

og hverdagslivets problemer som i stedet burde vært løst på helt andre måter.

– Det er et alvorlig tankekor at befolkningen sykeliggjøres, og at stadig flere psykososiale problemer skal løses med medikamenter, noe som igjen vil gi et større press på legene. Dette kan lett føre til en behandlingsskultur der legene bruker antidepressiver ut over dokumenterte indikasjoner. En utglidning av behandlingsindikasjonene vil kunne undergrave retningslinjene for medikamentell behandling. Økt oppmerksomhet på

medikamentell behandling kan også medvirke til at verdien og den godt dokumenterte effekten av behandlingsmetoder som psykoterapi og samtalerapi blir undervurdert, sier Steinar Hunskaar.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Legemiddelforbruket i Norge 1997–2001. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2002. (<http://www.legemiddelforbruk.no/>)

2. Helsestatistikk for de nordiske lande 1999. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESKO), 2001. (<http://www.nom-nos.dk/Nomstats/stattext.htm>)

3. Valenstein ES. Hjernen som syndeboek. Sandheden om psykofarmaka og psykisk sundhed. København: H. Reitzels Forlag, 2002.

4. Tall og fakta 2002. Legemidler og helsevesen. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2002. (<http://www.lmi.no/statistics/fakta.asp>)

Vekker liten bekymring hos allmennleger

Høyt forbruk av antidepressiver vekker ikke ubetinget bekymring hos allmennleger, til tross for at de erkjenner en viss grad av overbehandling med slike medikamenter.

Konsensuskonferansen om behandling av depresjon i allmennmedisin, som Norges forskningsråd arrangerte i 1999 (1), konkluderte med at det både er overbehandling og underbehandling av depresjon.

– Allmennleger er blitt kritisert for at de forskriver antidepressiver til folk som har hverdagsproblemer. Menneskelig sett er ikke det den gunstigste behandlingen, men de nye antidepressivene er ufarlige, i forhold

til de gamle. Derfor er ikke slik forskrivning så veldig bekymringsfull, sier Olav Thorsen, fastlege i Stavanger som stod sentralt i planleggingen av konferansen.

Kan litt om alt

Behandlingen pasienten får, vil avhenge av fastlegens kunnskap og holdning.

– Det må vi nok dessverre leve med. Allmennleger kan litt om alt. Noen allmennleger er flinke til å prate med pasienten, andre vil helst følge timeplanen med 15 minutters konsultasjoner og gi pasienten en resept i hånden. I allmennpraksis er dette akseptabel praksis, mener Thorsen. Konsensusrapporten maner likevel til varsomhet.

– Man må vurdere medikamentforskrivning kritisk i forhold til annen behandling. Man skal ikke stille depresjonsdiagnose før det er gått en tid og oppfølging av pasienten hører alltid med, sier han.

Han synes det er vel så bekymringsfullt at legene ikke alltid fanger opp dem som faktisk trenger medikamentell behandling.

– Vi skiller ikke skarpt mellom endogen og reaktiv depresjon lenger, og bruker gjerne tester som passer best for kvinner. Dermed faller menn utenfor. Vi er for lite flinke til å differensiere, sier han.

Presset fra legemiddelindustrien og påtrykket fra psykiatrien er stort. Thorsen opplever også at pasienter presser på for å få medikamenter. – Det synes jeg er greit. Da er pasienten motivert for behandlingen.

Tøff markedsføring

Janecke Thesen, fastlege på Osterøy og førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, er ikke i tvil om at medikamenter hjelper mange til å komme raskere på beina igjen.

– Samtidig er det helt klart store grupper som kunne ha klart seg uten selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), forutsatt at de får annen form for hjelp fra nettverk eller andre behandlere, sier hun. – Det er mange veier til et mindre deprimert liv. SSRI-preparater har fått forkjørsrett selv om behandlingen handler mer om kulturelle og samfunnsmessige forhold enn om kjemi. Dette er en moderne løsning som dyttes på pasienter av leger, medier, psykiatere og legemiddelindustri.

Janecke Thesen er lite glad for den hysteriske markedsføringen fra legemiddelindustri og medier. – Dette er med på å øke forbruket og markedsfører forestillingen om kjappe kjemiske løsninger på menneskelige livsfloker.

Hun synes det blir galt å klandre allmennleger for at forbruket øker. – Fastlegene er en

– Griper for lett til reseptblokken

– Økningen i forbruket av psykofarmaka og spesielt antidepressive midler gjenspeiler at det psykiske helsevernet er for dårlig utbygd.

Det sier generalsekretær Tor Øystein Vaaland i Rådet for psykisk helse. Han mener at leger, i mangel på andre behandlingstilbud, griper for lett til reseptblokken når de møter personer i krise.

– Jeg tror ikke legene forskriver antidepressiver fordi de har en sløv holdning til folks problemer, men fordi de står i et dilemma. De ønsker jo å hjelpe pasientene, men vet at kapasiteten i annenlinjetjenesten er sprengt. Så sitter de der i 15 tilmålte minutter med en deprimert pasient og lurer på om de skal henvise til en psykolog som har ledig time om et halvt år. I et slikt øyeblikk kan det være lett å ty til medikamentell behandling uten noen form for psykoterapi i tillegg, sier han. Vaaland tror at mange leger opplever en slik løs-

ning som utilfredsstillende og lettvint.

– Legene har derfor et stort ansvar når de forskriver legemidler, sier han.

– Er du bekymret over utviklingen?

– Jeg er bekymret, men ikke alarmert.

Dersom psykisk helsevern var bedre utbygd og bruken av antidepressiver likevel var økende, hadde problemet vært langt mer alvorlig. Legemidler må ikke erstatte psykososiale tiltak og andre terapiformer, men være et supplement i behandlingen av psykiske lidelser. Målet er å hjelpe mennesker til å mestre sine problemer og sin livssituasjon. En annen årsak til økt bruk av psykofarmaka er at mange mennesker i vårt samfunn lever under et sterkt hverdagspress. Kravene kan virke uoverstigelige for å lykkes både i privatlivet og på jobb. Men det er sjelden en god løsning å forsøke å takle presset ved hjelp av tablettbruk, sier Tor Øystein Vaaland.

del av et samfunnsmessig system, og det er mange som sitter på våre skuldre. Jeg har opplevd at pasienter trues med stopp i attføringspenger hvis de ikke forsøker antidepressiver. En rekke retningslinjer fører klart til økt forskrivning hvis vi følger dem slavisk, sier Thesen.

Hun minner om at allmennleger har begrenset tid og helt andre rammebetingelser enn psykiatere. – Vi skal betjene tre til fire pasienter i timen pluss øyeblikkelig hjelp-tilfeller innimellom. Det blir feil når retningslinjer lages av fagfolk uten respekt for vår virkelighet og rammebetingelser, synes hun.

For liten årvåkenhet

Thesen ser likevel et stort forbedringspotensial ved legers forskrivningspraksis. Hun peker blant annet på for liten årvåkenhet i forhold til å avslutte medikamentell behandling.

– Fastlegene kan bli flinkere til å prøve ut om SSRI-preparater kan være riktig behandling der depresjon kan være medvirkende årsak. Hvis behandlingen ikke har gitt positiv effekt innen ti uker, får man avslutte og prøve noe annet, mener hun.

– Det er behov for større bevissthet i forskrivningen. Hvis vi vil gjøre noe for å motvirke de kraftige samfunnsmessige prosessene som ligger i bunnen, må vi jobbe på andre måter. I min praksis håper jeg å kunne samle pasienter med ulike plager som depresjon, angst og aggresjon, i grupper hvor de kan utforske veier å gå som kan gjøre livet lettere. Jeg tror det kan gi pasienter en opplevelse av mestring som er viktig.

– Betyr det faktum at noen overbehandles og andre underbehandles, at allmennleger har for liten kunnskap om depresjon og derfor burde overlate behandlingen til psykiatere?

– I utgangspunktet skal ikke psykiatrien ta

seg av det store gross. Spesialister i alle disiplinene har lett for å bli enøyde, og jeg mener også at det ville øke medikaliseringen, sier Thesen. Hun poengterer at deprimerede pasienter nesten aldri bare er deprimerede, men at de befinner seg et sted mellom medisinen og det alminnelige livet.

– Allmennleger er gode til å se helheten. I allmennmedisin handler det om å være pragmatisk: Hvordan kan jeg behandle pasienten best slik rammebetingelsene er? Allmennleger bør fortsatt ha en stor rolle i allmennpsykiatri, og i tillegg skulle jeg ønske at psykiaterne var mer til stede for oss når vi trenger dem, sier Janecke Thesen.

– Ingrid M. Høie, *Tidsskriftet*
ingrid.hoie@legeforeningen.no

Litteratur

1. Behandling av depresjon i allmennpraksis. 1. Behandleskonferanse 9.–10. november 1999. Rapport nr. 14. Oslo: Norges forskningsråd, 2000.

Lengre konsultasjon hos byleger

Kvinner med psykososiale problemer som går til lege i by, blir tilgodesett med mest tid under konsultasjonen.

Det er en kjensgjerning at pasienter flest er tilfreds med den medisinske behandlingen de får hos legen sin, men at det er stor misnøye med den korte tiden konsultasjonene varer. En studie publisert i *BMJ* (1) viser at det er langt mer enn legens personlighet og kulturbakgrunn som bestemmer konsultasjonens varighet. Også karaktertrekk og egenskaper hos pasienten har noe å si.

Forskjell på 1½ minutt

Forskere har studert videooptak av 3 674 pasientkonsultasjoner hos 190 allmennleger i seks europeiske land med ulike helse-systemer. Analysene avdekket en rekke interessante funn: Den gjennomsnittlige konsultasjonstiden var 10,7 minutter. Leger i Belgia og Sveits brukte lengst tid på pasientene, mens kollegene i Tyskland og Spania hadde det mest travelt. Konsultasjonstiden i Nederland og Storbritannia lå midt imellom.

I bypraksiser var konsultasjonene 1,5 minutter lengre enn i legepraksiser på landet. Konsultasjoner med kvinnelige pasienter varte ett minutt lenger enn konsultasjoner med mannlige pasienter. Konsultasjoner som omhandlet minst én ny problemstilling, varte 51 sekunder lenger enn konsultasjoner der kontaktsaken var kjent fra før. Legebesøket hadde også lengre varighet dersom det var psykiske årsaker til konsultasjonen.

Studien viste også at konsultasjonsvarigheten øker med 1,2 sekunder for hvert pasi-



God, men kjapp behandling er pasientenes dom etter besøk hos allmennleger. Illustrasjonsfoto

entår; jo eldre pasienten blir, jo lengre blir konsultasjonstiden. Et annet funn som kanskje ikke er så overraskende, er at konsultasjonstiden forkortes i takt med legens arbeidsbyrde. Legens kjønn eller alder og pasientens utdanningsnivå ser ikke ut til å påvirke konsultasjonens varighet.

De pasienter som tidsmessig får mest ut av sitt legebesøk, er ifølge forfatterne kvinner med psykososiale problemer som oppsøker allmennleger i bypraksiser.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472.

Langt til OECD-nivå på norsk forskning

Norge er ikke nærmere OECD-gjennomsnittet for forskningssatsing nå enn ved starten av regjeringens opptrappingsplan i 1999. Skal Norge komme opp på OECD-nivå før 2005, må det satses 3,6 milliarder kroner mer årlig, mener Forskningsrådet. Dette kommer frem i et oppdatert anslag over Norges innsats innen forskning og utvikling, som Forskningsrådet nylig har oversendt Utdannings- og forskningsdepartementet.

Forskningsandelen av bruttonasjonalproduktet (BNP) er i dag anslått til 1,65 %, mens den gjennomsnittlige andelen i OECD-landene ligger på 2,21 % av BNP. For å komme opp på ønsket nivå, anslår Forskningsrådet at det vil være behov for en vekst på 10,7 milliarder kroner når man ser offentlig og privatfinansiert forskning samlet. Dette utgjør 3,6 milliarder kroner årlig frem til 2005.

Kristiania Advokat

Advokater med helsefaglig profesjonsbakgrunn

Ansvarlig: Advokat/lege Gudleik H. Leir

Ullernchausséen 1, 0377 Oslo
Tlf.: 23 29 66 60 – Faks.: 23 29 66 66
firmapost@kristianiaadvokat.no