nytelsen som følger av å skape orden i kaos. Det å gripe et rått stykke virkelighet, - granske det, bearbeide det, gjøre det tilgjengelig for andre i klar form, - gir et høyt velbehag.

### Fordypning.

En ytterligere fornøyelse ved forskning i allmennpraksis er å få anledning til å gå til bunns i en sak. Til hverdags må vi kunne litt om alt, og det ville være skadelig for pasientene om vi gjorde omvendt, og lærte oss alt om litt. Men tidvis er det godt å få bore seg inn i kjernen i et emne, og vite etter mye strev at nå kan du det.

### Måle krefter med seg selv.

Endelig vil noen finne en vellyst i å sette hjernen sin på prøve gjennom forskningen, - bevege seg ut til grensen av sin forstand, - finne yttersonene i sin yteevne.

Jeg har fått frisket opp disse akademiske lystene, dels i møte med Hieronimus Bosch, men også i møte med Aksel, en rabbagast som Charlotte og jeg laget for 22 år siden. Han har i høst gitt ut sin første roman (1). De siste to årene har han vært på skumle og saftige reiser i Brasil, Bolivia og Peru. De siste månedene har han vært hjemme, og han har fått for seg at faren lever et tørt og kjedelig liv. Og stadig, - og hyggelig nok, vil han ta meg med på en Latin-Amerikansk gjenopp-livningsreise for å sette farge på mine bleke hverdager og for å gi

høyde til mitt flate liv.

Og sagtens blir jeg fristet når han beretter om sin elvebåtferd innover i Amazonas, men så kjenner jeg meg liksom igjen, for vi beveger oss inn i nye landskaper på Instituttene også.

Og tiltrekkende er det å høre om de ville utsynene 3 - 4000 meter oppe i Andesfjellene, men påny får jeg en følelse av å ha vært der før, - sammen med tenkere på Akademiet.

Og naturligvis kiler det i magen når Aksel forteller om sine vandringar på den lysende sti i Peru, men like pirrende kiler det i hjernen når en går på dristige veier mot ny viten.

Av og til kan vi på Universitetet, når hverdagens rutiner blir for beslagleggende, føle oss truffet av Predikeren når han sier at alt er tomhet og jag etter vind, og av Aksel når han skriver: "En søndagsmorra i desember møtte speilet ham med et blikk som hadde mista ønskelista si. Han var en viltsaus fanga inne i en hermetikkboks." Men heldigvis er det en del forskere, ja 60 år gamle professorer med, som stemmer med fortsettelsen også: "Han reiv sitt livs ark laus fra stiftemaskinens stål, og seilte ut på havet som papirbåt. Fyllt med ett par øyne, ett par lunger og ett par baller."

Vi må forlate Lystens hage og gi oss strevet og plagene i vold.

## **Dommedag**

### Tålmodighet.

En ondartet plage som rammer mange forskere, ikke minst i allmenn-

praksis, er tidsnød. Hele prosjektet kan bli en heseblesende gallopp etter uoppnåelige tidsfrister. Når man skal fra et punkt til et annet, f.eks. fra start til mål, er det to måter å forebygge tidsnød på:

1. Forlenge tiden.
2. Forkorte avstanden.

Forskere må være villig til å gi prosjektet den tid og den tålmodighet det trenger. Tid er den basale forutsetning og tålmodighet den essensielle betingelse for god forskning. Den andre måten å unngå malign tidsnød på, er fra begynnelsen av å beskjære prosjektet, selv om det gjør vondt.

### Usynlighet.

I nabolaget til tålmodigheten ligger forskningens usynlighet. Det er problematisk å måle ut den håndfaste nytten av forskningen. I beste fall øker prosjektet vår innsikt med en millimeter og vår kunnskapsmengde med et gram, men det er vanskelig å se denne millimeteren med øynene og kjenne dette grammet i hånden. Forskeren kan råke ut i eksistensielle kriser underveis hvor han spør hva vitsen er, - og svaret er ikke alltid like muntert. Allmennpraktikeren er trolig mer utsatt for denne plagen enn andre. Allmennpraktikeren vil oppleve forskningens mangel på umiddelbar målbar nytteverdi som en grell kontrast til sin pasienthverdag, som nettopp er full av håndfaste gjøremål og konkrete resultater. Klart det kan være mentalhygienisk problematisk for allmennpraktikeren å omstille seg til forskningshverdagen hvor utkommet av en dags strev kan være et ubeskrevet blad på skrivebordet



og en ukes tøff jobbing kun kan nedfelle seg i fulle papirkurver.

### Åpenhet.

Den tredje vansken følger av at man i forskningen, i mot-setning til ellers i verden, ikke skal slåss for det en tror på. Tvert om må forskeren være på vakt mot tro og på jakt etter tvil. Når en allmenn-praktiker går så langt som til å gjennomføre et forskningsprosjekt, er vedkommende som regel sterkt engasjert i emnet. Han har antagelser, håp, kanskje fordommer. Denne forutinntattheten kan komme til å påvirke problemstillingene, materialet og metodene samt resultatene og fortolkningene i retning av ønskede svar. Det er ikke så lett å se sine egne skjevheter. Derfor må forskeren sikre krysstenkning og korrektiv-potensial og eksponere prosjektet for andre, gjerne kolleger med motsatt grunnsyn hvis det dreier seg om et kontroversielt tema.

### Tvil.

Det er farlig for en forsker å tro uten å tvile. Tvil, kritisk sans, vilje til å alltid å stille spørsmål, evne til stadig å granske holdbarhet i framgangsmåte eller funn, - denne nysgjerrige skepsis er selve kjennetegnet på den gode forsker. Men som tvilen er en styrke, kan den også bli en plage og en bane, særlig for tre slags forskere:

Debutantforskeren kan komme til å tvile alvorlig på sine personlige anlegg og evner. Da er det godt å ha en ærlig veileder som kan gjøre tvilen til visshet, - i den ene eller annen retning.

Pionerforskeren som beveger seg inn i et nytt emne eller utvikler en ny metode er også farlig utsatt for tvil. De originale og nyskapende

forskerne kan berette meget om tvil og vånde som følger av at de ikke har spor å følge, kanskje ikke en gang målestokker for hva som er godt og dårlig.

Den tredje forskertype som kan hemmes, ja lammes av tvil, er den som krever for meget av seg selv og sitt prosjekt. Den som gjør det beste til det godes fiende, som stiller så ideelle fordringer at de blir uoppnåelige. Disse ekstreme perfektionistene produserer tonn med tvil og gram med vitenskap, og mennesker med denne legning bør ikke bevege seg inn i forskning.

#### Den lille verden.

Den siste plage/vanske jeg kan tenke meg allmennpraktikeren vil forbinde med forskning har med selve forskningsmiljøet å gjøre. Det er en forestilling, og vi kan ikke uten videre kalle det en vrangforestilling, som sier at universitets- og forskningsmiljøene preges av:

- ærgjerrige klatrere
- spisse albuer og dolker i ryggen
- intriger og renkespill.

Den lille, lukkede akademiske verden tror mange er befolket av kyniske og ambisiøse menn som bruker sin monomane viljestyrke på å oppfylle sin egen ekstreme forfengelighet. Det er litt i dette, men ikke meget. I den lille, akademiske verden som i den store rundt oss er det:

- slett ikke bare maktsyke, men også rikelig med idealisme
- langt fra kun karrierejag, men også ekte skaperglede
- på ingen måte egosentrering alene, men også quantum satis av

vennlighet og fellesskap.

Anders Forsdahl er en fremragende bærer av de siste egenskapene.

**Litteratur:**

1. Fugelli A. Rock rundt klokka. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1990.

## DR. W. WERESSAJEW LETTER SITT HJARTA

Egil H. Lehmann

Litt om boka "En Læges Bekjendelser",  
utgitt på Cammermeyers forlag 1902.

### Utbrendt lege i 1901

"... Om natten havde jeg længe ikke kunnet sove; jeg befandt mig i en sælsom Tilstand. Mit Hoved var mat og tungt, i Brystet følte jeg en Skjælven, som om alle Nerver var forvandlet til stramt spændte Streng. Når jeg i det fjerne hørte Lokomotivet pibe .....for jeg sammen under smertelige Fornemmelser, og Hjertet begyndte at banke heftig, som om det sad løst ..... I syv Aar havde jeg været Læge. Hvorledes havde jeg tilbragt disse Aar? Det var en grusom Haan mod de Forskrifter, jeg havde givet mine egne Patienter. Hele tiden havde jeg kun levet paa Bekostning af disse Nerver.... Jeg har ingen Hviledag, ingen sikker Hvilestund. Hvert Øieblik kunde man rive mig ud af Søvn, forstyrre mig, medens jeg spiste, lægge Beslag paa mig for mange Timer.... Paa denne Maade forvandles man Aar for Aar mere og mere til en neurasthenisk Ruin; al Glæde ved Livet og Kjærlighed til Livet svinder hen...."

Året er 1901 og den nokså utbrende legen som skriv disse orda heiter Wikentij Smidovitsch. Som forfattar av boka "En Læges Bekjendelser" nytta han pseudonymet W. Weressajew. Ifølge føreordet vart han fødd i Tula i året 1867, studerte først humanistiske fag og deretter medisin og tok embetseksamen i 1894. Han arbeidde som allmennpraktikar og sjukehuslege i Petersburg og fekk seg kone og to born. Så vart han forvist til heimbyen Tula på grunn av politisk aktivitet. Truleg kan vi

takka forvisninga for at han fekk tid og krefter til å skriva ferdig boka si.

### Avsløringar

I føreordet lovar forlaget avsløringar:

"..... at "Lægfolk" ikke bør holdes i Uvidenhed om, hvad der forekommer i den Lægepraksis, hvis Udøvelse deres Liv eller Helbred ret ofte kan være afhængig af ... at det saa langt fra vil svække Tilliden til Lægerne, at det meget mere vil øge den, naar Almenheden faar vide mangt og meget angaaende deres Virksomhed, som nu er ukjendt for de fleste. At Feil og Misbrug samtidig afdækkes, kan bare være til det Gode."

Forfattaren er ikkje fullt så klar i målsetjinga. Det virkar som om han skriv vel så mykje for si eiga skuld. Delvis for å skriva ut av seg vonde minne - sorgarbeid, ville vi seia i dag. Og delvis, for å drøfta og ta standpunkt til spørsmål som trenger seg på.

"Jeg er kun en ganske almindelig Gjennemsnittslæge... jeg sidder selv fast i en hel Labyrinth av Modsigelser og formaar ikke at besvare alle de tunge Spørsmål, som haardnakket kræver Afgjørelse... Jeg vil forsøge at sige alt, uden at skjule noget..."

Greier han å få sagt alt? Den raude tråden i boka er ei nokolunde kronologisk framstilling av forfattarens liv som medisinar, frå han tek til i studiet, til han sju år etter embetseksamen tvingar seg til å gjera opp status.

På vegen er der mange digresjonar, sume tider berre nokre avsnitt, også heile kapittel som glid ut i detaljerte drøftingar av dagens påtrengande problem:

Kapittel 7: "Nye Lægemidler - Menneskeofre".

Kapittel 8: "Forbryderiske forsøg i Videnskabens Tjeneste".

Kapittel 13: "Lægevidenskaben hjælper kun de Rige.

- For de fattige er der ingen Redning."

Kapittel 21: "Elendige Indtægter".

Det siste kapittelet, nr. 22, heiter kort og godt "Udveien". Det er også eit av dei kortaste, berre sju sider, men her får vi forfattarens credo, det han har igjen å tru på når alt er gjennomdrøfta.

I føreordet opplyser forlaget at boka, tydelegvis skriven på russisk, vart utgitt på fleire av dei europeiske hovudspråk. Såleis må ho ha vore litt av ein sensasjon i si tid, med mange lesarar.

### **Harde kår for fattige pasientar**

I første kapittel fortel han om reaksjonane sine på disseksjon, som han i grunnen ikkje har problem med. Noko som går meir inn på han er ordninga med friplasser på sjukehuset. Dei som ikkje har råd til å betala for sjukehusopphaldet, kan få friplass, mot at studentane får bruka dei til øvingsmateriale og lækjarane til obduksjonar.

Dei fattige ser seg nøydde til å ta mot friplassene, men både pasientane og dei pårørande ser med avsky på pliktene som følgjer med:

"Hver Formiddag kan man hos os i Rusland ved Indgangen til Klinikkerne møde en Flok Kvinder, som venter på Assistentlægerne. Naar en af disse viser sig, stanser de ham og bønfalder ham om at faa Liget af deres døde Barn, Mand eller Moder udleveret til Begravelse uden Obduktion. Ved saadanne Anledninger er man ofte Vidne til yderst pinlige Optrin... Naturligvis mødes alle Bønner af denne Art med et bestemt Afslag. Naar saa den bønfaldende Kvinde ikke har opnaaet noget hos Assistentlægen, gaar hun videre, trænger sig ind til selve Professoren, kaster sig på knæ for ham og beder om, at den Døde ikke maa blive sønderlemmet.  
-Dere ved jo allerede, hvad der er for en Sygdom, han er død af !

Det hjælper ligesaa lidt her. Obduktionen er nødvendig, ellers vilde den kliniske Undervisning være meningsløs. Men der Smerte, som derved tilføyes de Efterladte, kan ofte være større enn smerten ved deres Kjæres død. Jeg har mere end en gang seet en fattig Fabrikarbeiderske, som tjente 40 Kopeker om dagen, forsøge at stikke en Femrubelseddel til Assistentlægen for ad denne Bestikkelsens Vei at hindre, at hendes Barn blev "vanhelliget" efter dets Død."

Kvinner har sterk motvilje mot å la seg undersøka.

"Den Skræk de nærer for at skulle være forpliktet hertil, især i de Studerendes Nærværelse bringer dem ofte til at give Afkald paa overhovedet at skaffe sig Lægehjelp...  
...jeg Ved, at hvis Videnskaben tvang min Hustru eller Søster til at gjenngaa det samme,...vilde jeg sige, at man for Studiernes Skyld ikke har Ræt til saaledes at træde et menneskeligt Væsens Følelser i Støvet, bare fordi dette Menneske er fattigt."

### Vanskelege år i praksis

Dr. Weressajew blir ferdig med studiet og får sitt diplom, med Statens våpen og Universitetets segl. Men han er nedtrykt og uglad. Han kjenner seg ikkje kvalifisert, men har likevel ingen annan utveg enn å opna privatpraksis. Så gjer han som kanskje dei fleste av oss har gjort: Skaffar seg eit lite kompendium og slår opp i smug.

"... jeg kunde lenge - omtrent hele to Aar igjennem - ikke klare mig uden dem. Naa man kaldte mig til en Syg, som for Eksempel led af stærk Aandenød, aabnede jeg under et eller andet Paaskud min Notisbog, saa efter, af hvilken art hans Sygdom kunde være, og foreskrev en dertil svarende Kur."

Dette går rimeleg bra, men så stiller han sin første alvorlege feil-diagnose, forvekslar pneumoni med leverabscess. Han prøver å skjerpa seg, men det går så som så.

"Med hver Dag, som videre gik, paatrængte det Spørsmal sig mig mere og mere haardnakket: Ved hvilken utrolig Misforstaaelse er jeg egentlig bleven Indehaver af et Lægediplom, og har jeg paa Grund af dette Ret til at anse mig for Læge? Og

det daglige Liv gav mig for hvert nyt Tilfælde mere og mere overbevisende Svaret: Nei, det har jeg ikke Ret til !"

### **Til Petersburg for å læra meir**

Så kjem dropen som får begeret til å renna over. Ein gut med skarlagensfeber får sepsis og døyr. Dr. Weressajew meiner dette er hans skuld, han gir opp sin praksis og reiser til Petersburg for å læra meir - "selv om jeg der skulde udsættes for at sulte ihjel !"

Det var ikkje langt frå at det gjekk troll i ord. Der viste seg å vera mange nok lækjarar som var viljuge til å arbeida utan betaling. I Petersburg bystyre vart det i 1894 gjort framlegg om å stryka all løn til sjukehuslegar. Legane fekk vera glad til at dei slapp inn i sjukehusa, vart det sagt. Dr. Weressajew må bita i det sure eplet og arbeida gratis. Dei par sidene han skriv om livet sitt på denne tida minner om Hamsun 's "Sult".

Men han lærer. Særleg stolt er han når han meistrar den forma for intubasjon som vart nytta ved difteritis langt inn i vår tid. (I staden for tracheotomi vart ei lita metalltrakt plassert inne i larynx.) Eit forsøk på å læra tracheotomi var derimot mislykka. Snittet blir for stort, det blir infeksjon i såret.

"Hun saa med vidt opspærrede, stive Øine mod Døren og vedblev at skjære Tænder. Det hørtes, som om hun tyggede Sukkertøi. Det var frykteligt; jeg havde en Fornemmelse, som om hun knuste sine Tænder mod hinanden og havde Munden fuld af Grød af disse knuste Tænder. Efter tre Dages Forløb var hun død."

Dr. Weressajew gjer ikkje fleire forsøk. I staden kjem han med ei lang



drøfting omkring det faktum at den som vil bli ein god kirurg må koma til å gjera mykje skade undervegs.

".... Billroth har Ret, vore Fremskridt gaar over Dynger af Lig. Nogen anden Vei findes ikke. Man maa lære og ikke lade sig forstyrre af de mislykkede Forsøg.... Men for mine Ører lød den af mig dræbte Piges Tænskjæren, og jeg følte i Fortvilelse, at jeg ikke under nogen Omstændighed mere kunde eller var i Stand til at foretage nogen ny Operation... Aa, hvor mange forbandede Spørmaal er det ikke, som oppstaar inden denne frygtelige Videnskab, hvor man ikke kan gjøre et eneste Skridt uden at træde et levende Menneske under Fødder !"

Men dr. Weressajew kjem også i vanskar når det gjeld medikamentell behandling. Tittelen på kapittel 7: Nye Lægemidler - Menneskeofre" seier det meste.

Han let seg lokka til å gjera eit forsøk med tidoble doser av digitalis ved kruppøs pneumoni. Dette går ille. Det viser seg at litteraturen er full av rapportar om nye preparat som stort sett er mislykka. Dramatiske forsøk med kreosotsprøyter i lungene mot tuberkulose, med Kochs tuberkulin og med fleire andre middel som idag er gått i gløymeboka blir kort referert.

"...Hvor er Grænsen for det tilladelige?... Med Bakterologiens Grundlæggelse afsluttedes den store Epoke med betydelige Opdagelser paa Medicinens Omraade, og der er indtraadt en midlertidig Stilstand. Og som altid i slige Tider hæver Uvidenskabeligheden sit Hoved, og Praksis oversvømmes af et helt Hav af alle Mulige Midler...Forfærdelse griber en, naar man betænker, for hvilken Pris Vindingen kjøbes, og dyb Smerte føler man i sit inderste Hjerte for de syge, der, ligesom Møllet til Lyset, ofte mod Lægens Overbevisning søger hen mod denne Hvirvelstorm..."

### **Den vanskelege vitskapen**

Med tungt hjarta går forfattaren vidare i neste kapittel, der han for ei

stund slepp den sjølbioGRAFISKE "raude tråd". Kapitlet "Forbryderske Forsøg i Videnskabens Tjeneste" tek for seg nokre av den typen innpotings-forsøk som vart gjort på pasientar i siste halvdel av førre århundre. Pasientar vart med vilje utsett for smitte av gonore, ulcus molle, syfilis, erysipelas, flekktyfus osv. Han minner om at mange legar også har brukt seg sjølv til forsøkskanin, men slår likevel hardt til:

"Hvad der imidlertid utvilsomt fremgaar af de anførte Forsøg, og som ikke kan undskyldes, er den skammelige Ligegyldighed, hvormed de skildrede Raaheder bliver modtagne inden Lægeverdenen i Almindelighed.. Med hævet Hoved skrider disse eiendommelige Videnskabens Tjenere frem, de møder ingen synderlig Modstand hverken hos Kolleger eller i den lægevidenskabelige Presse.

.... det er ogsaa paa Tide, at Samfundet ophører med at vente paa, at Lægerne af sig selv skal vaagne op af sin Sløvhed. Samfundet maa selv gribe til Forholdsregler for at beskytte sine Medlemmer mot fanatiske Videnskabsmænd, som synes at have glemmt, at der er Forskjel paa Mennesker og Marsvin."

Eit meir reflekterande kapittel ber tittelen "Lægevidenskabens utilstrækkelighed paa dens nuværende Standpunkt". Forfattere kjem til at medisinen som vitenskap er komen så kort at ein kanskje like godt burde overlata den til homeopatane, "de som med let Hjerte kan presse alle Foreteelser i den menneskelige Organisme ind i et Par Formler". Han blir overtydd om at medisinen er kunst meir enn vitenskap, og at berre eit geni kan bli ein brukbar lege. Men ein gong i framtida, når medisinen er blitt ein vitenskap, einsarta og almen, så kan også vanlege middelmådige menneske bli legar. Likevel er han nøydd til å hald fram.

"Kan saa vi almindelige Læger i saa fald gjøre nogen Nytte? Hvad Vitenskaben allerede har underlagt sig paa Sygdommenes omraade er dog meget. Og det ligger da i vaare Hender. Men ogsaa i den øvrige Medicin kan vi gjøre meget og godt Arbeide. Kun maa man strengt og fast følge den gamle Regel: primum non nocere - "fremfor alt ikke skade". Man maa en gang for alle

opgive den Forestilling at Lægevirksomheden bestaar i en rolig, ubekymret Opfyldelse af videnskabelige Anvisninger. Man maa forstaa det vanskelige og indviklede i sit Arbeide, uophørligt og med al Kraft søge at arbeide paa sig selv, ikke sette Lid til noget og ikke slå sig til Ro. Disse betingelser er overordentlig tunge, og man kan nok synke under Byrden. Man saa længe jeg ærligt søger at bære den, har jeg ogsaa Ret til at blive paa min post".

Det er to kapitler til som meir eller mindre tek for seg same sak. Det eine, om urettvis kritikk mot legar når det er sjølve legevitenskapen som er ufullkommen. Det andre om tru og mistru, og kor viktig det er å skapa tillit.

### **Diskusjon om "viviseksjon"**

Dr. Weressajew har også prøvt seg på dyreforsøk. Han tar opp problema omkring dette. Vi har lært forfattere å kjenna som ein mjukhjarta mann. Han er nok litt i tvil, likevel konkluderer han sterkt med at ein ikkje kan greia seg utan dyreforsøk. Han polemiserer mot lovgjeving om slike forsøk:

"Den engelske Lov om Dyreplageri blev vedtaget af Parlamentet 1876. Dette Tidspunkt bør bemerkes. Samtidig rasede Tyrkerne i Bulgarien, og Englands velvillige Neutralitet opmuntrede dem. Stod da virkelig de Padder, som benyttedes til Forsøg på Laboratorierne, de engelske Parlamentsmedlemmer nærmere end de bulgariske Kvinder, som voldtoges af Baschibozukerne? Visselig ikke. Sagen var meget enklere. Parlamentet indsaa, at det var ufordelaktig for England at optræde til Fordel for Bulgarerne, derimod forstod de ikke, hvilken Skade en Indskrænkning i Adgangen til Viviseksjonen kunde medføre.... Naar Menneskene kommer til at forstaa, hvilket Offer de bringer ved at berøve Videnskaben Ret til Viviseksjon, da vil Modstanden falde bort...."

Det er nesten forfriskande med denne polemikken etter all

pessimismen omkring medisinen som fag. Men den triste åre kjem fram att i kapitlet "Lægevidenskaben hjælper kun de Rige. For de Fattige er ingen Redning".

"En Vaskekone kommer til mig med et Udslet paa sin Haand, en Arbeidsvognmand med et Broktilfælde, en Spindearbejder med begyndende Tæring. Jeg foreskriver dem Salve, Brokbind og Pulver og siger dem, skamfuld over den Komedie, jeg spiller, at Hovedbetingelsen for Helbred er, at Vaskekonen ikke bliver vaad paa Hænderne, Vognmanden ikke tager tunge Løft, Spindearbejderen undgaar støvede Lokaler. Jeg faar et dybt suk til Svar, de takker mig for Salven og Pulveret og erklærer, at de ikke kan opgive sit Arbejde, da de er nødt til at spise og drikke. I saadanne Øieblikke skammer jeg mig...."

### **Kvinnene og medisinen**

I eit meir teoretisk avsnitt tar han for seg medisinen plass i ein darwinistisk modell. Her kjem det fram eit merkeleg men sikkert tidstypisk kvinnesyn.

"Den aller friskeste Kvinde - og det er ved de nøiagtigste Undersøgelser fuldt bevist - er periodevis utvilsomt syg. Og en saadan Abnormitet kan ikke forklares anderledes end som en Overgang til en fuldkomnere Tilstand. ....Næsten Halvdelen af alle Kvindesygdomme opstaar ved Forandring af Livmoderens Leie..."

Han meiner at mennesket som art må bli meir fullkome, og at det er ei viktig oppgåve for medisinen å hjelpa til med dette. Der må bli meir harmoni mellom slik vi er skapt, og slik vi lever. ".... ti herpaa hviler Grundbetingelserne for al menneskelig Lykke..."

-Men han er også skeptisk ved tanken på det gode liv som vi kan få ein gong i framtida. Til dømes så vil det bli viktig å mosjonera, og dette er så keidsamt og deprimerande at folk vil koma til å gi det opp.

Spørsmålet om "Den kvindelige Bluferdighed" blir tatt opp på nytt mot slutten av boka. Etter endel (gode) anekdoter og sitat kjem ein avansert konklusjon:

"Nutildags er det medicinske Studium heldigvis ogsaa gjort tilgjængeligt for Kvinderne. Dette er en uhyre Velgjerning mod alle Kvinder - alle i lige grad, ikke bare for de muhamedanske hvem Forrsvarene af den kvindelige Uddannelse ynder at henvise til. Det er ogsaa en uhyre velgjerning mod Videnskaben selv. Kun Kvinden formaar at erkjende og begribe den kvindelige Organismes dunkle, overordentlige sammensatte Liv i dets fysiske og psykiske Helhed; for Manden vil Kjendskabet hertil altid vedblive at være fragmentarisk og ufuldstændigt."

To kapittel tar for seg honorarspørsmålet og legens sosiale kår. Det var på denne tida eit stort legeproletariat i Europa. Forfattaren peikar på det merkelege i at mange legar går ledige på same tid som store folkegrupper treng legehjelp, men ikkje får det.

"Dette er kun et eneste Eksempel paa de overraskende Modsigelser, der fast og dybt gjennemtrænger vor Tids sociale Livs Grundlag ligesom Egens Rødder Jorden. Her ligger hele Berge af Korn og Kjød og raadner, fordi de ikke finder Afsætning, og lige ved Siden af dør Tusener af Mennesker, som ikke finde Arbejde, Hungersdøden. Blod udgydes i Strømme for i fjerne Verdensdele at erobre nye Markeder for Klæde og Fløysel, og de Mennesker, som forfærdiger disse Stoffe, klæder sig i Kattun og Strie."

### **Konklusjon: Ein sosial appell**

Etter dette er det ikkje så uventa at dr. Weressajew let boka munna ut i ein sosial appell. Det nyttar lite om legestanden nøyer seg med å fremja sine eigne sosiale kår.

"Nei, den reddende Udvei er en ganske anden. Denne eneste Udvei ligger i Bevidstheden om, at vi kun er en Brøkdæl af et uhyre, udeleligt Hele, og at vi kun i dette Heles Skjæbne og Fremgang kan se vor egen personlige Skjæbne og Fremgang."

Som vi ser målar vår russiske kollega seg på dei vel 300 sider med breid pensel gjennom store problemfelt. Det oppfriskande med denne boka er anekdotane som krydrar det meste av stoffet. Her er forfattaren på sitt beste og ein blir engasjert av dette panorama av mennesketypar som viser seg. Barnet som kviskrande takkar for intubasjonen, mannen som får sjå dotter si på obduksjonsbordet, bonden som døyr av hjartesvikt med ljåen i handa, den bortskjemde kvinna med sin pilleboks. Vi får også eit levande bilete av "tida": Bylivet i Europa etter første del av industrialiseringa. Mange trekk ved dagens helsevesen blir lettare å forstå når vi kjenner denne bakgrunnen.

Greidde dr. Weressajew å få "sagt alt" slik han lova i innleiinga? Det er påfallande at ikkje eit ord er nemt om abort og prevensjon. Trass i at boka inneheld tankar som er dristige for si tid, så var det vel ei grense for kva ein kunne omtala. Det kan også tenkjast at forlaget har teke bort eventuelle avsnitt om dette.

Korleis gjekk det sidan med vår kollega, dr. Weressajew, alias Smidovitsch? Overlevde han verdskrigen og revolusjonen? Eg veit ikkje, men boka hans overlevde.

Trass i at boka er utan høglitterære ambisjonar, og ber preg av hastverksarbeid, fungerer ho ypperleg som tidsmaskin. Vi får eit levande bilete av dei tankar og problem som opptok ein allmennpraktikar kring århundreskiftet, og kva slag arbeidskår han hadde.

Eg håpar desse smakebitane kan gi ein og annan lyst til å lesa "En Læges Bekjendelser". Boka kan lånast frå Haugesund Folkebibliotek.

## SYKEBESØKET.

Minner og erfaringer fra 1927 til 1965.

Isak Forsdahl

Jeg er bedt om å skrive noen ord under ovenstående tittel.

Med tidsadverbene før og nå stilles en jo nokså fritt. Nå må bli idag, og det er ikke aktuelt da jeg ikke lenger praktiserer som lege - jeg sluttet med vanlig praksis i året 1965. Jeg hadde da i flere år vært lege ved Incognito Klinikk for Alkoholikere i Oslo, og hadde særlig den første tiden adskillig praksis utenom. Men fra 1965 arbeidet jeg på heltid som sjeflege ved klinikken, og det ble ikke tid til andre pasienter.

Så var det sykebesøk før. Da tror jeg det ville være greitt å begynne med tidsrommet 1927-1928. Jeg var da ansatt som assistent og senere (etter min sjefs bortgang) som selvstendig verkslege i Sulitjelma. Jeg var ved tiltredelsen bare 25 år. Senere var jeg distriktslege i Evenes legedistrikt i 1930-1935, og i Sør-Varanger kommune i 1935-1944. Etter krigen startet jeg privatpraksis i Oslo.

Jeg ønsker å fremstille stoffet kronologisk. Forholdene på disse stedene var meget forskjellige, og det er vanskelig å sammenligne distriktslegepraksis i Sør-Varanger med for eksempel privatpraksis i Oslo.

## **1. Sulitjelma 1927-1928 (19 måneder)**

Her fungerte jeg som sykehuslege og som lege for hele grubesamfunnet på omtrent 2000 mennesker. Som eneste lege for det lille samfunnet ble det selvsagt kontorpraksis, og dessuten sykebesøk, kanskje 2-3 stykker pr. dag. Kommunikasjonsmidlene var ski eller hest med sluffe om vinteren og karjol om sommeren. Det var iblant store avstander, men verket var alltid behjelpelig med å skaffe nødvendig skyss. Knep det, kunne man også rekvirere tog på den verkseide banen Sjønstå - Fagerlia. Oftest ble sykebesøkene tatt etter kontortid, eventuelt om kvelden. Ved øyeblikkelig hjelp reiste man på besøk selv om man måtte avbryte kontorpraksisen.

## **2. Evenes legedistrikt 1930-1935 med bopel Liland i Ofoten**

Distriktet besto av kommunene Evenes og Ballangen - adskilt ved Ofotfjorden. Som offentlig lege på Liland hadde jeg flere måneders permisjon for utdannelse ved diverse sykehus, og her var det ingen anledning til å behandle andre enn sykehusenes pasienter.

Men en distriktslege har mange plikter og gjøremål. Man skal føre tilsyn med tuberkuløse, alvorlige epidemiske syke, pleiebarn, privat forpleide sinnsyke osv., og da har jeg funnet det naturlig også å registrere disse som sykebesøk, idet jeg fikk godt innsyn i forholdene i hjemmene og nyttig kjennskap til relasjonene mellom syke og pleiere.

Ballangen hadde egen kommune- og verkslege som overtok all vanlig praksis, så for meg ble det i minste laget å bestille blant en befolkning



på bare et par tusen mennesker. Jeg syntes derfor det var veldig fint da jeg av kommunestyret i Skånland fikk forespørsel om jeg ville overta legetjenesten der. Kommunikasjonsmessig var dette distriktet lettere å betjene fra Liland enn fra Harstad der den offentlige legen bodde. Jeg skulle honoreres etter legeforeningens takster. Gjennom flere år hadde jeg regelmessige kontordager og ett til flere sykebesøk daglig i denne nabokommunen. Men regningene ble ikke betalt, tross purringer. Dette var jo i de meget omtalte harde trettiåra. Endelig kom da oppgjøret fra et eller annet departement - en konvolutt med så vidt jeg kan erindre - frimerker for 2-3 kroner. Skånland kommune var nemlig satt under offentlig administrasjon.

Til sist synes jeg at jeg må fortelle om undertegnede som ildpåsetter. Det gjaldt et hjem i den såkalte Lappmarka. Her herjet tuberkulosen som verst. En dag får jeg besøk på kontoret av en mann som virker meget hemmelighetsfull og sier: "Du gjorde helt rett da du tente på dette tuberkulosereiret. Det skulle bare vært gjort for lenge siden." Jeg hadde ikke hørt om brannen i det hele tatt og kunne ikke påta meg ansvaret for denne fortjenstfulle handling. Men det morsomme er at den dag i dag tror befolkningen at det var meg som tente på.

Etter 5 år i Evenes ble jeg utnevnt til distriktslege i Sør-Varanger. Der tiltrådte jeg tjenesten senhøstes 1935.

### **3. Sør-Varanger legedistrikt 1935-1944**

Sør-Varanger hadde omtrent 7000 innbyggere spredt over et stort

område. Sykebesøkene ble foretatt med bil, motorsykkel, rein med pulk, og unntaksvis med småfly. Ofte måtte jeg gå til fots eller på ski.

Allerede som distriktslege i Evenes hadde jeg fattet stor interesse for tuberkulosearbeidet. Dette var jo spesielt aktuelt, og jeg var nok ikke den eneste som forsøkte å ta opp kampen mot den "hvite pest" - et navn som folk hadde satt på denne sykdom. Jeg ville derfor fortsette arbeidet i samme retning i min nye stilling. Når jeg nå gir en så bred omtale av tuberkulosearbeidet, er det fordi det vil bidra til å belyse spørsmålet "Sykebesøket før og nå."

Min forgjenger var foruten distriktlege i Sør-Varanger også fylkeslege i Finnmark. Dette var oppgaver som en enkelt mann umulig kunne greie. Derfor regnet jeg med at det også med hensyn til tuberkulosearbeidet var ting som burde vært gjort, men som han ikke hadde overkommet. I mitt første år i Sør-Varanger (1936) kunne jeg registrere mellom 60 og 70 smitteførende tuberkuløse. Et så høyt tall måtte skyldes at tilfelle fra tidligere år ikke var blitt registrert. Det var da viktig å finne disse smittekildene - både av hensyn til behandling av dem selv og på grunn av risikoen for at de skulle smitte andre. Jeg gikk da frem på følgende vis:

A) Pasienter som kom på kontoret og hadde hatt langvarig hoste, ble nøye undersøkt. Vi hadde som studenter blitt ganske flinke til å auskultere. "Catarrhus unolateralis non catarrhus est". Fant man ensidig fremmedlyd over lungene, var dette ytterst suspekt, og da måtte pasienten på stedet avlevere spyttprøve som samme dag ble mikro-

skopisk undersøkt. Ofte var prøven positiv. Behandlingen var pneumothorax, og pasienten ble ofte smittefri og helt frisk.

B) Skolebarnundersøkelser har selvsagt hatt stor betydning for fremme av barns helse, ikke minst for oppsporing av tuberkuløse smitekilder. Men alt må være vel planlagt, og undersøkelsene må gå over flere år. Jeg hadde følgende plan: årlige undersøkelser med Pirquet på alle tuberkulin-negative. De som tidligere hadde vært negative og nå var blitt positive - de såkalte omslagene - måtte man ta seg spesielt av. De ble nøye fulgt opp med kontinuerlige røntgenundersøkelser gjennom mange år (jeg fikk benytte sykehusets moderne røntgenapparat en formiddag i uken).

C) Sykebesøkene var et meget sentralt ledd i tuberkulosearbeidet. Først og fremst besøkte jeg alltid hjemmene til omslagerne blant barna for å finne smitekilden. Sykebesøk hjem til de tuberkuløse pasientene som kom på kontoret ble også foretatt. Dessuten oppdaget jeg av og til smitteførende syke ved vanlige sykebesøk.

Jeg fikk arbeide etter min plan i 8 år. Resultatet synes jeg selv ikke var til å skamme seg over: fra 60-70 tilfeller i 1936 til 26 i 1944.

Jeg forsto at det hadde vært en del misnøye blant mange fordi det var så vanskelig å få legen på sykebesøk. Men så snart man oppdaget at dette ikke lenger var tilfelle, ble det stadig flere sykebesøk. Forholdene endret seg heller ikke før henimot slutten av krigen da tilstanden ble helt turbulent som følge av de mange alvorlige epidemier. Men kontordagsreiser fortsatte jeg med i den utstrekning det var mulig.

Selv mot slutten av krigen kunne en slik reise arte seg på følgende måte: Tidlig opp om morgenen for å komme seg avgårde før pasienter hadde stillet seg i kø utenfor kontoret. Jeg skulle til Pasvikdalen og det var lørdag. Først var det kontordag på Skogfoss, og så gikk turen videre sydover. Der kunne man observere svære plakater med "Achtung Partisanen". Turen gikk videre til Vaggatem, der jeg gjerne overnattet i min hytte til søndag. Hytta var imidlertid tidvis tilholdssted for partisaner, og de måtte kjenne godt til min rytme. Jeg møtte aldri noen, men hytta var alltid ryddig og ren, og peisen var ofte fortsatt varm.

Mange historier kan fortelles fra de tallrike sykebesøk i Sør-Varanger. Jeg vil nevne noen få:

Like etter ankomsten til Sør-Varanger ble jeg kalt i sykebesøk til Munkelv. Det var like under jul og kaldt. Veien var ikke farbar, så jeg måtte få en til å skysse meg med en skøyte. Det gikk bra, men det viste seg at isen på Munkefjorden ble tykkere og tykkere, og til slutt sa skipperen at nå kommer vi ikke lenger. "Men du ser lyset i det huset der inne. Dit skal du". Jeg tok min legeveske og begynte å gå, men plutselig merket jeg at isen begynte å gynge under meg. Jeg var midt ute på fjorden og så meg om. På den ene siden var det ikke noe bebyggelse, men på den andre siden var det hus der det lyste. Så jeg gikk da forsiktig avgårde. Og det gikk bra lenge. Men det er jo så at i flomålet er isen dårligere, og dermed gikk jeg gjennom. Vannet sto til brystet, men jeg nådde jo bunnen. Ved bredden sto det en mann som vel hadde sett på den tåpelige fyren der ute på isen. Han tenkte nok at

dette gikk ikke bra og skulle kanskje hjelpe meg. Men jeg karret meg da på land selv. Mannen sto der og så på meg, meget alvorlig. Så sa han: "God jul". Og det var det eneste han sa.

Det var under krigen. Jeg ble kalt i sykebesøk til en dame i Jarfjord. Det viste seg at hun hadde inneklemt brokk. Det var vanskelig å skaffe transport til sykehuset, så hun ble plassert i baksetet i bilen min. Vi kjørte avsted, men ved Tangen bro ble jeg stanset av tysk politi. Det var falt en blindgjenger ved veien, så vi kunne ikke kjøre videre. "Ja", sa jeg, "men det er øyeblikkelig hjelp. Vi må på sykehuset så snart som mulig". Så tenkte han seg litt om. "Ja, dere får reise på eget ansvar. Men da må dere kjøre fort", sa han. Nå var jo veien veldig hullet. Jeg satte fres på motoren og kjørte avgårde alt jeg kunne og kom vel forbi. En liten stund etter sa kona: "Nå er jeg frisk !" Brokket var glidd tilbake i all ristingen. Min eldste sønn Anders var også med på denne turen, og han husker den nok.

Det var slik at jeg ofte ble oppringt sent på kvelden eller midt på natten og bedt om å komme i sykebesøk. Ved dette besøket som jeg skal fortelle om, kom jeg frem tidlig om morgenen etter mange gjen-vordigheter. Der møtte jeg pasienten med en melkebøtte i hver hånd og en sigarett i munnen. Jeg ble nok litt ergelig, og det ga jeg tydelig uttrykk for. Jeg reiste hjem igjen uten nærmere undersøkelse. Hun kunne komme på kontoret med sine plager. Nå regnet jeg med å ha fått en uvenn for livet. Men - dette var like før jul, og da jula kom ga hun meg et par deilige hjemmestrikkete strømper. Menneskekunnskap

er et vanskelig emne.

#### **4. Oslo, privatpraksis 1948-1965.**

Etter krigen nedsatte jeg meg i Oslo som privatpraktiserende lege. Til å begynne med var det nokså sparsomt med pasienter. Men det varte ikke så lenge før det ble forandring. I avisene var det en legespalte med fortegnelse over de forskjellige legers spesialitet, kontortid, osv. Jeg meldte meg på og føyet til "Også sykebesøk". Og da kom det reaksjon. Pasientene hadde manglet det man kalte "huslege". Det de hadde savnet var først og fremst å få besøk i hjemmet.

Men også annet kom til. Jeg ble lege for AA (Anonyme Alkoholikere) og sjeflege for Incognito Klinikk (for alkoholikere). Det resulterte i stadig flere sykebesøk. Delvis ble jeg bedt om besøk, delvis fant jeg det nødvendig å få et inntrykk av forholdene i hjemmet. Men det ble etter hvert så strevsomt at jeg fant å måtte trappe ned, blant annet ved lengre ferier. Jeg var jo heller ingen ungdom lenger. Jeg vil betrakte 1965 som det siste år med normal praksis. Dette året blir altså nå.

#### **Vurdering**

Den tiden som en lege bruker til sykebesøk har gått drastisk tilbake i forhold til kontorkonsultasjoner i perioden 1930-1980. Dette står for meg som en sørgelig utvikling. En kontorkonsultasjon, med stappfullt venteværelse, må ofte innskrenkes til noen få minutter, og det er selvsagt helt utilstrekkelig. Skal man få et mer fullstendig bilde av

pasienten, må man også vite litt om det miljø han lever under. For legen blir virksomheten mer interessant. Men det viktigste er de fordeler med hensyn til blant annet diagnose og behandling som kommer pasienten tilgode.

Som et apropos vil jeg anføre at utviklingen ikke har gått i samme retning for mitt vedkommende - jeg er således ikke typisk eksponent for den vanlige lege i det aktuelle tidsrom. Gjennom det meste av min praksis har jeg brukt meget tid på sykebesøk. Men jeg har arbeidet under spesielle forhold og har hele tiden kunnet legge stor vekt på sykebesøket. Det skyldes flere ting: Geografiske forhold, tuberkulose-arbeidet der jeg tillå nettopp sykebesøkene stor betydning, og arbeidet med alkoholikerne der sykebesøk viste seg å være meget nødvendig.

Gjennom hele min praksis anslår jeg at sykebesøkene tok 40-50 % av min arbeidstid. I perioder var arbeidsdagen lang - opp mot 24 timer. Reisene kunne være opptil et hundre kilometer hver vei, under ofte vanskelige forhold.

## SYKEBESØKETS BETYDNING I ALLMENNPRAKSIS

### I går, i dag og i morgen

Ivar Aaraas

Går vi tilbake til århundreskiftet, finner vi ikke tall som dokumenterer omfanget av legers sykebesøk. Men tallrike beretninger om reiser i sykebesøk vitner om at sykebesøk var vanlig den gang og ble tillagt stor betydning. I mer dramatiske tilfelle stilte buds sender opp med skyss, og legen måtte bare bli med, selv om ruten var strabasjøs og reisen kunne ta døgn (1). Fra 1920 gjorde bilen at sykebesøket ble en enkel og ofte rasjonell utvei for rask pasientkontakt i et land med spredt bosetting og lange avstander (2). Fram mot 1950-årene hadde som regel legene, og ikke pasientene, biler og kunne ta seg raskt ut.

Norske praksisregistreringer viser at sykebesøk i allmennpraksis både i antall og i andel av lege-pasientkontaktene har sunket sterkt, fra omkring 20 % i 1940- og 50-årene til 5 % på slutten av 1970-tallet (3,4,5). Felles nordisk statistikk tyder på at sykebesøksfrekvensen i Danmark og Norge ytterligere har gått litt ned utover i åttiårene. Når hverken Sverige eller Finland har spesifisert sykebesøkene i de samme statistikker, er det grunn til å tro at frekvensen der er svært lav (6). I følge Straume og Forsdahl angav knapt 30% av pasientene som søkte allmennpraktikere i Nord-Norge i 1987 at de hadde hatt hjemmebesøk



siste år (7). Tendensen til mindre sykebesøk, som er felles for hele Europa(8), finnes om mulig enda mer uttalt i Nord-Amerika (9).

### **Spørsmålstilling**

Er det stadig mindre omfanget av sykebesøk uttrykk for at denne kontaktform faktisk har liten verdi i moderne primærhelsetjeneste, og kanskje bør forsvinne? Eller er det slik at moderne allmennpraktikere har tapt synet for sykebesøkets betydning i forebygging, diagnostikk og behandling?

### **Analytisk tilnærming**

Omfattende erfaring med sykebesøk finnes først og fremst blant eldre kolleger. Et bidrag til å belyse spørsmålene foran, kunne derfor være å få eldre allmennpraktikere til å legge fram sine erfaringer og sin innsikt om sykebesøk. Blant flere forespurte, som hadde erfaring med sykebesøk fra 1920-tallet og utover, leverte en av dem, Isak Forsdahl, et personlig og reflektert svar i artikkels form, som har fått sin selvstendige plass i denne publikasjonen (10).

I det følgende vil jeg analysere enkelte utviklingstrekk ved medisinen og samfunnet i vårt århundre, som jeg antar kan være sentrale for å forklare sykebesøkernes nedgang fram til i dag. Deretter vil jeg drøfte hvordan utviklingen sammen med senere års erfaringer og kunnskap eventuelt kan si noe om sykebesøkets betydning og plass i dagens og morgendagens primærhelsetjeneste.

## **Utviklingstrekk i samfunnet og medisinen i dette århundre**

### Endrede oppfatninger om sykebesøket blant befolkning og leger

La meg starte analysen med et tankeeksperiment, som tar utgangspunkt i Jacob B. Bulls fortelling om Vesleblakken. Historien er kjent og kjær for flere generasjoner nordmenn, og tiltrekker også dagens skoleungdom (11). Fortellingen, som har stått i Nordahl Rolfsens lesebøker fra og med førsteutgaven i 1893, handler om den lille guttens observasjoner og tanker mens han utålmodig lytter etter dombjellene til Vesleblakken som tegn på at doktoren er underveis til broren som er alvorlig lungesyk. Broren overlevde. Vesleblakken døde etter å ha sprengt seg for å nå fram med legehjelp tidsnok.

Døde Vesleblakken forgjeves? - Tenker vi oss at legfolk og leger ved århundreskiftet hadde fått spørsmålet, måtte vi regne med å ha hørt et samstemt "nei". I 1990 ville nok både publikum og leger uttrykke skepsis til om legen medisinsk sett utrettet noe av betydning ved sykebesøket den gang. Men spør vi om sykebesøket var uten verdi for guttens liv og helse, er det grunn til å anta at legfolk også i dag, og i større grad enn legene, ville hevde at sykebesøket hadde sin betydning og gjerne kunne tjene som rettesnor for moderne allmennpraktikere. En slik antakelse er rimelig, ikke minst på bakgrunn av nyere publikumsundersøkelser (7,12). Ut fra dagens viten vil kritisk innstilte leger i 1990 påstå at for hundre år siden var det ingen effektiv medisin mot lungebetennelse, og i etterpåklokskap komme til at sykebesøket strengt tatt kunne vært unngått, og Vesleblakkens liv spart.

Legers holdninger og praksis springer ut fra troen på naturvitenskapelig baserte kunnskaper som overlegne og allmenngyldige i forståelse og håndtering av helse- og sykdomsspørsmål. La meg understreke at det er tale om menneskelige oppfatninger, og ikke egenskaper ved naturvitenskapen som sådan. En naturlig konsekvens har i alle fall vært å avgrense pasientkontaktene til å dreie seg mest mulig om det man mener er vitenskapelig holdbare og håndterbare fakta. Dette er lettest å få til på legens "hjemmebane", dvs. på kontoret eller i sykehuset. I pasientens hjem kommer gjerne sykdomsførsterkende og kompliserende psykososiale problemer tydeligere fram, hvilket samsvarer dårlig med legenes kunnskapsorientering, og avslører noe av moderne medisins utilstrekkelighet. Antakelig er vi her i berøring med en hoveddrivkraft bak sykebesøkets nedgang.

#### Medisinsk teknologi, spesialisering og sykehusutbygging

Legenes praksis er en rimelig og naturlig følge av en rekke naturvitenskapelige triumfer på det medisinske område. Allerede ved århundreskiftet var grunnlaget for en moderne medisin lagt. Røntgenapparatet var oppfunnet, og det var gjort epokegjørende oppdagelser innen bakteriologi. Dette orienterte den medisinske fagutvikling mot teknologisering og spesialisering utover i vårt århundre. Det medisinske utstyr ble stadig mer raffinert, men også tungt, komplisert og dyrt. Det måtte stå fast på et sted og bruken av det måtte sentraliseres. Sykehusene med sine spesialister og eksperter ble naturlige lokaliseringsteder. Pasientene måtte dit om de skulle nyte godt av utstyret.

Allikevel tok det tid før nyvinnigene kunne omsettes i praksis i større skala. Det var først etter krigen at sykehusutbyggingen virkelig skjøt fart (2). Det kan altså fastslås at sykehusutbyggingen i tid faller sammen med nedgangen for sykebesøket. Det er rimelig å anta at disse to motsatte utviklingskurver står i en gjensidig nær sammenheng.

### Endret sykdomspanorama

I begynnelsen av vårt århundre så legene til pasienter med alvorlige og til dels dødelige sykdommer hjemme. Mangelsykdommer og infeksjonssykdommer var vanlige, og blant disse var tuberkulosen spesielt utbredt (10). Ser man bort fra influensaepidemien omkring 1918, falt både den alminnelige dødelighet og dødeligheten av infeksjonssykdommer jevnt i våre forhenværende kollegers virketid. Mortaliteten var tilnærmet nede på dagens nivå før avansert farmakoterapi og moderne sykehusbehandling for alvor ble tilgjengelig fra 1950. Denne mortalitetsnedgang, før man begynte å bruke antibiotika, forteller at forbedringer i hygiene og materielle levekår i samfunnet betød svært mye for kontroll med infeksjonssykdommene (13). Etter 1950 har sykdomspanoramaet forandret seg. Bildet domineres av muskel/skjelett-lidelser, hjerte/kar-sykdommer og deres sequeler, kreft, kjønnsykdommer, psykiske besvær. Rusmiddelbruk, eksistensielle problemer og selvhelbredende tilstander av mer eller mindre alvorlig karakter hører også med i den lidelsesflora som legene stadig blir stillet overfor. Mye av denne sykkelighet har sitt utspring i helseskadelige miljø- og livsstilsfaktorer og problematiske samliv i dagens samfunn. Det synes paradoksalt

at i første halvdel av dette århundre hadde pasientene sykdommer, som moderne medisin og sykehusvesen er utviklet for å kurere, og som de i dag ville blitt innlagt for. Den gang lå de hjemme. Da institusjonene kom, var infeksjonssykdommene stort sett under kontroll. Nye sykdomsbilder, der aldrings- og degenerasjonsprosesser samt kompliserende psykososiale komponenter ofte hindrer tilfriskning, er kommet i stedet. Teknologisk orientert medisin har vist seg mindre effektiv overfor disse tilstandene. Isolert sett er derfor endringen i sykdomspanorama en dårlig forklaring på nedgangen i sykebesøk. Snarere burde det peke på sykebesøk som en potensielt nyttig kontaktform, og reise spørsmålet om hvorfor dette ikke er mer benyttet.

#### Allmennedisinen

Blant de vel 1000 legene som praktiserte i Norge i år 1900, drev majoriteten utenfor institusjon i privat praksis og som offentlige leger. Selv om spesialiserte fagområder og stillinger var opprettet ved Universitetet og på Rikshospitalet, fantes enda ingen formelt godkjente spesialister. Allmennpraksis dominerte den medisinske fagutøvelse (14). Etter at de første spesialister ble godkjent i 1918, ble allmennmedisin gradvis mer underordnet (15). I mange tiår foregikk den spennende og drivende del av fagutviklingen blant spesialistene ved universitetets klinikkene. Pasientens situasjon i hjem og nærmiljø ble mindre interessant. Allmennmedisin, som selvstendig fag, var ved å gå under. Mot slutten av 1960-tallet og utover på 1970-tallet så man behovet for en godt organisert primærhelsetjeneste, som kunne være et rimelig og

bærekraftig fundament for en institusjonshelsetjeneste som gradvis var blitt for "topptung", ukoordinert og dyr. Det betydde en oppvåkning og en renessanse for allmennmedisinen som de siste 20 år har spilt en stadig viktigere rolle både som akademisk fag og praktisk disiplin. Denne utviklingen kan spores både i Norge (16) og internasjonalt (17). I følge Statistisk sentralbyrå ble antall allmennpraktikere her i landet fordoblet fra knapt 1400 i 1974 til ca 2800 i 1986.

Hvorfor går kurven for sykebesøk nedover, når primærlegeveksten er så sterk? - Sannsynligvis fordi allmennpraktikerne på samme måte som sykehuskollegene ønsker rasjonelle og målrettede kontaktformer i tråd med sin kunnskapsorientering. Idealene fra sykehusmedisinen, som har preget utdannelsen og farget deres holdninger, gjøres også gyldige for primærhelsetjenesten. På slutten av 1970-tallet forsøkte riktignok talsmenn for allmennmedisinen å gjenopplive sykebesøket (8,18). Men virkningen uteble.

En annen forklaring på at sykebesøket fortsatt er skjøvet i bakgrunnen, kan ha sammenheng med den dominerende oppmerksomhet konsultasjonen har fått i allmennmedisinsk forskning og fagutvikling i 1980-årene, både internasjonalt og her hjemme (19,20,21). Dette har medført at viktige kommunikasjonsvitenskapelige spørsmål er satt på dagsorden ved siden av naturvitenskapelige. Samtidig har studier av kommunikasjon og lege-pasientforholdet nokså eksklusivt funnet sted innenfor rammen av kontor-konsultasjonen. Spørsmålet om kanskje pasientenes hjem av og til kunne være et mer velegnet konsultasjons-

sted enn legekantoret, er blitt viet liten eller ingen interesse.

#### Befolkningens ønsker og KOPF-idealet

Sykebesøket nedprioritering er ikke i tråd med publikums ønsker.

Kvernevikundersøkelsen viste at et overveldende flertall i en bybefolkning i 1988 så det som viktig at leger drar i sykebesøk (12). I den nord-norske pasientundersøkelsen fra 1987 mente mange at det var vanskelig å få legen hjem, og aller vanskeligst var det i byene. Ut fra dette framholder Straume og Forsdahl at det i dag foreligger et misforhold mellom befolkningens ønsker om sykebesøk og legers praksis, som det bør gjøres noe med (7). Sykebesøket er en serviceform som burde være i pakt med allmenmedisinens humanistisk orienterte "KOPF"- idealer om å være personlig og nær. Slike idealer, utfoldet gjennom sykebesøket, skulle nettopp kunne inngi tillit og trygghet og derigjennom bidra til positiv pasientmedvirkning og terapeutisk gunstige placebo-effekter. Øyensynlig taper både idealene og publikums ønsker i kampen mot hverdagens krav og effektivitetsjag. I balansens navn bør også framholdes at selv om publikum har krav på god service, er det ikke rimelig å innfri alle ønsker om sykebesøk. Forventninger og krav om at legene alltid skal rykke ut og stille opp er nok mer urealistiske i dagens befolkning enn de var tidligere i vårt århundre.

#### Kommunikasjoner, effektivitet og trygghet

Bilen som forenklet sykebesøkene i mellomkrigsårene, har i etterkrigstiden blitt et argument mot sykebesøk. Pasientene kan nå kjøre selv eller bli kjørt, - til kontoret. Og legene argumenterer gjerne med at her

har de bedre utstyr og kan gjøre en mer betryggende undersøkelse. Overfor pasientene kan sikkert påstanden virke plausibel, men den tjener nok helst vikarierende motiver, først og fremst hensynet til effektiv tidsbruk, - kanskje også legens bekvemmelighet? Uansett er det ikke til å komme i fra at sykebesøket, i det øyeblikket det gjennomføres, er klart mer tidkrevende enn en konsultasjon. Når venteværelset er fullt, vil legen ofte komme til at sykebesøk er sløsing med tiden, - både sin egen tid og tiden til dem som sitter og venter.

Telefonen er et annet moderne kommunikasjonsmiddel som har gjort det enklere for folk flest å få kontakt med lege, uten at det har slått ut i flere sykebesøk. For leger under tidspress kan telefonkonsultasjoner i seg selv være meget effektivt både for å avklare og følge opp pasienters problemer. Hvis det ikke lykkes på telefon, er ofte neste skritt å be pasienten komme på kontoret. Bare unntaksvis blir sykebesøket overveiet som noe aktuelt alternativ.

#### Tverrfaglig samarbeid

Tilveksten av nye personellgrupper i primærhelsetjenesten, for eksempel hjemmesykepleiere, hjemmehjelpere og fysioterapeuter, som ser til pasientene hjemme, har på sin måte gjort det lettere for legen å trekke seg tilbake på kontoret og unndra seg sykebesøk. Legen kan bli orientert og gi sine råd som konsulent uten å se pasienten selv. Dette gjelder helst gamle og kronisk syke. Overfor denne tyngste del av klientellet er det viktig at ansvaret for pleie, omsorg og rehabilitering er fordelt og koordinert. Samtidig blir denne gruppen særlig utsatt for at



medisinsk viktige spørsmål blir oversett, når legen ikke deltar aktivt som observatør.

### Arbeidstid

Utviklingen mot stadig kortere arbeidstid og mer fritid for legene, må også nevnes. Når en tidkrevende kontaktform som sykebesøket holder på å bli utradert, kan mye av forklaringen ligge her. For noen tiår siden var det mer naturlig for legene å se på liv og arbeid som ett. De stod i, hadde lange dager og tok ofte nettene til hjelp. I dag har man andre krav og prioriterer fritid og familiesamvær høyt.

### **Sykebesøkets plass i dagens og morgendagens**

#### **primærhelsetjeneste**

De aspekter som er trukket fram og belyst i det foregående viser at sykebesøkets nedgang i siste halvdel av vårt århundre kan forstås i sammenheng med framveksten av et spesialisert helsevesen og et moderne kommunikasjonssamfunn med høye velferdskrav. Arbeidsdeling, effektivisering og teknologisering er viktige stikkord for utviklingen både i helsevesenet og ellers i samfunnet. Spesialisert biomedisinsk diagnostikk er mindre egnet ved flertallet av de lidelsestilstander befolkningen i dag henvender seg til lege med (22,23). Bare ved 5 % av pasientkontaktene i allmennpraksis er det aktuelt å henvise til spesialist (5).

På denne bakgrunn virker det rasjonelt å bruke sykebesøket for å skaffe seg informasjon om det fysiske og psykososiale miljø der kroniske

sykdommer og komplekse symptombilder utvikles og vedlikeholdes. Påstanden om at man alltid gjør bedre undersøkelser på kontoret er derfor tvilsom, og som McWhinney hevder, "not supported by data" (17). Alkoholisme og tuberkulose, som Isak Forsdahl omtaler nærmere, er eksempler på tilstander der kartlegging av fysisk og psykososialt miljø er viktig (10). Sykebesøket blir nettopp en velegnet kontaktform for å skaffe seg rask innsikt og oversikt. Det gir legen anledning til å observere et helhetsbilde, som kan være av stor diagnostisk og terapeutisk betydning, og som det er vanskeligere å se klart på legekantoret. På sykehuset er det enda vanskeligere, og man ser heller ikke behovet for å avdekke det. Sykebesøket kan således være legens eneste mulighet for å avsløre essensielle helse- og sykdomsfaktorer for utvalgte pasienter i diagnostisk og kurativt øyemed.

Hjemmebesøket kan også ha sin misjon når man ønsker å drive helseopplysning og forebygge. I den vellykkede kostholdsintervensjonen Anders Forsdahl gjorde overfor befolkningen i Bugøynes i Finnmark tok han, i nært samarbeid med helsesøster, hjemmebesøket aktivt og omfattende i bruk. Alle husstander ble besøkt (24). Selv om betydningen av denne oppsøkende kontakten ikke kan evalueres direkte i studien, kan man vanskelig tenke seg at intervensjonen ville blitt like vellykket uten bevisst bruk av hjemmebesøk.

For egen del vil jeg hevde at noen av mine mest effektive og betryggende oppfølgingskonsultasjoner, det være seg på kontoret eller på telefon, har kommet etter forutgående sykebesøk. Når jeg har skaffet

meg innsyn i muligheter og problemer i hjemmesituasjonen, er det også enklere å vite hvilke videre tiltak som er rasjonelle. Ikke sjelden er da nettopp enkel telefonoppfølging tilstrekkelig, særlig hvis det er en pasient jeg kjenner godt og er trygg på. Muligens kan en slik trygghet og tillit i lege/pasientforholdet ha vært medvirkende, når Rokkones fant at i kommuner der legene reiste mye i sykebesøk var innleggelsesfrekvensen på sykehus lavere enn i kommuner der de reiste sjelden (25). Rene legevaktsbaserte sykebesøksformidlinger utenom dagtid, der legene som deltar ofte er ukjente for pasientene og ikke har anledning til å følge dem opp, synes i alle fall å utløse både unødvendige sykebesøk og innleggelser (26,27).)

Annet helsepersonell som i dag har tatt hjemmebesøk i aktiv bruk, har fortsatt behov for legens medisinske ekspertise og ønsker henne/ham som aktiv medspiller i den hjemmebaserte omsorgen. Men de vil, sammen med pasienter og pårørende, i økende grad miste tiltro til leger som selv aldri reiser ut og undersøker pasientene. Når situasjonen blir kritisk, vil de lett sjalte ut primærlegen og heller søke råd hos andre de oppfatter som mer samarbeidsorienterte og kompetente, spesialister og sykehusleger for den del. Slik kan allmennpraktikerne komme til å underminere sin egen rolle som koordinator og faglig nøkkelperson i det tverrfaglige samarbeidet ved å nedprioritere sykebesøket (17).

Et signal om en ny framtidig prioritering fra Legeforeningens og myndighetenes side kan spores gjennom en vesentlig hevelse av syke-

besøktakstene i normaltariffen for 1990. En undersøkelse fra 1982 viste at privatpraktiserende reiste oftere i sykebesøk enn fastlønnsleger (28). Senere har også fastlønnsleger fått anledning til stykkprisbetaling for konsultasjoner og besøk utenom fast arbeidstid. Takstforbedringer behøver derfor ikke å være eneste eller rette virkemiddel. For sterke økonomiske incentiver kan bidra til unødvendige utrykninger og gi folk forventninger om besøk for bagateller til alle døgnets tider. Hvis sykebesøk skal tjene en fornuftig hensikt, bør de være mest mulig prioritert og planlagt innenfor rammen av den daglige virksomhet. Og tjenesten bør organiseres omkring pasientens faste lege slik at det blir kontinuitet i oppfølging og tiltak. Listesystemet vil kunne bli en garanti for at det skjer, særlig i byene, der sykebesøksformidling ofte er en særtjeneste uten forankring i den daglige allmennpraksis.

La meg avslutningsvis igjen henlede oppmerksomheten på utviklingen innen biomedisinsk teknologi, som hittil i vårt århundre synes å ha fjernet medisinsk praksis fra pasientens hjem og nærmiljø. Dette kan snu seg ettersom stadig enklere utstyr og moderne tørrkjemiteknologi tas i bruk utover i 90-årene. En del undersøkelsesprosedyrer kan etter hvert flyttes fra sykehus til allmennpraktikerkontor og om nødvendig hjem til pasienten. Vi aner konturene av en utvikling som kanskje kan gi en ny dimensjon til allmennmedisinen. Men det kan også føre til en "medikaliserende" teknologiavhengighet som truer noen av allmennmedisinens særegne kvaliteter.

## Konklusjon

Vi kan fastslå at sykebesøksaktiviteten i 1990 fortsatt er lav. Den lungesyke gutten, som fikk sykebesøk i 1893 og overlevde, ville vi i dag valgt å legge inn på sykehus. Selv om det er vitenskapelig grunnløst, er det da lett å tro at vår innleggelse i dag reddet guttens liv, mens sykebesøket den gang var betydningsløst.

Som vi har gjort rede for, er det holdepunkter for at det fortsatt finnes nyttige og nødvendige indikasjoner for sykebesøk. Gode og aktuelle argumenter for mer og bedre organisert bruk av sykebesøk framføres med økende tyngde og kraft i dagens allmennmedisinske forskning og faglitteratur (7,9,17), og det kommer signaler om at bevilgende myndigheter har fattet forståelse for dette.

Det er bekymringsfullt at Rutles og Fugellis forsvar for sykebesøk i 1978 hverken ble hørt eller fulgt opp.

Er det for blåøyd å håpe at det er bedre grobunn i dag enn for 13 år siden for en harmonisk utvikling og vekst for sykebesøket, - videre framover mot år 2000?

## Litteratur

1. Pedersen A. Legeskyss anno 1885. Årbok for Malangen og Balsfjord historielag, 1988.
2. Larsen Ø. Leger i Norge. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne Fritz. Legene og samfunnet. Oslo: Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening, 1986: 367-74.

3. Vågsholm AB. Helsetiltanden under okkupasjonsårene - fra en legepraksis på Laksevåg. Tidsskr Nor Lægeforen, 1990; 110: 2197-8.
4. Bentsen BG. Illness and general practice. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
5. Rutle O. Allmennpraksis - tema med variasjoner. Rapport 8/84. Oslo: SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1984.
6. NOMESKO. Helsestatistikk i de nordiske land 1984/nr.24. København, 1986.
7. Straume B, Forsdahl A. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlege. Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3484-8.
8. Rutle O. Sykebesøk - fortid eller fremtid? Tidsskr Nor Lægeforen, 1978; 98: 1190-93.
9. Knight AL, Adelman AM, Sobal J. House call practices among young family physicians. The Journal of Family Practice, 1989; 6:638-42.
10. Forsdahl I. Sykebesøk. Minner og erfaringer fra 1927 til 1965. ISM skriftserie nr . Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 1990.
11. Skogheim D. Litteratur og identitet. Årbok for Nord-Østerdalen, 1979.
12. Thorsen O, Fugelli P, Samuelsen K. Befolkningens ønsker for legetjenesten i en bydel. Tidsskr Nor Lægeforen, 1988; 108:1102-3
13. Hodne F. Helse, medisin og befolkning: Utviklingen i Norge etter 1800. I: Larsen Ø, Berg O, Hodne Fritz. Legene og samfunnet. Oslo: Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening, 1986:33-38.

14. Kobro I. Fra 1800 til vår tid. I: Reichborn-Kjennerud I, Grøn F, Kobro I. Medisinens historie i Norge. Oslo: Grøndahl & søns forlag, 1936: 273-290.
15. Berg O. Helsetjenestens logikk. Oslo: Universitetet i Oslo, 1982: 111-137.
16. Fugelli P, Johansen K, red. Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
17. McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1989.
18. Fugelli P. Sykebesøkets fremtid. Tidsskr Nor Lægeforen, 1978; 98:1189.
19. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
20. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. In Stewart M, Roter D eds. Communicating with medical patients. London: Sage Publications, 1989:25-40.
21. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.
22. Kushner T. Doctor-patient relationships in general practice - a different model. J Med Ethics 1981; 7:128-131.
23. Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988; 318:414-8.
24. Forsdahl A. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark Fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskåttede i Sør-

Varanger kommune. ISM skriftserie nr.1. 2.utg. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, 1990.

25. Rokkones T, Forsen L. Innleggelse i sykehus - årsaker til forskjeller mellom kommuner i Møre og Romsdal. Rapport 4/82. Oslo:SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1982.

26. Borchgrevink CF, Bruusgaard D. Telefonkonsultasjon som alternativ til akuttsykebesøk. Tidsskr Nor Lægeforen, 1981; 101:398-401.

27. Rytter EC. Legevakt i en storby. Tidsskr Nor Lægeforen, 1989; 109:2539-43.

28. Kristiansen IS. Predictors of GP's practice pattern under two different reimbursement systems (manuskript upubl.)

Tromsø: Universitetet i Tromsø Institutt for samfunnsmedisin, 1990.



## KAN FOREBYGGANDE MEDISIN VERKE MEDIKALISERANDE?

Olav Helge Førde

Det var gjennom boka "Medical Nemesis" (1), som kom for femten år sidan, at Ivan Illich gjorde omgrepet medikalisering kjent. Etter kvart har ordet vorte velbrukt i den helsepolitiske debatt serleg i USA men også i eit vist mon i andre vestlege land. Omgrepet var utvikla nokre år før av sosiologen Irving Zola, som ei skildring av den medisinske profesjons aukande makt. Illich gav omgrepet ein noko anna valør. Han var serleg oppteken av dei samfunnsmessige skadeverknadane av medikaliseringa, den sosiale iatrogenese. Omgrepet har seinare også vorte brukt om dei biverknader medisinsk verksemd og det aukande konsumet av helsetenester har på enkeltindivid og samfunn. Illich si bok vart ein bestseljar og den vekte både entusiasme og harme. Den skildringa han gav av den aukande medikaliseringa av dei vestlege industrilanda, med eit umetteleg behov for helsetenester og ein tilsvarande ressursmangel, kjende svært mange seg att i. Illich's idear fekk likevel ikkje det gjennomslag dei etter mi meining fortente, og debatten om medikaliseringsprosessen tagna altfor tidleg. Hovudgrunnen var nok at Illich altfor einsidig skildra legestanden som forførande og konspiratorisk, og den kurative medisinen som skadeleg, ja direkte farleg. Når han kombinerte dette med ei for vår kultur framand

lovprising av verdiane i smerte og lidning, og ein noko uryddig omgang med dokumentasjon og referansar, stilte han seg lagleg til for hogg. Altfor mange som med rette kjende seg trua av Illich's bodskap, fann i denne kritikken grunnar til ikkje å ta den alvorleg.

Omgrepet medikalisering høyrer ein likevel av og til i bruk. Det er tenleg til skildring av den aukande plass helse og helsetenester har fått både i samfunnsliv og i folks kvardagsliv (3,4). Årsakene til medikaliseringssprosessen har ein først og fremst funne i den generelle samfunnsutviklinga, med ei aukande industrialisering og spesialisering og ein utbreidd vilje hjå folk flest til å gjere seg avhengig av dei profesjonelle, tenesteytande sektorane. I samklang med ei effektiv marknadsføring av teknologisk kurativ medisin, har utviklinga gjort det like nødvendig for mange med service på kropp og sjel som på bil og vaskemaskin.

Samstundes med at samfunnsmedisinarar flest skuva skulda for medikaliseringssprosessen over på den kurative kulturen, vart to bote-middel mot denne utviklinga lansert: forebyggande medisin og eigenomsorg. Tanken på at desse strategiane kunne forsterke utviklinga har vore fjern. Først i den seinare tid er det blitt stilt spørsmål ved om ikkje også delar av den forebyggande medisin er medskuldig i medikaliseringssprosessen.

### **Tidleg-diagnostik**

Lettast har dette vore å sjå i grenseområdet mellom den kurative og forebyggande medisin. Den mest ekspansive del av vestleg medisin i dag, er truleg tidleg-diagnostikk og helsekontrollar. Store deler av det

diagnostiske apparat både i primærhelsetenesta og i sjukehus, blir i dag brukt til å leite etter sjukdom ein eigentleg ikkje har nokon mistanke om. I den sterkt ekspanderande bedriftshelsetenesta er helsekontrollarbeidet framleis eit bærande element. I tillegg har vi, eller står vi i ferd med å innføre, nye screening-prosedyrar, til dømes bruk av ultralyd i svangerskapet, organisert tidleg diagnostikk av kreft i livmorhalsen og masseundersøkingar etter risikofaktorar for hjerte/karsjukdom. Sjøl om nytten ved desse undersøkingane er dårleg dokumentert, er det likevel langt på veg akseptert at desse tiltaka har sin plass i norsk medisin. Noko meir kontroversielle er dei nye tilboda om tidleg diagnostikk av brystkreft, dei så kalla mammografiundersøkingane. Her har for alvor diskusjonen om nytte og bivirkningar av screening blussa opp.

Med relasjon til medikaliseringsdebatten har desse tilboda formidla to budskap til befolkninga:

1. Du skal ikkje tru du er frisk fordi om du kjenner deg frisk!
2. Utan bruk av avansert medisinsk teknologi er det uråd å seie om eit menneske er friskt.

At den første budskapen har redusert folks tryggleik, auka den generelle angsten for sjukdom og gjeve vesentleg auke i pågangen på legekontora, kan det neppe herske nokon tvil om. Dette er ein pris eller utgift som sjeldan blir teken med når nytten av tidleg diagnostikk eller helsekontrollar blir vurdert. Den andre budskapen har for det første sett fart i diffusjonen av medisinsk teknologi til førstelinjetenesta. I USA er blodtrykksapparat og klinisk kjemi jamvel på veg inn i heimane til folk. Mange nyttige teknologiske framsteg har sin sjølvsgade

plass i førstelinjetenesta. Men den ukritiske bruk som ofte følgjer i kjølvatnet, er ressursøydande og svekkar allmennlegane sin tillit til egne kliniske undersøkingar. I tillegg ligg det i den andre budskapet ei umyndiggjering av folk sine vurderingar av eiga helse, deira kroppskjensler og egne erfaringar. Det hjelp til dømes svært lite om ei gravid kvinne er hundre prosent sikker på både dag og tidspunkt for konsepsjonen, når ultralydscreeningen viser at ho tek "feil" med to dagar. Det er apparatet som har rett, og termin blir fastsett etter det.

Sjølv om ein i den seinare tid har sett ein gryande skepsis til screening-program og rutinebruk av teknologi og testar, manglar det mykje på at den har slått rot i den norske legestand. Legar generelt har alltid hatt ein tendens til å undervurdere biverknader både av terapi og diagnostikk. Dette har lenge vore eit problem andsynes enkeltpasientar. I enno sterkare grad vil dette gjelde når biverknadene ikkje rammar den enkelte pasient som medisinske tilstandar, men snarare er ein umerkeleg påverknad av alle pasientar og dermed heile samfunnet. Når pasientane møter opp att med nye krav om "check-ups" eller utredningar, helst hjå spesialistar med fin apparatur, kallar dei naive eller pengeglade det for "behov" og dei kritiske det for "kravmentalitet". Få ser den rollen dei sjølve har hatt som "oppdragarar" og som regisjorar for medisinens nye rolle. Enno færre har forståeleg nok ryggrad til å stå i mot krava.

Bruk av teknologi gir, ved sida av nøgde pasientar, både prestisje og inntekter. Særleg det siste har hatt ein uheldig verknad på bruken av celleprøver frå livmorhalsen. Enno tydelegare ser vi dette i den private

marknadsføringa av mammografi-screening. Det er heller ikkje lett å få gjennomslag for biverknadsargument og åtvaringar om medikalisering når dei rammar tenester som er så overmåte populære som helsekontrollar og screeningar er. Mykje kan seiast om den tryggleiken folk kjenner etter slike undersøkingar, og ikkje alt som kan seiast er negativt.

Det står likevel att at det aller meste av denne tryggleiken er falsk, og at den oftast er kortvarig. Det vil igjen seie at den ganske snart fører til behov for å få slått fast sin "frisk-status" på ny. Tryggleiken blir gradvis erstatta av uro, angst og skuldkjensle og intervalla mellom kvar "frisk-status" blir kortare og kortare. Det ville truleg, dersom ein hadde ressursar nok eller fann grupper som var villige nok til å betale, ikkje vere noko problem å skape behov for kvartalsvise totalscreeningar med til dømes computertomografi. Dei få som fekk oppdaga sjukdom og dei mange trygge og nøgde ville vere levande marknadsførarar.

### **Forebyggande helsearbeid og eigenomsorg.**

I motsetnad til tidlegdiagnostikk og screeningprøver som på mange måtar er avleggarar av den kurative medisinen, har andre deler av den forebyggande medisin fått status som eit slags forsvarsverk mot medikaliseringa. Med helseopplysning og opprusting av eigenomsorg skal ein bringe "helsa tilbake til folk". Meir kunnskap, både om det sunne liv og om korleis dei skal stelle seg ved mindre alvorlege sjukdomar, vil setje folk i betre stand til å greie opp i eigne problem. Slik vil dei også bli meir uavhengige av dei medisinske profesjonane, som på

si side kan konsentrere sin innsats og sine ressursar på område der dei er uunnverlege. Teorien er både logisk og besnærande.

Spørsmålet vi bør stille er likevel om helseopplysning og eigenomsorg så langt har hatt denne effekten. For å ta eigenomsorg først. Den som har arbeidd i felten har neppe unngått å møte vetskremde pasientar som har forlese seg på legebøker eller familiens sjukdomsleksikon. Slik angst kan vere både vanskeleg og ressurskrevjande å lækje. Nå er slike enkelt-tilfelle sjølv sagt ikkje noko argument mot eigenomsorg generelt. Kanskje det store fleirtal tek mot slike kunnskapar utan at irrasjonell angst blir skapt. Eg kjenner meg likevel ikkje sikker på at så er tilfelle. Sjølv mellom medisinarstudentar er det ei kjent sak at enkelte blir "sjuke" av å høyre om symptom og sjukdommar, og i mitt eige kull hadde eg ein mannleg kollega som berre kjende seg frisk i tre månader av det seks år lange studiet. Det var den terminen det vart undervist i gynekologi og fødselshjelp.

Sikkert er det iallfall at det ikkje er likegyldig kva type kunnskap som blir gjeven, og det er svært vanskeleg å gje medisinske kunnskapar utan å skape sjukdomsangst og auka etterspørsel etter helsetenester. Ikkje all kunnskap er såleis frigjerande. Den kan til og med skape avhengigheit. Lenge meinte eg at naturmedisin og helsekost var gode motvektar mot kurative tilbod og tendensen til å ta "ein pille mot alt som er ille". Eg er etter kvart komen i tvil om kanskje det ikkje dreier seg om ei motvekt, men om eit supplement. Når ein pille, ein urtete eller ein joggetur blir brukt som remedier av folk som er opphengt i alt som er ille, er vi kanskje like langt. Noko er rett nok vunne ved at folk greier seg sjølv,

ein joggetur eller ein kopp urtete er langt å foretrekke framfor overfylte venterom og unødvendige konsultasjonar. Men vi er like langt dersom vi har senka terskelen for når folk føler seg sjuke og triv til remedier. Slik kan eigenomsorg i seg sjølv bli sjukdomsskapande.

Har så helseopplysning som nettopp skulle vere botemiddelet mot medikalisering fungert etter føresetnadane? Eit stykke på veg har det nok det. I oppfordringane til eit sunt liv og ei god helseatferd, ligg også ei oppfordring til å ta ansvar for eiga helse. Men også på helseopplysningssida er det gjort feil som heilt sikkert har verka mot si hensikt. Den viktigaste årsaka til dette er at vi i marknadsføringa av det sunne liv har vore altfor raske til å spele på sjukdomsangst og frykten for ein brå død som argument for atferdsendingar. Når dei langsiktige gevinstane blir sett i fokus som grunngeving for ein livsstil, vil det uvegerlig føre til kronisk opptattheit av sjukdom. Sjølv om atferdsendingar som blir skremt på folk i regelen har kort levetid, sit offeret gjerne att med skuldkjensle og auka sjukdomsangst. Dette vil igjen stimulere til nye shoppingrundar i helsetenesta.

Desse tankane om medikalisierende effektar av helseopplysning og eigenomsorg, er spissformulert og spekulative. På dette område har vi lite kunnskap. Sikkert er det likevel at det er vanskeleg, ja kanskje umogleg for dei miljøa som til nå har hatt hand om helseopplysninga, å drive denne utan å fokusere på sjukdom. Ein skal ikkje bla lenge i det som er produsert av helseopplysningsmateriell til nå, før det slår ein i augene. Aksjonar i tråd med det nye in-ordet "positiv helse" er unntaka.

"Positiv helse" finn ein gjerne saman med andre nye honnørord som

"health promotion" og "holistisk" tilnærming i nyare helseopplysningslitteratur. Først etter at ein fann ut at kunnskap i seg sjølv sjeldan fører til atferdsending, i alle høve i dei breie lag av folket, vart opplysningslinja forkasta.. Ein gjekk så inn i ein fase med overtalelse eller glatt marknadsføring. Heller ikkje det har vist seg å føre fram. Det nye nå er at folk sjøl skal setjast i stand til å ta helsevalg på grunnlag av egne erfaringar og verdiar. Utviklinga fram til denne strategien representerer tvillaust eit stort framsteg. Her har vi kanskje funne ei målsetting som i alle høve ikkje forsterkar medikaliseringa.

Men også her lurar farane. Hjø medisinsk personell, også hjå dei som blir frelst for den holistiske tilnærmingmåten, bli gjerne helse som verdi ståande i sentrum. Alle andre tilhøve og livsfenomen blir sekundære til helsa. Å møte slike nyfrelste der tilværet blir retta inn mot eit mål, å fremme helsa, kan vere skremmande. I strevet etter det risikofrie liv blir helsemedvetet eit fengsel som stengjer ein ute både frå utvikling, oppleving og sosial omgang. Skal ein i tillegg gå rundt og "lytte til kroppen sin", er eg redd svært mange blir tvangsmessig opptatt av kroppsfunksjonar og kroppsfornekkelsar. Vegen til apoteket eller legekontora blir gjerne kort.

Skal vi såleis verkeleg komme nokon veg i kampen mot medikaliseringa, må vi gje folk realistiske forestillingar om kva forebyggjande og kurative tenester kan by både av nytte og skade. I tillegg må vi gje dei trua på eiga helsa tilbake.



## **Litteratur**

1. Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York: Pantheon, 1975.
2. Zola I. Medicine as an institution of social control. Sociol rev 1972; 20: 487-504.
3. Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. Int J Health Serv 1980; 10: 365-88.
4. Førde OH. Helse - eit livsmål eller ein verdi? Utposten 1988;7:322-6.

## **ALLMENNPRAKTIKERENS PLASS I HIV-BEKJEMPELSEN:**

### **BARE I FESTTALENE?**

**Knut Arne Holtedahl**

Jeg tror det er i Anders Forsdahls ånd at hans festskrift inneholder et kritisk blikk på festtalene. På AIDS-kongresser, i helsepolitiske taler og i tidsskriftledere (1,2) framheves primærhelsetjenestens viktige rolle i epidemibekjempelsen. Samtidig er allmennpraktikerne ganske anonyme på de samme kongressene, og organisert testing, diagnostikk og klinisk oppfølging for HIV integreres stadig sterkere i annenlinjetjenestens infeksjons-, hud- og andre poliklinikker. Tjenestene tilbys delvis som førstelinjetjenester, ved at pasienter kan henvende seg direkte. Dette mønsteret går igjen i de fleste land.

Det er sannsynlig at stadig flere allmennpraktikere vil få å gjøre med HIV-positive pasienter. Omfanget av tjenester til den enkelte pasient er så stort at annenlinjetjenesten ønsker å frigjøres fra enkelte sider ved oppfølgingen. I Norge er det ennå uvanlig at en allmennpraktiker har HIV-positive i sitt klientell, men dette er ganske vanlig i Sentraleuropa og USA. Nesten alle allmennpraktikere har erfart hvor viktige vi blir for kreftpasienter som vi følger i kanskje tre-fire år fram mot terminal omsorg - og hvor viktige disse pasientene blir for oss. Det er ganske sikkert at mange av oss i det neste tiår kommer til å følge enkelte HIV-

positive pasienter på denne måten. Allerede nå har de fleste allmennpraktikere hatt berøring med rådgivning av pasienter som har hatt spørsmål knyttet til HIV-infeksjonen.

Hvis allmennpraktikernes rolle skal være noe mer enn passiv overtakelse av pasienter fra annenlinjetjenesten, bør de ha noe å tilby som andre deler av helsetjenesten ikke har. For at allmennpraktikerne skal bidra effektivt til epidemibekjempelsen, må de i tillegg ha kompetanse for HIV-relatert arbeid, både kunnskaps- og holdningsmessig. Denne artikkelen omhandler vansker og muligheter for slikt arbeid.

### **Behov for særomsorger**

HIV er sannsynligvis et av de få områdene (3) der det virkelig er behov for særomsorger som endel av helsetjenestens førstelinjetilbud. De to klart viktigste risikogrupperne utenom Afrika er menn som har sex med menn, og sprøytebrukere. Få allmennpraktikere kan identifisere mer enn et fåtall av de homofile i den lokale pasientpopulasjonen, og stoffmisbrukere har sjelden noe stabilt eller tillitsfullt forhold til allmennpraktiker. Videre er det behov for egne prevensjonskontor for ungdom (4). Det er minst to viktige forutsetninger for at ungdom skal benytte slike tjenester; tilgjengelighet uten timebestilling, og helst gratis tjenester. Allmennpraktikere flest har i sin vanlige praksis problemer med å oppfylle disse forutsetningene. Gruppen eldre tenåringer kunne man ellers tenkt seg som en viktig målgruppe for allmennpraktikerens profylaktiske arbeid, der mer abstrakt lærdom fra skolesituasjoner ble omsatt til individuell rådgivning, knyttet både til HIV og til seksuelt

overført sykdom i alminnelighet.

En mulig løsning for slikt ungdomsarbeid er å knytte det til den lokale helsestasjon med deltakelse av helsesøster og allmennpraktiker (5). Men de to andre gruppene krever mobilisering utenom allmennpraksis. Hvordan det bør skje, er ikke tema her. Allmennpraktikeren kan i beste fall supplere slikt arbeid. Når allmennpraktikeren til nå har beholdt sin plass i festtalene, kan det komme av at basalforskere og helsepolitikere erkjenner et behov for desentralisert diagnostikk og oppfølging utover det særomsorgene kan tilby. Allmennpraktikeren har allerede etablert profesjonell kontakt med store deler av befolkningen. Til en viss grad lever hun eller han i og med lokalkulturen og har mulighet for å velge den riktige inngangsporten til folks hjerte og forstand. Her er allmennpraktikerens muligheter spesielle i forhold til resten av helsetjenesten. På samme måte som allmennpraktikeren vil komme til kort i HIV-relatert arbeid uten særomsorger, finnes det store deler av befolkningen som aldri vil ta kontakt med særomsorgene. HIV-prevalensen vil oftest være lav i disse befolkningsgruppene og holde seg slik de nærmeste årene, men HIV-relatert helsearbeid kan likevel være viktig nok.

### **Seksualvaner**

Fra flere land foreligger seksualvaneundersøkelser som forteller at store deler av befolkningen har en seksualadferd som ikke dekkes av begrepet sikker sex: abstinens, monogami eller konsekvent kondombruk. Kinseyrapporten (6) er klassikeren fra USA, og nyere befolknings-

undersøkelser finnes blant annet fra Norge (7), England (8) og Frankrike (9). Seksualadferd hos pasienter i allmennpraksis er belyst i en fransk-norsk undersøkelse (10). Pasienter i alderen 18-49 år fikk i en to ukers periode høsten 1988 utdelt et anonymt spørreskjema om HIV-testing, mulighet for blodsmitte, og seksualadferd. Skjemaet skulle utfylles i venterommet og leveres i gjenlimt konvolutt i ekspedisjonen. De aller fleste skjema ble levert tilbake, og 88% var tilfredsstillende utfylt. Omkring 40% av de mannlige og 30% av de kvinnelige pasientene i begge land anga mer enn en seksualpartner de siste to år. Angitt konsekvent kondombruk med ny partner var omkring ti prosent med endel variasjon for kjønn og land. Andelen med mer tilfeldig kondombruk var omtrent dobbelt så stor. Som i den norske seksualvaneundersøkelsen (11) syntes kondombruk å være nokså tilfeldig relatert til risiko (10).

Seksualadferd med teoretisk smitterisiko ble definert som mer enn én sex-partner kombinert med enten ikke-konsekvent kondombruk eller med analsex, eller med fellatio for kvinner. Omtrent en tredjedel av svarerne syntes å ha slik teoretisk smitterisiko. Andelen var noe høyere for menn enn for kvinner, men bemerkelsesverdig lik for franske og norske allmennpraksispasienter i den aktuelle aldersgruppen (10).

Den klareste definerte risikogruppe allmennpraktikerne møter, er pasienter med mikrobiologisk bekreftet seksuelt overført sykdom (SOS). I en kasus-kontroll-undersøkelse ble endel av de norske pasientene fra materialet ovenfor brukt som tilordnede kontroller (12). Pasienter med sannsynlig seksuelt overført sykdom var blitt ekskludert fra dette

materialet.

Kvinnelige pasienter med seksuelt overført sykdom hadde signifikant flere mannlige partnere enn kontrollpasientene. Antallet mannlige pasienter var for lavt til å trekke slutninger om dem. I SOS-gruppen var det mer usikkerhet omkring sex med mulig HIV-positiv person (12). Verdens helseorganisasjon (WHO) har gitt klare anbefalinger om å følge opp pasienter med SOS som risikogruppe for HIV (13). Det er ingen tvil om at dette er en viktig holdning, og aktiv infeksjon i kjønnsorganene gir sannsynligvis betydelig økning i sjansen for smitteoverføring ved samleie med HIV-positiv person. Men forskjellen i seksualadferd mellom pasienter med og uten SOS er sannsynligvis av mindre betydning for smittespredning enn det at en betydelig andel i allmennpraktikerens alminnelige klientell skifter partnere og er lite interessert i kondombruk. Et tilleggsproblem for allmennpraktikere er at SOS-infeksjon kan være vanskelig å identifisere klinisk. Mange infeksjoner er stumme, og mange pasienter med SOS-suspekterte symptomer har negativ bakteriologi (12).

### **Dunkle kroker**

Skal vi være med på å redusere mørketall for HIV-infeksjon, må vi være åpne for kompleksiteten i folks seksualvaner. Likevel ville det på kort sikt være liten grunn til å frykte større økning i mørketallene hvis homofile var konsekvent homofile, alle andre partnerforhold heteroseksuelle, og analsex var forbeholdt homofile menn. Slik er det ikke, og her er vi inne på områder som de fleste vil føle er adskillig mer intime

enn det å angi et partnertall i løpet av en oppgitt tidsperiode.

Spørreskjemaene svikter her.

Det er et fellestrekk ved seksualvaneundersøkelser flest at homofil praksis ikke angis i et omfang som gir valide data. I tillegg er det slik at et flertall av de menn som angir sex med menn, også angir å ha hatt sex med kvinner (7,10). Det er sannsynligvis reelt at av alle menn som praktiserer sex med menn, er det et mindretall som er rent homofile (6). De fleste steder i Norge har organisert homofile samarbeidet helhjertet med HIV-særomsorgene og gjort en kjempeinnsats for å opprettholde høy testaktivitet i sine miljøer. Mange homofile med høyt partnertall er nådd på denne måten, og sikker sex praktiseres i betydelig grad i de organiserte miljøene. Likevel har en evaluering av virksomheten ved Tromsø kommunale helsekontor (AIDS-kontoret) nylig vist at mens kontoret har nådd fram til og testet de aller fleste stoffmisbrukerne i byen, er test- og rådgivningsdekningen for homofile adskillig lavere (Aars H, FH-oppgave, Universitetet i Tromsø 1990). Det er to mulige forklaringer på dette; enten er rådgivningsvirksomheten og testaktiviteten for menn som har sex med menn utilfredsstillende, eller så er det ganske mange menn som selv i det beskyttede særomsorgs-miljøet ikke gjennom spørreskjema vil la helsepersonell få vite at de har hatt sex med personer av eget kjønn.

Andelen kvinner som praktiserer reseptiv analsex sporadisk eller regelmessig er slett ikke ubetydelig, kanskje ti prosent av de seksuelt aktive i vår del av verden (14,15). Bifile menn må antas å være blant deres partnere. I Brasil (16) og sannsynligvis flere steder i Latin-

Amerika angis bifile menn som et vesentlig smitteledd mellom homofile og heterofile miljøer. Fem prosent av en gruppe gravide kvinner i Oslo anga seksuell kontakt med stoffmisbruker eller bifil mann (17). Det er sannsynlig at endel av de ikke-erkjente HIV-seropositive i vårt land er bifile menn og noen av deres mer eller mindre uvitende partnere, nettopp fordi de bare i begrenset grad fanges opp av særomsorgenes testapparat. Sine helsetjenester vil de sannsynligvis søke i den ordinære primærhelsetjenesten. Skal noen fange dem opp før de utvikler AIDS, er allmennpraktikerne kanskje de nærmeste.

### **Allmennpraktikernes forutsetninger**

Vi nærmer oss problemets kjerne. Skal vi som allmennpraktikere delta effektivt i HIV-bekjempelse, må vi lære våre pasienter bedre å kjenne på områder vi hittil lite har våget oss inn på. Enkelte gode kort har vi utvilsomt: Vi arbeider i pasientens nærmiljø, mange pasienter kjenner oss fra tidligere, vi har erfaring fra forskjellige typer helseopplysningsarbeid, og vi er vant til å betrakte sykehistorien som en viktig innfallsport til diagnostikk og behandling. Men i dette tilfelle dreier det seg om sykdommer hvor opplysninger om pasientens seksualpraksis er helt vesentlig for å forstå smitteveier, behandlings- og forebyggingsmuligheter. Det er mildt sagt at vi her er dårlig rustet. Spørsmål om seksuelliv begrenser seg for mange leger til å spørre om partnerbehandling er aktuelt ved påvist SOS. I California i 1986, da HIV hadde vært et hett media-tema lenge, var det bare ti prosent av primærlegene som stilte spørsmål spesifikke nok til å identifisere



pasienter med høy risiko for HIV (18).

Vårt handicap er forståelig. Vår teoretiske kunnskap endrer ikke på det at vi bærer med oss de samme hemninger som pasientene, at vi selv i våre "Se og Hør"-tider synes bluferdigheten bør få en sjanse, og at det finnes dybder i folks privatliv som de bør få ha i fred, så lenge de ikke selv søker psykoanalytiker.

Spørsmål om pasienters seksualliv krever en godt etablert kontakt mellom pasient og lege, og en stor porsjon takt fra legens side. Men kanskje er tiden inne til å legge vekk noe av det i våre egne fordommer som fremmer ulysten til å spørre, og i stedet holde fast på en god legeholdning: **at der hvor pasient og sykdomsbekjempelse er tjent med at skjulte forhold kommer fram i lyset, der er det mulig å spørre forutsatt at man lar pasienten forstå hvorfor man spør.**

Det er ingen grunn til å bagatellisere vanskene forbundet med dette. Folk som ikke ser noen umiddelbar gevinst i å gi korrekte opplysninger, vil i mange tilfelle velge å lyve (19). Uvilligheten til å opplyse om sex med personer av samme kjønn (10) vil sannsynligvis påvirke svar som allmennpraktikeren får. Folk med flere partnere vil i første omgang nøye seg med å opplyse om den siste eller mest faste, og bifile vil i det lengste holde fast ved egenpresentasjon som heterofil. Det er neppe riktig å gå så langt som det blir anbefalt i en amerikansk artikkel, at en grundig seksual- og narkotika- anamnese blir del av enhver rutinemessig helsekontroll (20). Spesifikke spørsmål om homofil praksis og sprøytebruk hos pasient eller pasients partner bør likevel søkes alminneliggjort. Det samme gjelder spørsmål om en person lever monogamt eller har

flere partnere. Sivilstand gir bare begrenset veiledning her.

Uvillighet til å svare må alltid respekteres. Men endel pasienter, kanskje de fleste av de som blir spurt, vil forstå og tilmed være takknemlig for legens åpning for å ta opp forhold knyttet til seksuallivet. De mest konkrete spørsmålene kan besvares kort og greit, samtidig som legen må være forberedt på å bruke tid på mange slags spørsmål som pasienten nå lar komme til overflaten. Et viktig biprodukt av større legeinteresse for seksualspørsmål, kan bli større innsikt i identitetsproblemer hos pasienter med tykke journaler og mange slags somatiske og psykosomatiske symptomer. Men sannsynligvis er det to forutsetninger som legen må oppfylle for å kunne håpe på pålitelige svar:

1. Legen må kunne formidle at opplysningene kan være viktige for best mulig vurdering av behandling eller forebygging av sykdom.
2. Legen må inngi pasienten tillit til at det som blir fortalt, blir respektert, og ikke moralisert over.

### **Konklusjon**

Konsultasjon mellom pasient og allmennpraktiker bør ofte utnyttes til diagnostisk og forebyggende HIV-relatert arbeid. Til dette trenger allmennpraktikere kunnskap om HIV-infeksjonen. En annen forutsetning for slikt arbeid er at det kommer fram opplysninger knyttet til den enkelte pasients seksualliv. Allmennpraktikere er i dag holdnings- og vanemessig dårlig rustet til å møte denne utfordringen, og mange pasienter vil nøle med å gi relevante og riktige opplysninger. En ganske

omfattende holdningsendring er derfor nødvendig både blant leger og i befolkningen generelt. Holdningsendringen er neppe umulig å gjennomføre og er antakelig allerede på vei inn hos den yngre delen av allmennpraktikernes klientell. Legen må i første omgang bearbeide egne holdninger, i første rekke når det gjelder å godta og kunne snakke om seksualadferd, også slik adferd som hun eller han ikke selv kunne tenke seg å praktisere.

I tillegg må rådgivning om sikker sex være saklig. Ubeskyttet sex med en partner kan være farlig mens beskyttet sex med ti partnere sannsynligvis er ufarlig. Eneste saklige grunn til å råde folk til å redusere partnertall, er de store motforestillingene som mange knytter til kondombruk. Et monogamt homofilt forhold er like ufarlig som et monogamt heterofilt forhold.

Det er ingen annen vei til erfaring enn å begynne. I mange tilfelle kan det være bra å være eksplisitt om hvorfor du spør. HIV er ikke eneste grunn, opplysninger om seksualadferd har betydning for forståelse av all seksuelt overført sykdom. Spør konkret, slik det er angitt ovenfor. Kanskje er det enklest å starte med pasienter hvor seksuelt overført sykdom er påvist. De vil nokså lett kunne forstå at du har medisinske grunner for å nærme deg seksualspørsmål. Kanskje kan du velge ut enkelte pasienter du kjenner som åpne eller seksuelt aktive og betro dem dine vansker med å spørre om dette. Spør, uten å be om opplysninger om dem, hvordan de synes du skal nærme deg problemet. Seksualitet er ikke et område hvor man oppnår noe ved å demonstrere sin suverenitet som lege. Usikkerhet hos legen er naturlig og kan gi

spørsmål.

### Litteratur

1. Usignert. AIDS, HIV and general practice. J R Coll Gen Pract 1987; 37: 289-91.
2. Usignert. Family Physicians meet the challenge of AIDS. Am Fam Phys 1987; 35: 99-100.
3. Aplfs fagutvalg. Særomsorger - til gagn eller ugagn? Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2753-5.
4. Bull. Njå T, Fundingsrud HP. Prevensjonskontorene. Et nødvendig supplement til primærhelsetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1983; 103: 1798-1802.
5. Petersen G. Infeksjon med Chlamydia trachomatis and HIV-virus blant norske tenåringer. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 1526-7.
6. Kinsey Ac, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders, 1948.
7. Sundet JM, Kvaalem IL, Magnus P, Bakketeig LS. Prevalence of risk-prone sexual behavior in the general population of Norway. I: Fleming A, red. The global impact of AIDS. New York: AR Liss, 1988: 53-60.
8. Johnson AM, Wadsworth J, Elliott P et al. A pilot study of sexual lifestyle in a random sample of the population of Great Britain. AIDS 1989; 3: 135-41.
9. MoattiJP, Dab W, Bajos N et al. Perception de SIDA et modifications des comportements sexuels. Le Concours Medicales 1989; 11: 1971-6.

10. Holtedahl KA, Doumenc M, Steinert S, Roghell PK. Selective HIV-related attention in general practice: is it impossible? A French-Norwegian study. *Health Policy* 1990; 14: 203-16.
11. Sundet JM, Magnus P, Kvaalem IL, Bakketeig LS. Kondombruk i forhold til risikoadferd i den hetroseksuelle norske befolkning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1989; 109: 3341-3.
12. Holtedahl KA, Doumenc M, Steinert S, Roghell PK. Patients with sexually transmitted disease: a well-defined HIV risk-group in general practice? Akseptert for publisering i *Family Practice*, March 1991.
13. WHO. Prevention of sexual transmission of human immunodeficiency virus. WHO AIDS Series; 6. Geneva: WHO, 1990.
14. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS, Gerdle B. Sexuellt valbefinnande i en nordsvensk stad. *Socialmedicinsk tidskrift* 1987 nr. 7-8: 322-5.
15. Bolling DR, Voeller B. AIDS and hetrosexual anal intercourse. *JAMA* 1987; 258: 474.
16. Cites E, Detels R, Aboulafia D et al. HIV-1, IV-2, and HTLV-I infection in high risk groups in Brazil. *N Engl J Med* 1989; 320: 953-8.
17. Petersen G, Johannessen K, Grunfeld B, Ulstrup J. Risiko for HIV-infeksjon hos gravide kvinner i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1988; 108: 763-5.
18. Lewis CE, Freeman HE. The sexual history-taking and counseling practices of primary care physicians. *Western J Med* 1987; 147: 165-7.
19. Cochran SD, Mays VM. Sex, lies and HIV. *N Engl J Med* 1990; 322: 774-5.

20. Rhame FS, Maki DG. The case for wider use of testing for HIV infection. *N Engl J Med* 1989; 320: 1248-53.

# PÅVIRKER KRONISK SYKDOM HOS FORELDRE OG SØSKEN RAPPORTERING AV MAGEPLAGER?

Roar Johnsen

## Sammendrag

I en silingsundersøkelse for risikofaktorer for koronar hjertesykdom besvarte 14.667 personer et spørreskjema om bl.a. helse, livsstil og sosiale forhold. I skjemaet inngikk spørsmål om mageplager og sykdom i familien.

Frekvensen av rapporterte mageplager ble undersøkt hos menn og kvinner i forhold til familiebelastning av kroniske sykdommer. Analysen er justert for alder, røyking og utdanningslengde i en multippel covariansanalyse. Mønstrer for menn og kvinner var ulikt. Hos kvinner hadde sykdom hos kvinnelige slektninger, hovedsaklig mødre, størst betydning for mageplage-rapporteringen. Blant menn var rapportering mere avhengig av sykdommens natur enn av slektningens kjønn.

Sykdom i familien kan påvirke sykdomsatferd både gjennom læring av atferd, angstskaping gjennom identifisering, og ved at sykdom påvirker familiens sosiale status.

Uavhengig av mulige forklaringer på sammenhengen mellom sykdom i familien og symptomrapportering vil kjennskap til forekomsten av kronisk sykdom i familien ha interesse ved f. eks. tolkning av forskjeller i symptomrapportering i spørreskjemaundersøkelser. Videre vil det være

av nytte å ha kunnskap om sykdomsmønstret i familien når en skal prøve å forstå pasienter med vedvarende funksjonelle plager.

### **Innledning**

Irritabel tykktarm og dyspepsi uten magesår oppfattes som funksjonelle tilstander. Livsstil, sosiale forhold og psykiske faktorer er funnet å være sterkt knyttet til rapportering av slike plager (1,2). Også psykisk sykdom, livskriser, ulike personlighetstrekk, og rapportering av multiple andre symptomer er i varierende grad angitt å ledsage funksjonelle mageplager (3-6).

Kulturelle, miljømessige og sosiale forhold har betydning for både vår erkjennelse av plager og vår atferd når vi blir syke (4,7). Identifikasjon med de som er syke (3) og læring av sykdomsatferd, er mekanismer som har betydning for vår atferd (8). I familien synes sykdom hos mor å påvirke barns sykeatferd i langt større grad enn sykdom hos far (9).

Målsettingen med denne undersøkelsen var å se på sammenhengen mellom rapportering av plager som vi forbinder med irritabel tykktarm og dyspepsi uten magesår, og angivelsen av ulike sykdommer hos første-grads slektninger.

### **Materiale og metode**

I en silingsundersøkelse av riskikofaktorer for koronar hjertesykdom i Tromsø 1979-80 ble alle menn født i 1925 til 1959 og alle kvinner født i 1930 til 1959 invitert til å delta, totalt 21.440 personer. 16.621 personer møtte, og 14.667 besvarte et spørreskjema om helsemessige forhold,



bl.a. ulike mageplager, sykdom i familien, livsstilsvaner og sosiale forhold.

I spørreskjemaet inngikk 4 spørsmål om mageplager: "Er du ofte plaget med smerter øverst i magen?", "Har du ofte sure oppstøt eller halsbrann?", "Plages du med knipsmerter i magen?" og "Er du ofte plaget av rumling og oppfyllthet i magen?", alle med ja/nei svar. De som anga å ha eller ha hatt magesår, nyrestein eller gallestein ble ekskludert fra analysen. I tillegg ble alle som fram til 1987 hadde fått diagnostisert magesår ekskludert, da deres mageplager ble satt i sammenheng med magesårsykdommen.

Videre ble det spurt om foreldre eller søsken hadde eller hadde hatt leddgikt, sukkersyke, hjerneslag, kreft eller magesår. De med slektninger som hadde hatt disse sykdommene ble inndelt i: alle slektninger med aktuell sykdom, bare mannlige eller bare kvinnelige slektninger hvor de øvrige sykdomsgrupper ble ekskludert fra analysene.

Rapportering av en eller flere plager er brukt som effektvariabel. I tidligere undersøkelser er utdanning og sigarettøyking funnet å være assosiert med rapportering av slike plager (1,2). Av den grunn ble frekvensene av rapporterte plager justert for alder, utdanningslengde og sigarettøyking ved hjelp av kovarians analyse (10).

Forskjeller i justert frekvens av rapporterte mageplager hos de med og uten slektsbelastning ble testet med kji-kvadrat test.

## **Resultat**

Tabell 1 viser frekvensene av rapporterte mageplager hos menn med og

uten førstegradsslektninger med henholdsvis leddgikt, sukkersyke, hjerneslag, kreft og magesår. Menn med foreldre/søsken med leddgikt, kreft og magesår rapporterer signifikant hyppigere mageplager. Den prosentvise forskjellen er størst for leddgikt hos slektningene. Deles slektningene i kvinnelige og mannlige, hvor mødre og fedre utgjør den alt vesentlige andelen, er det leddgikt hos kvinnelige slektninger, og kreft og magesår hos mannlige slektninger som er knyttet til økt rapportering av mageplager.

For kvinnene er mønstret annerledes. Det er en signifikant forskjell mellom de med slektninger med leddgikt, slag og magesår og de uten slike sykdommer i familien, når det gjelder frekvensen av rapporterte plager. Størst forskjell er det også her mellom de med og uten leddgikt i familien. Deler vi også her slektningene i kvinnelige og mannlige ser en at størsteparten av forskjellene skyldes sammenhengen med syke kvinne-lige slektninger. Forskjellene i frekvensen av rapporterte mageplager hos kvinner med og uten mannlige slektninger med sykdom er liten, med unntak for de med fedre med magesår.

## **Diskusjon**

Rapportering av mageplager forenlig med irritabel tykktarm og dyspepsi uten magesår har sammenheng med både alder, livsstil, sosiale forhold og angivelse av psykiske plager i Tromsø (1,2). Imidlertid har sammenhengen med sykdom i familien ikke vært analysert og er derfor undersøkt separat.

En innvending er at det ikke er foretatt diagnostiske undersøkelser

hos de med rapporterte mageplager. Denne metodesvakheten oppveies i noen grad av at alle med rapporterte organiske tilstander og de som har fått diagnostisert magesår i perioden fram til 1987 ble ekskludert fra analysene. I tillegg har materialet et betydelig omfang og gir muligheter for å justere for sosiale indikatorer og livsstilsvariabler som ikke kan oppfattes som en konsekvens av plagene. Rene funksjonelle grupper vil være vanskelig å etablere da det alltid vil være tvil om de aktuelle plager har sammenheng med eventuelle organiske tilstander.

Hvilke faktorer er det rimelig å justere for? Bruk av smertestillende medikamenter, depresjon, søvnplager og mestringsproblem synes å være knyttet til rapportering av mageplager (1,2). Alle disse faktorene kan være resultat av mageplagene og ikke omvendt. Det vil derfor være ukorrekt å justere for disse faktorer. Sigarettøyking, utdanningslengde og alder kan vanskelig være en konsekvens av plagene og når disse faktorene påvirker rapportering av mageplager, har vi korrigert for disse. Forskjellene mellom ukorrigerede og korrigerede frekvenser er gjennomgående små, høyst 2 prosentpoeng. Alders-korreksjon er viktigst.

Sammenfatningsvis er det i dette materialet påvist en sammenheng mellom andelen som rapporterte mageplager og kronisk sykdom i familien. Mønstret er ulikt for kvinner og menn. Mens mors sykdom synes å spille størst rolle for kvinnene, er mønstret for menn like mye avhengig av hvilken sykdom førstegrads slektningene har. Forklaringene på de påviste forskjellene vil være mange og sammensatte og i stor grad spekulative. Jeg vil antyde noen.

Identifikasjon synes å spille en rolle for sykdomsadferd, i sosiale sammenliknings-prosesser er det mere truende jo større likheten er med den syke (3). Det kan gjelde hvor det er kjønnslikhet mellom rapportør og slektning, nemlig leddgikt og slag hos kvinnelige slektninger, og kreft hos mannlige slektninger.

Kulturelle forhold som kjønnsrollemønstre kan føre til forskjeller i den belastning sykdom medfører for familien. Mødre med leddgikt kan tenkes å påføre kvinnelige slektninger større arbeidsmessig belastning enn mannlige. Sukkersyke er ikke knyttet til signifikante forskjeller i rapportering. At det er sukkersyke hos slektning av motsatt kjønn som gir de tilsynelatende største forskjellene kan være interessant i diskusjon av konsekvenser av kjønnsrollemønstret.

Invalidiserende sykdom hos foreldre kan ha betydning for familiens sosiale status og for at forskjellene i noen grad avspeiler forskjeller i sykdomsadferd mellom ulike sosiale grupper (4).

Læring av sykdomsadferd er beskrevet for tilstander i mage/tarmkanalen og kan forklare noe av sammenhengen med magesår i familien (8). Forskjellene er størst når det er kjønnslikhet mellom rapportør og slektning. Men samtidig har magesårssykdommen en klar arvelig komponent (2), og en rekke av de med mageplager kan ha magesårssykdommen uten at denne er diagnostisert. Hva som er arv og hva som er miljøbettinget i denne sammenheng er derfor usikkert.

Sammenhengen mellom livskriser (life events) og ulike sykdommer og plager er undersøkt i en rekke studier (5,11,12). Creed (5) angir at det er en slik sammenheng mellom livskriser og funksjonelle magesmerter.

Alvorlig, plutselig inntrått sykdom med dårlig prognose hos nære familiemedlemmer er anført som eksempler på livskriser. Imidlertid er sammenhengen mellom både slag og kreft og rapporterte mageplager i denne undersøkelsen svak, og bare tilstede der det er kjønnslikhet mellom rapportør og proband. Mangelen på kunnskap om tidsrelasjonen mellom sykdomsoppståelsen og debut av mageplagene vanskeliggjør tolkningen av funnene, da Creed hevder at magesmertene er tidsmessig nært forbundet med hendelsen.

Årsaksmønstret ved mageplager som irritabel tykktarm og dyspepsi uten magesår er uhyre komplekst og sterke sammenhenger for enkeltfaktorer vil neppe gjenfinnes i tverrsnittsundersøkelser. I tillegg til å være en tverrsnittsundersøkelse, er de høgsignifikante forskjellene for enkeltsykdommer tross alt beskjedne, og sykdom i familien kan ikke tillegges vesentlig vekt som forklaring på erkjennelse/rapportering av mageplager.

Til tross for at forskjellene var beskjedne, og uavhengig av hvilke forklaringer en vil tillegge forskjellene i rapportering av mageplager, vil sammenhengene være av interesse for de som skal tolke forskjeller i symptomregistrering i f. eks spørreskjemaundersøkelser. Viten om sykdomsmønstret i familien vil også ha interesse i daglig arbeide, når det gjelder å forstå pasienter med vedvarende funksjonelle plager som vi forgjeves har prøvd å finne organiske forklaringer på.

#### **Litteratur:**

1. Johnsen R, Jacobsen BK, Førde OH. Associations between symptoms

- of irritable colon and psychological and social condition and lifestyle. *BMJ* 1986; 292: 1633-5.
2. Johnsen R, Straume B, Førde OH. Peptic ulcer and non-ulcer dyspepsia- a disease and a disorder. *Scand J Prim Health Care* 1986; 6: 239-43.
  3. Mechanic D. Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Eng J Med* 1972; 21: 1132-9.
  4. Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *J Epidemiol* 1976; 1: 1-8.
  5. Creed F. Life events and physical illness. *J Psychosom Res* 1985; 29: 113-25.
  6. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986; 27: 37-40.
  7. Twaddle AC. The concepts of the sick role and illness behavior. *Adv Psychosom Med* 1972; 8: 162-79.
  8. Whitehead WE, Winger C, Fedoravicius AS, Wooly S, Blackwell B. Learned illness behaviour in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcers. *Dig Dis Sci* 1982; 27: 202-8.11110.
  9. Grimsmo A. Fra å bli syk-til å bli pasient. Oslo: SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning 1984. (Rapport nr. 1-1984)
  10. Nie HH, Hull CH, Jenkins JG, Steinbrenner K, Bent DH. Spss. Statistical package for the social sciences. 2nd ed. New York: McGraw Hill. 1975.
  11. Conolly J. Life's happenings and organic disease. *Brit J Hosp Med* 1985; 1: 24-7.

12. Wyler AR, Masuda M, Holmes TH. Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosom Med* 1971; 2: 115-22.

Tabell 1 Frekvensen (%) av rapporterte mageplager hos 6542 menn\* i forhold til angivelse av kronisk sykdom blant mannlige eller kvinnelige førstegrads-slektninger. Tromsø 1979-80

	Førstegrads-slektninger							
	Ingen sykdom		Mannlige med sykdom		Kvinnelige med sykdom		Mannlige og/eller kvinnelige med sykdom	
	N	%	N	%	N	%	N	%
LEDDGIKT	5986	34.3	138	37.6 (.461)	387	41.4 (.006)	556	40.7 (.000)
SUKKERSYKE	5944	34.5	242	34.3 (.948)	334	39.9 (.058)	598	37.6 (.124)
HJERNESLAG	5627	34.4	500	38.6 (.066)	342	35.1 (.852)	915	37.1 (.123)
KREFT	5426	34.2	539	38.7 (.035)	494	36.3 (.382)	1116	38.0 (.017)
MAGESÅR	5406	34.1	815	39.3 (.005)	263	36.6 (.472)	1136	38.5 (.005)

\* Justert for alder, utdanningslengde og røyking



**Tabell 2** Frekvensen (%) av rapporterte mageplager hos 6760 kvinner\* i forhold til angivelse av kronisk sykdom blant mannlige eller kvinnelige førstegrads-slektninger. Tromsø 1979-80

Førstegrads-slektninger											
Ingen sykdom			Mannlige med sykdom			Kvinnelige med sykdom			Mannlige og/eller kvinnelige med sykdom		
N	%		N	%	P	N	%	P	N	%	P
LEDDGIKT	6134	37.4	127	40.8	(.452)	475	48.8	(.000)	626	47.3	(.000)
SUKKERSYKE	6195	38.1	247	43.8	(.083)	292	37.3	(.916)	565	40.7	(.239)
HJERNESLAG	5944	37.6	435	40.5	(.251)	336	44.4	(.016)	816	42.9	(.004)
KREFT	5698	38.0	468	39.4	(.627)	510	38.3	(.959)	1062	39.5	(.115)
MAGESÅR	5536	36.8	836	42.1	(.003)	314	48.6	(.000)	1224	45.1	(.000)

\* Justert for alder, utdanningslengde og røyking

## FORSKRIVNING AV ANTIBIOTIKA VED LUFTVEISINFEKSJONER HVILKEN ROLLE SPILLER PASIENTENS ØNSKE?

Hasse Melbye

Luftveisinfeksjoner forekommer hyppigere enn alle andre akutte sykdommer (1). De takles vanligvis uten profesjonell hjelp (2), men hører likevel til de tilstander allmennpraktikeren hyppigst møter. Knappt 10 % av konsultasjonene i norsk allmenn praksis skyldes luftveisinfeksjoner (3), i Canada og England er det påvist en høyere andel (4). Blant nye sykdomstilfelle i en skotsk undersøkelse fra allmennpraksis var 30 % luftveisinfeksjoner, og for 56 % av disse ble det skrevet ut antibiotika (5).

Frekvensen av antibiotikaforskrivning avhenger av det kliniske bilde som pasienten presenterer (6), men også av hvilke leger som blir konsultert (5,7). Pasientens sosiale og psykologiske status og avstanden fra bosted til legekantor virker også inn på forskrivningen (8).

Mange pasienter forventer behandling med antibiotika når de oppsøker lege for luftveisinfeksjon. Cartwright fant i 1964 at 52% av pasientene i britisk allmennpraksis ønsket eller forventet forskrivning av et eller annet medikament. Sannsynligvis ønsket en stor del av pasientene antibiotika. Undersøkelsen ble gjentatt i 1977, og da var andelen som forventet resept på medisin gått ned til 41 %, mens legenes forskrivningspraksis var uendret. Det var blitt flere pasienter som mente at legene skrev ut

mer enn nødvendig, en økning fra to til syv prosent (9).

Formålet med denne undersøkelsen har vært å belyse hvor ofte voksne pasienter som oppsøker legevakt med luftveisinfeksjon, forventer å få antibiotika, og i hvilken grad en slik forventning påvirker legenes forskrivningspraksis.

### **Materiale og metoder**

Undersøkelsen, som hadde som hovedformål å belyse diagnostikk av pneumoni og obstruktiv lungesykdom, fant sted på Tromsø Kommunale Legevakt fra medio oktober -88 til ultimo mai -89. Alle de faste legene og noen vikarer, tilsammen 40, deltok.

#### Pasienter

Pasienter over 18 år, som oppsøkte legevakta, og som overfor mottagende sykepleier oppga symptomer eller mistanke om sykdom forenlig med luftveis- eller halsinfeksjon, ble spurt om å delta. Unntatt var gravide og pasienter med så betydelig dyspne at de trengte øyeblikkelig hjelp. Av 626 som ble spurt, sa 581 seg villig til delta, 339 kvinner og 242 menn med gjennomsnittsalder henholdsvis 31.8 og 32.5 år. De fleste av de 45 som ikke ville delta, begrunnet det med uvilje mot blodprøvetaking.

Pasientene oppga en gjennomsnittlig sykdomsvarighet på 9 dager. Det var 85 som tidligere hadde oppsøkt lege for samme sykdom, og 43 av dem hadde fått utskrevet antibiotika.

#### Undersøkelser

Kontaktårsaken (bare en) ble krysset av på et skjema av mottagende

sykepleier. Før pasienten gikk inn til legen, fylte de ut et spørreskjema, der det bl.a. ble spurt om forventninger til konsultasjonen som vist i nedenforstående kopi fra spørreskjemaet:

7. Den viktigste grunnen eller de 2 viktigste grunner til at du oppsøker lege i dag ?

(Sett ett eller to kryss).

- |  |      |
|--|------|
| a. trenger sykemelding.                            | I__I |
| b. ønsker å få vite hva jeg feiler.                | I__I |
| c. for å få medisin, hvis det trengs.              | I__I |
| d. jeg trenger penicillin eller annen antibiotika. | I__I |
| e. jeg trenger medisin mot hoste eller astma.      | I__I |
| f. jeg vil utelukke at jeg har alvorlig sykdom.    | I__I |
| g. annen grunn                                     | I__I |

Blodprøver ble tatt til bestemmelse av bl.a. C-reaktivt protein (CRP), antistoffer mot gruppe A streptokokker (AST, ADNaseB), og det ble tatt halsprøver til bakteriologisk dyrkning og hurtigtest på streptokokkantigen. Røntgenbilde av lungene ble tatt av de fleste pasientene etter nærmere bestemte retningslinjer (10), bl.a. når legen mente at pneumoni var en mulig diagnose.

Legen skulle undersøke og behandle pasienten som vanlig. På et skjema krysset legen av en, og bare en, av de følgende organrelaterte diagnoser: Faryngitt, rhinitt, otitis media, sinusitt, tonsilitt, laryngitt, akutt bronkitt, exacerbasjon av astma, kronisk bronkitt eller kronisk obstruktiv lungesykdom, pneumoni eller annen nærmere spesifisert sykdom. Legen

anførte også om det (mest sannsynlig) forelå infeksjon med influensavirus eller streptokokker. Deretter kunne legen få vite svaret på streptokokktesten. Hvis svaret ble innhentet, skulle det krysses av på om dette hadde betydning for behandlingen eller ikke. Dersom legen rekvirerte røntgenbilde av lungene, skulle det tolkes etter at den organrelaterte diagnosen var anført. Til slutt skulle legen notere på skjemaet hvilken behandling som ble instituert. Dersom pasienten fikk antibiotika, ble det krysset av på om kuren skulle startes samme kveld eller om pasienten fikk med seg resepten til eventuell bruk.

#### Bearbeiding av data

Legens diagnose er blitt modifisert i tråd med WONCA's sykdomsklassifikasjon for primærhelsetjenesten (11). Den organrelaterte diagnosen som legen oppga, er blitt beholdt med følgende unntak:

Dersom legen anga en infeksjon med influensavirus sannsynligvis forelå og samtidig en av følgende organrelaterte diagnoser: rhinitt, faryngitt eller laryngitt eller "annen sykdom", spesifisert som influensa, er "influensa" blitt registrert som diagnose. Pasienten har fått diagnosen "streptokokkhals" dersom legen anga sannsynlig streptokokkinfeksjon og enten faryngitt eller tonsilitt. Forøvrig er pasientene med organdiagnosene rhinitt og faryngitt rubrisert som "ØLI" og de med tonsilitt som "annen tonsilitt".

CRP-verdier i normalområdet, d.v.s.  $< 11$  mg/l, ble ikke nærmere bestemt ved analyseteknikken som ble anvendt. Ved beregning av gjennomsnittlig konsentrasjon av CRP har pasienter med et slikt resultat fått verdien 5 mg/l.

Resultatene er vist som frekvenstabeller. Kjikvadrat-test og student's t-test er benyttet i de statistiske analyser, og forskjeller med p-verdier mindre enn eller lik 0,05 er regnet som statistisk signifikante.

## **Resultater**

Kontaktårsak ble registrert hos 576 pasienter (tab. 1). Vondt i halsen ble hyppigst oppgitt, og pasientene med denne kontaktårsaken hadde en relativt lav gjennomsnittsalder, 27,6 år. Pasientene som mistenkte pneumoni hadde en relativt høy gjennomsnittsalder, 38,7 år, og blant dem var menn overrepresentert. Spørsmålet om forventning til konsultasjonen ble besvart av 571 pasienter (tab. 2). 101 pasienter krysset av på punkt d.: "jeg trenger penicillin eller annen antibiotika" (fig.1). Gjennomsnittsalderen blant disse var 32,4 år og gjennomsnittlig sykdomsvarighet var 8,3 dager, ikke signifikant forskjellig de som ikke hevdet å trenge antibiotika. Menn rapporterte hyppigere enn kvinner at de trengte antibiotika, henholdsvis 21 % og 15 % ( $p=0.05$ ).

Blant dem som oppga mistanke om bihulebetennelse og vondt hals som kontaktårsak, var det henholdsvis 31 % og 27 % som mente at de hadde behov for antibiotika. Blant dem som oppga influensa og hoste, var det henholdsvis 5 % og 2 %.

Legene skrev ut antibiotika til 51 % av pasientene. 9 % av disse fikk med seg resepten til eventuell bruk. Det ble hyppigst forskrevet antibiotika til dem med sinusitt som kontaktårsak (tabell II). Blant dem som mente at de trengte antibiotika, var forskrivningsprosenten 75, mot 46 blant de øvrige ( $p < 0,001$ ). Denne forskjellen i forskrivning gjaldt for

så godt som alle kontaktårsakene, og var statistisk signifikant for dem som oppga sinusitt, vond hals og øresmerter.

Legenes kliniske diagnoser er vist i tabell 3. De fleste med diagnosene streptokokkhals, otitis media, sinusitt eller pneumoni fikk skrevet ut antibiotika, litt over halvparten av de med diagnosene bronkitt, astma/-kronisk bronkitt eller annen tonsilitt og under 15 % av de med ØLI, influensa eller annet. Forskjellene mellom diagnosegruppene med høy, middels og lav forskrivningsfrekvens var statistisk høysignifikante.

Pasientene som mente at de trengte antibiotika fikk det hyppigere forskrevet enn de øvrige uansett diagnose. Forskjellen beregnet for hver enkelt diagnose var bare statistisk signifikant når det gjaldt influensa.

Tre av pasientene med klinisk diagnose pneumoni fikk ikke utskrevet antibiotika. Disse hadde normale røntgenbilder, og legene har sannsynligvis endret diagnose og bestemt behandling i henhold til dette. Fire med klinisk diagnose streptokokkhals fikk heller ikke behandling. For disse fire har legene krysset av for at svaret på hurtigtest mot gruppe-A-streptokokker, som var negativ for disse, hadde betydning for behandlingen. For 11 av de med klinisk diagnose ØLI eller "annen tonsilitt" ble antibiotikabehandling instituert p.g.a. positiv streptokokktest, i følge legenes angivelser. Bare to av disse hadde krysset av på at de trengte antibiotika.

Pasientene som hevdet å ha behov for antibiotika hadde en gjennomsnittlig CRP på 26.5 mg/l, mens den var 22.9 mg/l blant dem uten påstått behov. Forskjellen var ikke statistisk signifikant,  $p=0.3$ .

Antibiotika ble foreskrevet med økende hyppighet med stigende CRP

(tab. 4). Forskjellen i forskrivning av antibiotika til dem med og uten påstått behov for antibiotika var like tydelig blant de med lav CRP som de med høyere verdier.

Det var 20 pasienter med røntgenologisk påvist pneumoni (11). Tre av dem hevdet at de trengte antibiotika. Kontaktårsaken var enten mistanke om bronkitt eller pneumoni, hoste eller brystmerter hos 16 av de 20 med pneumoni. Blant disse 16 var frekvensen av påstått antibiotikabehov 19 %, mens den var 8 % blant de 196 uten pneumoni med de samme kontaktårsakene. Forskjellen var ikke statistisk signifikant, ( $p=0.1$ ).

Blant de med vond hals som kontaktårsak var det 33 % som hadde streptokokkinfeksjon i følge resultatene av dyrkning og de serologiske analyser (12). 32 % av dem hevdet å ha behov for antibiotikabehandling, mot 23 % av dem som ikke hadde streptokokkinfeksjon. Forskjellen var ikke statistisk signifikant, ( $p=0.2$ ).

## **Diskusjon**

Undersøkelsen viste at en liten del av pasientene mente at de trengte antibiotika og at pasientenes forventning virket inn på legenes forskrivningspraksis. Det er mulig at pasientene som påsto å trenge antibiotika også hadde et større behov. Det antydes en svak og statistisk ikke signifikant tendens til økt frekvens av pneumoni, streptokokkinfeksjon og forhøyet CRP i denne gruppa. Denne tendensen er så svak at den ikke kan forklare den store forskjell i forskrivning til dem med og uten påstått antibiotikabehov. Det kan også hende at pasienter med økt mottagelighet for bakterielle infeksjoner er overrepresentert blant dem med påstått



antibiotikabehov, men det er lite sannsynlig at det dreier seg om nok pasienter til å forklare resultatene. Det at pasientene med CRP < 20 mg/l som mente at de trengte antibiotika, ikke fikk sjeldnere forskrivning enn de uten påstått behov med CRP på 40 mg/l eller mer (tab. 4), indikerer at effekten av pasientens forventning er betydelig. Sannsynligheten for å ha en bakteriell infeksjon er mye større ved høye enn ved lave CRP-verdier (13).

Ser man på forskrivning etter diagnose, er forskjellen i forskrivning til dem med og uten påstått antibiotikabehov mindre tydelig. Det ble bare påvist signifikant forskjell blant dem som fikk diagnosen "influenza". Dette tyder på at pasientene som mente å trenge antibiotika og fikk det hadde større tendens enn de øvrige til å få en diagnose som vanligvis blir behandlet med antibiotika. Dette kan forklares ved at legene ikke alltid bestemte seg for diagnose før de tok stilling til behandling, men at diagnosen av og til ble tilpasset behandlingen, slik Howie også har antydnet (14). Diagnosen som ble gitt, var dermed ikke alltid den mest sannsynlige, men en mer alvorlig blant de mulige diagnoser, som legitimerte at antibiotika ble foreskrevet.

Alle pasientene som mente at de trengte antibiotika har sikkert ikke sagt det med rene ord til legen. Forskjellen i forskrivning hadde kanskje vært enda større hvis så hadde vært tilfelle. Et ønske om forskrivning er sannsynligvis noe legen ofte tillegger pasienten på grunnlag av mer vage signaler. Et slikt ønske har sannsynligvis også blitt tillagt noen av de 82 % som ikke påsto å trenge antibiotika.

Er det galt av legene å ta hensyn til pasientenes ønsker ? Det er

sjelden at legen med opp i mot 100 % sikkerhet kan hevde at pasienten trenger eller ikke trenger antibiotika. De kan bare prøve å anslå sannsynligheten for at en bakteriell infeksjon foreligger, og sannsynligheten for at det kan oppstå uheldige konsekvenser dersom den ikke blir behandlet. Pasientene vil i varierende grad akseptere å ta sjansen på å bli bra uten behandling, selv om utsiktene statistisk sett er gode. Pasientene har også i varierende grad motforestillinger mot å bruke antibiotika, det kan dreie seg om forventet ubehag eller økonomiske eller økologiske betraktninger. Når legen er usikker på den medisinske indikasjon for å gi antibiotika, er det da urimelig at pasientens synspunkter får telle med ?

Den store betydning som pasientens forventning har for antibiotikaforskrivningen avspeiler at legene ofte har få holdepunkter for å stille en etiologisk diagnose. En bedre diagnostikk av luftveisinfeksjoner er en utfordring, som ikke har fått for stor oppmerksomhet. Evaluering av kliniske funn og symptomer i diagnostikken av bakterielle infeksjoner er et aktuelt forskningsområde. Behandlingsforsøk med antibiotika ved forskjellige kliniske bilder er et annet. Hurtigtestene for påvisning av streptokokk-antigen og CRP representerer diagnostiske hjelpemidler, som det vil komme flere av i årene som kommer. Skal vi kunne legge større vekt på den biomedisinske vurdering i vår forskrivningspraksis, og samtidig beholde pasientenes tillit, trenger vi et bedre fundament for vår diagnostikk.

## Litteratur

1. Helseundersøkelse 1985. Statistisk sentralbyrå. Oslo - Kongsvinger 1987:65.
2. McWhinney IR. Illness in the community. I: McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York - Oxford: Oxford University Press, 1989:27-34.
3. Rutle O. Pasienten fram i lyset - analyse av legekontaktar i primærhelsetenesta. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr.1 1983.
4. McWhinney IR. A profile of family practice. I: McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York - Oxford: Oxford University Press, 1989:35-42.
5. Howie JGR. Respiratory illness and antibiotic use in general practice. J Roy Coll Gen Pract 1971;21:657-663.
6. Howie JGR. A new look at respiratory illness in general practice. J Roy Coll Gen Pract 1973;23:895-904.
7. Pitts J, Vincent S. What influences doctors' prescribing ? Sore throats revisited. J Roy Coll Gen Pract 1989;39:65-6.
8. Howie JGR. Clinical judgment and antibiotic use in general practice. Br Med J 1976;2:1061-4.
9. Cartwright A. Prescribing and the doctor-patient relationship. I: Pendleton D, Hasler J, red. Doctor-patient communication. London: Academic press 1988:177-91.
10. Melbye H, Straume B, Aasebø U, Dale K. Diagnosis of adult pneumonia in general practice. The relative importance of typical

symptoms and abnormal chest signs evaluated against a radiographic gold standard. Under bearbeidelse.

11. WONCA. ICHPPC-2 defined. Oxford: Oxford University Press  
1986:70-5.

12. Hjortdahl P, Melbye H. Do blood tests contribute to the diagnosis of GAS infection among patients with sore throats. Under bearbeidelse.

13. Morley JJ, Kushner I. Serum C-reactive protein levels in disease. Ann N Y Acad Sci 1982;389:406-17.

14. Howie JGR. Diagnosis: the Achilles heel. J Roy Coll Gen Pract  
1972;22:310-5.

**Tabell 1** Kontaktårsak, kjønn og alder hos 581 pasienter med luftveis-infeksjon i allmenn praksis. Sykdomsmistanke eller symptom oppgitt som årsak til å oppsøke lege ble registrert av mottagende sykepleier.

Kontaktårsak	n	Menn	Kvinner	Alder
		%	%	gjennomsnitt
<b>Mistanke om sykdom</b>				
Forkjølelse	30	27	73	35.8
Influenza	77	45	55	31.2
Bihulebetennelse	89	44	56	33.7
Forverrelse av astma	5	20	80	29.8
Bronkitt, akutt/kronisk	28	32	68	32.4
Lungebetennelse	45*	62	38	38.7
<b>Symptom</b>				
Hoste	66	35	65	34.4
Slapphet eller feber				
uten kjent årsak	4	100	0	44.0
Vond hals	176**	43	57	27.6
Øresmerter (og samtidig forkjølelse/vond hals)	27	33	67	31.9
Tung pust (uten tegn til hjertesykdom)	6	0	100	40.7
Brystsmerter (respirasjonsavhengige, ikke etter traume, ikke mistanke om hjertesykdom)	20	35	65	33.1
Heshet, akutt	3	0	100	41.7
Ikke oppgitt	5	60	40	30.8
<b>Totalt</b>	<b>581</b>	<b>42</b>	<b>58</b>	<b>32.1</b>

\* Overrepresentasjonen av menn er statistisk signifikant,  $p < 0,005$ . Gjennomsnittsalderen er signifikant høyere enn hos de øvrige,  $p < 0,005$ .

\*\* Gjennomsnittsalderen er signifikant lavere enn hos de øvrige,  $p < 0,001$

**Tabell 2** Kontaktårsak, påstått behov for antibiotika før konsultasjonen og antibiotika forskrevet av legen hos 571 voksne pasienter med luftveisinfeksjon i allmenn praksis.

		Påstått behov for antibiotika behov	Antibiotikabehandling forskrevet		
			totalt behov	til dem med påstått behov	til dem uten påstått behov
<b>Kontaktårsak</b>					
Forkjølelse	30	7	47	50	46
Influenza	76	5 *	27	50	26
Sinusitt	87	31 **	81 ***	96	73 #
Astma	5	0	40		40
Bronkitt	27	15	57	75	52
Pneumoni	44	20	47	67	43
Hoste	65	2 *	52	100	50
Slapphet eller feber	3	0	67		67
Vond hals	173	27 **	53	70	46 #
Øresmerter	27	22	37	83	24 #
Tung pust	6	0	50		50
Brystsmerter	20	5	40	0	42
Heshet	3	33	0	0	0
Ikke oppgitt	5	0	40		40
<b>Totalt</b>	<b>571</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>75</b>	<b>46 ##</b>

- \* Andelen med påstått behov for antibiotika er lavere for denne kontaktårsaken enn gjennomsnittlig andel blant de øvrige,  $p < 0,05$ .
- \*\* Andelen med påstått behov for antibiotika er høyere for denne kontaktårsaken enn gjennomsnittlig andel blant de øvrige,  $p < 0,05$ .
- \*\*\* Andelen som ble behandlet med antibiotika var høyere for denne kontakårsaken enn gjennomsnittlig andel blant de øvrige,  $p < 0,001$ .
- # Forskjellen i utskrevet antibiotikabehandling mellom de med og uten påstått behov er statistisk signifikant,  $p < 0,01$ .
- ## Forskjellen i utskrevet antibiotikabehandling mellom de med og uten påstått behov er statistisk signifikant,  $p < 0,001$ .

**Tabell 3** Diagnose, påstått behov for antibiotika før konsultasjonen og antibiotika forskrevet av legen hos 571 voksne pasienter med luftveisinfeksjon i allmenn praksis.

	Påstått behov for antibiotika		Antibiotikabehandling forskrevet			
	n	%	totalt	til dem med påstått behov	til dem uten påstått behov	%
<b>Legens diagnose</b>						
Streptokokkhals	77	32	95	100	92	
Annen tonsillitt	11	18	55	100	44	
Otitt	12	17	92	100	90	
ØLI	90	18	14	25	12	
Sinusitt	91	27	90	100	86	
Laryngitt	16	19	19	33	15	
Akutt bronkitt	94	12	57	64	56	
Pneumoni	29	14	90	100	88	
Influenta	102	9	10	33	8	*
Astma eller kron.bronkitt	23	9	65	100	62	
Annet	33	12	9	75	13	
<b>Totalt</b>	<b>571</b>	<b>18</b>	<b>51</b>	<b>75</b>	<b>46</b>	

\* Forskjellen i utskrevet antibiotikabehandling mellom de med og uten påstått behov er statistisk signifikant,  $p = 0,01$ .

**Tabell 4** Serumnivå av C-reactivt protein (CRP), påstått behov for antibiotika før konsultasjonen og antibiotika utskrevet av legen hos 571 voksne pasienter med luftveisinfeksjon i allmenn praksis.

	n	%	Antibiotikabehandling forskrevet			
			Påstått behov for antibiotika	totalt	til dem med påstått behov	til dem uten påstått behov
CRP < 20 mg/l	371	17	45	67	40	***
CRP 20-39 mg/l	98	13	57	92	52	**
CRP > 39 mg/l	102	24	69	88	63	*
<u>Totalt</u>	<u>571</u>	<u>18</u>	<u>51</u>	<u>75</u>	<u>46</u>	

Forskjellen i utskrevet antibiotikabehandling mellom de med og uten påstått behov er statistisk signifikant: \* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0,001.



## PASIENTØNSKER MOT MEDISINSK-FAGLIGE VURDERINGER

Pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987

**Bjørn Straume**

Helsevesenet har gjennom de siste tiår blitt presentert for nye forventninger fra publikum. Noen av disse preges av at helsetjenester ses på som forbrugsgoder og helsestellet som et tjenesteytende vesen. For legene har det ofte vært vanskelig å forholde seg til dette, spesielt når ønskene, som av og til framsettes som krav, går på tvers av medisinsk-faglige vurderinger. Fra egen erfaring synes publikums ønsker om å få utført laboratorieprøver, spesielt blodprosent, senkning og uspesifisert urinundersøkelse, og det å få komme til spesialist, som de vanligste situasjonene der motsetninger mellom pasientønsker og legens faglige vurderinger oppstår. Noen ganger fører slik uenighet til direkte konflikter mellom pasient og lege.

Både laboratorieprøver og spesialistvurdering er for allmennpraktikeren hjelpemidler i en rasjonell diagnostisk strategi.

De enkle laboratorieprøvene, som publikum ofte ber om å få utført utenom konsultasjon, har ingen plass som silingstester, men brukt på denne måten er det nettopp slik testene fungerer. Og alle leger har vel opplevd at pasienter ofte kan tolke et prøvesvar mye meir absolutt enn det er grunnlag for. Vi har her i landet krav om henvisning for spesialistvurdering, men praktiseringen av denne blir langt på veg

uthullet når spesialist-kapasiteten øker. Fri bruk av spesialister står i motsetning til både et faglig og et meir ideologisk grunnlag for rasjonelt allmennt medisinsk arbeid. I tillegg er det mye som taler for at kostnadsnivået i en førstelinje legetjeneste på spesialistnivå blir høyt.

I pasientundersøkelsen i Nord-Norge 1987 (1) tok vi med spørsmål om disse problemstillingene. I denne artikkelen presenteres pasientenes ønsker om selv å kunne bestemme prøvetaking og å kunne gå direkte til spesialist. Vi har tidligere vist at et flertall syntes ventetiden for å få time var for lang, mens omlag 80 % syntes de fikk nok tid hos legen (2). Litt over halvparten hadde fast lege, men flere ønsket å ha det (3). Her analyseres også om disse og enkelte andre organisatoriske og geografiske forhold influerer på pasientenes ønske om å ta avgjørelser som i vesentlig grad er av medisinsk-faglig art.

### **Materiale og metoder**

Metodene ved undersøkelsen generelt er presentert tidligere (1). Undersøkelsen ble gjennomført ved at 200 fortløpende pasienter ved tilsammen 36 legekontorer i Nord-Norge fikk et spørreskjema i tilslutning til en konsultasjon. Formålet var å ta rede på noen av de erfaringer pasienter har fra sin kontakt med primærhelsetjenesten, og å få fram synspunkter på organiseringen av, tilgjengeligheten til og servicerutinene i denne. Vel 60 % (3739) av spørreskjemaene ble returnert. Tilsammen hadde pasientene erfaringer fra vel 16000 konsultasjoner i løpet av siste år. Fordelingen etter kjønn og alder var svært lik andre pasientundersøkelser og materialet ble vurdert som

representativt (1).

Spørsmålene som analyseres her ble stilt etter følgende ingress: "I dag er det legen som avgjør om og hvilke prøver som skal tas, og legen avgjør henvisninger til spesialist". De var: "Ønsker du selv å kunne bestemme om å få tatt enkelte prøver, så som blodprosent, senkning eller urinprøve uten at legen vurderer om dette er nødvendig?", og "Ønsker du selv å kunne gå direkte til spesialist uten at primærlegen vurderer om dette er nødvendig?".

Spørsmålet om laboratorieprøver ble besvart av 3481 og spørsmålet om spesialisttilgang av 3448 pasienter over 15 år. Resultatene presenteres i form av prosentandeler som besvarte spørsmålene med "ja". Forskjeller mellom kjønnene ble analysert med vanlig khikvadrat-test, mens sammenhenger med alder ble vurdert med khikvadrat-test for trend. Analysene av sammenhenger med andre variable ble gjort stratifisert etter kjønn og aldergruppe med Cochran-Mantel-Haenszel test. Marginale missingandeler er ikke angitt. Analysene ble utført med SAS.

## **Resultater**

Tabell 1 viser at et stort flertall av pasientene ønsket å kunne få tatt laboratorieprøver uavhengig av legens vurdering. Forskjellen mellom kjønnene var høysignifikant ( $p < 0.001$ ). For begge kjønn var det en klar negativ alderstrend ( $p = 0.006$  for kvinner og  $p = 0.001$  for menn), men selv blant de eldste ønsket over 70 % av kvinnene og over 65 % av mennene selv å bestemme prøvetaking. Andelen som ønsket å kunne gå direkte til spesialist var i overkant av 60 % og her var det ingen kjønns-

forskjell, men det var en høysignifikant negativ alderstrend ( $p < 0.001$ ) hos begge kjønn.

I tabell 2 presenteres prosentandeler som ønsket henholdsvis selv å bestemme prøvetaking og å kunne gå direkte til spesialist for de variable som var signifikante. For lang ventetid for time og det å få nok tid hos legen var sterkest assosiert med å ønske prøvetaking uten legens vurdering, men forskjellene var ikke større enn omlag 10 %. Det å ha fast lege reduserte ønsket om selvbestemt prøvetaking med omlag 5 %.

Det å få nok tid hos legen hadde størst innflytelse på ønsket om å kunne gå direkte til spesialist, over 20 % forskjell hos begge kjønn, mens vurderingen av ventetiden for å få time, det å ha egen lege og ønske om å ha egen lege medførte forskjeller på mellom 8 og 16 %. Pasienter i byene ønsket å kunne gå direkte til spesialist i større grad enn pasienter i landdistrikter.

Antall konsultasjoner som pasienten hadde hatt i løpet av siste år og om man foretrakk å gå på et enlege kontor, et lite eller et stort helse-senter var ikke assosiert med ønske om selvbestemmelse. I Finnmark lå prosentandelene som ønsket å bestemme selv både prøvetaking og bruk av spesialist omlag 5 % under Troms og Nordland, men forskjellene var knapt signifikante.

## **Diskusjon**

Utgangspunktet for å ta med spørsmålene om selv å kunne bestemme prøvetaking og å få undersøkelse hos spesialist uten at primærlegen vurderte om dette var nødvendig, var selvsagt en fornemmelse av at

slike ønsker var vanlige blant pasienter, men at 4 av 5 ønsket å kunne få tatt blodprosent, senkning eller få undersøkt urinen oversteg grundig forfatterens forestillinger. Resultatene når det gjelder å ønske å gå direkte til spesialist var kanskje ikke fullt så overraskende, skjønt fordelt etter kjønn og alder er det bare i gruppen kvinner over 70 år, som utgjør 7 % av totalmaterialet, at mindre enn halvparten ønsker seg denne muligheten. De i og for seg sterke sammenhengene med kjønn og alder blir av underordnet betydning i dette bildet av et overveiende ønske om selv å kunne ta disse medisinsk-faglige avgjørelsene. Oppfattet som et kohortefenomen forteller de negative alderstrendene oss at tendensen bare vil bli ytterligere entydig.

Og bildet nyanseres ikke i den videre analysen, høysignifikante forskjeller til tross. I de 20 undergruppene som presenteres i tabell 2, er andelen som selv ønsker å bestemme laboratorieprøver mindre enn 70 % i en, og i alle gruppene ønsker over halvparten å kunne gå direkte til spesialist. Slike ønsker om selvbestemmelse må åpenbart allmennpraktikere leve med selv om de får ventetiden for å få time ned, lar pasientene få nok tid i konsultasjonen og blir så stabile at faste lege-pasient relasjoner kan etableres, og uansett om man arbeider i byer eller i landkommuner.

Det er enkelt nok å innvende at spørsmålene, slik de er stilt, er hypotetiske og at svarene i en forstand er ureflekterte. Hvis problemstillingen var generalisert til å spørre om publikum ønsket å beholde en allment kvalifisert primærlege, ville sannsynligvis svarmønsteret vært noe forskjellig. Men vi gjør nok best i å ta resultatene meir på alvor.

Denne undersøkelsen gir ikke grunnlag for å si noe om på hvilket nivå ønsket om å bestemme selv i slike medisinsk-faglige spørsmål har sin forklaring, men invitasjonen til å finne svar er gitt. Mange av de svar en kan tenke seg, vil utfordre det grunnlaget vår primærhelsetjeneste har gjennom sin allmennlegebemanning. Mangler pasientene i stor grad tiltro til primærlegenes faglige dyktighet eller kompetanse? Er dette å oppfatte bare som et ledd i en rimelig egenomsorg, eller mener pasientene at de selv kan gjøre adekvat diagnostikk ved mange vanlige plager? Eller er dette en bekreftelse på at forbrukerideologi og holdninger overordnes faglig kompetanse. Magne Nylenna synes å ha god dekning da han nylig reiste spørsmålet: "Har kunden alltid rett?" (4). Det kan også være grunn til

å drøfte om disse manifestasjonene av pasientenes ønske om å bestemme selv kan ses som en reaksjon mot den paternalisme som i stor grad har vært utøvet av leger, ofte under dekke av medisinsk faglighet.

Uavhengig av disse grunnleggende problemstillingene må allmennpraktikeren, som alltid ellers, først og fremst forholde seg til pasientene. De ønsker altså å få tatt sine laboratorieprøver, og får det vel som oftest. Medisinsk-faglig ansvar tilsier da at mulige bivirkninger må vurderes, i dette tilfelle blant annet de falske, positive og negative, prøvesvarene. Frekvensen av slike er ikke kjent blant publikum, og et uventet resultat fører nok sjelden til at kontrollprøver blir bestilt. Publikum ber kanskje like ofte om å få tatt prøve når de de føler seg bra, for å bekrefte at ingenting er galt, som de gjør det når blodprosenten skal underbygge at nå er det tid for jerntabletter igjen, eller

blærekatarrer etter tur på barfrossent underlag skal dokumenteres. I begge tilfelle venter pasienten det svaret som også skal vektlegges, det negative når sannsynligheten for sykdom er liten, og det positive når den er stor. Men de gangene det motsatte svaret kommer, er det vel fare for at det vektlegges meir enn den kliniske situasjonen. Og det er vel slik at behandlingen ofte bestemmes ut fra prøvesvaret nokså isolert.

De økonomiske sidene både ved fri laboratoriebruk og fri tilgang til spesialist, bør neppe inngå som argument hos allmennpraktikeren overfor den enkelte pasient, men i en helsepolitisk debatt kan dette veie vel så tungt som de reinte medisinsk-faglige argumenter mot en slik praksis. En dokumentasjon av at dette er friheter som koster, er kanskje den mest nærliggende videreføring av de resultatene som er presentert her.

Det kan være grunn til å reflektere over om funnene har gyldighet utover gruppen nordnorske pasienter. Det er liten grunn til å tro at de samme spørsmålene stilt til hele befolkningen ville vist lavere prosentandeler som ville bestemme selv. Når det gjelder innvendinger mot helsetjenesten er de regelmessig sterkest blant de som ikke har egne erfaringer å bygge på. Men det kan tenkes at dette å kunne gå direkte til spesialist har en annen status i Nord-Norge der muligheten stort sett ikke eksisterer. Kanskje finnes det pasientgrupper i sentrale områder som i stor grad har fått sine primærlegebehov dekket av et knippe forskjellige spesialister, og som, hypotetisk, ser sine behov bedre imøtekommet av en allment kvalifisert lege.

Utgangspunktet for til dels generelle overveielser har her vært to isolerte spørsmål på et skjema der mange andre tema hadde større plass. Likevel kan ikke denne forfatteren se at det kan rokke en hovedkonklusjon: Svært mange pasienter ønsker selv å ta avgjørelser på områder som faglig sett bør være basert på medisinske vurderinger. Men, dette rokker ved endel av det grunnlaget opprustingen av allmennmedisin har bygget på.

### **Litteratur**

1. Straume B, Aaraas I, Forsdahl A, Fønnebø V, Knutsen S Fønnebø, Lundevall S et al. Hva mener pasienter om primærhelsetjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3479-81.
2. Straume B, Forsdahl A. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlege. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3484-8.
3. Melbye H, Aaraas I. Fast lege, ønsker og realiteter i Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3479-84.
4. Nylenna M. Har kunden alltid rett? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3475-6.



Tabell 1 Antall og prosent som ønsker å få tatt enkle laboratorieprøver og å gå direkte til spesialist uten at primærlegen vurderer om det er nødvendig, etter kjønn og alder

Alder	Laboratorieprøver				Gå til spesialist			
	Kvinner		Menn		Kvinner		Menn	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
15-29	603	(82.0)	138	(80.7)	493	(67.6)	114	(67.5)
30-49	669	(84.4)	267	(75.9)	557	(70.6)	229	(65.2)
50-69	504	(81.6)	269	(70.1)	343	(56.1)	222	(58.6)
70+	179	(72.2)	120	(66.7)	114	(46.7)	89	(50.6)
Totalt	1955	(81.7)	794	(73.0)	1507	(63.5)	654	(60.8)

**Tabell 2** Prosentandel som ønsker om å få tatt enkle laboratorieprøver og å gå direkte til spesialist uten at primærlegen vurderer om det er nødvendig. Variable med signifikante prosentforskjeller, etter kjønn. Cochran-Mantel-Haenszel-tester i strata for kjønn og alder

	Laboratorieprøver			Gå til spesialist		
	Kvinner	Menn	Signifikans	Kvinner	Menn	Signifikans
<b>Bosted</b>			p=0.18			p<0.001
By	81.4	71.4		69.6	64.8	
Land	81.9	73.9		59.1	58.7	
<b>Har egen lege</b>			p=0.003			p<0.001
Ja	79.5	71.1		60.1	55.4	
Nei	84.6	75.6		68.4	67.1	
<b>Ønsket legekontakt</b>			p=0.121			p=0.001
Fast lege	81.3	72.3		62.5	59.1	
Flere leger	83,7	76.1		70.4	67.4	
<b>Nok tid hos legen</b>			p<0.001			p<0.001
Ja	79.9	71.1		58.7	57.2	
Nei	88.4	83.2		80.8	81.2	
<b>For lang ventetid</b>			p<0.001			p<0.001
Ja	84.6	77.8		69.7	66.7	
Nei	76.2	66.4		52.5	52.5	