UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Seksjon for allmennmedisin

ALLMENNMEDISIN

Om faget og undervisninga

*

Arbeidsbok for Grunnkurs klinikk

Namn: _____ Kull:_____

Innlevering: 1. dag på kommunikasjonskurset

Godkjenning: _____

Gateadresse:	Postadresse:	Telefon:	Telefaks:
Kalfarveien 31	5018 BERGEN	55 58 61 00	55 58 61 30

Om faget og undervisninga

Faget allmennmedisin

Allmennmedisin er den "alminnelige" medisinen, den som praktiseres av fastlegene og andre allmennpraktikere. Det er ca. 4 000 allmennpraktiserende leger i Norge, og de har til sammen 15 millioner pasientkontakter per år. Allmennmedisin er en egen medisinsk spesialitet, og er av fakultetet definert som et av tre kliniske hovedfag (sammen med indremedisin og kirurgi). Denne tredelingen avspeiler seg også i turnustjenesten.

Som klinisk disiplin er allmennmedisin et fag som integrerer kunnskap fra de ulike organspesialitetene. Men den kliniske allmennmedisin henter også kunnskap fra nærliggende fagområder som psykologi og humanistiske fag. Det legges vekt på at allmennpraktikeren skal kunne kombinere medisinsk viten med respekt for pasientens egenopplevelse, og denne kombinerte forståelsen skal være utgangspunktet for å yte hjelp.

Læringsmål

Målsettingen med studieplanen er å kvalifisere studentene til allmennmedisinsk klinisk praksis ved å formidle teoretisk kunnskap og ved å dyktiggjøre dem i kliniske metoder knyttet til vanlige presentasjonssymptomer i allmennpraksis. Undervisningen skal også trene ferdigheter og bevisstgjøre på koordinatorfunksjonen, gi studentene innblikk i organisasjon og praksisadministrasjon og synliggjøre hvilke oppgaver allmennpraktikeren har innen forebyggende medisin. Vi legger stor vekt på trening i konsultasjonsprosessen og på refleksjon over legerollen og utøvelsen av legeyrket.

Pedagogiske metoder

Undervisningen i allmennmedisin er i stor grad "studentsentrert" ved at store deler av undervisningen bygger på erfarings- og opplevelsesbasert læring. Dette vil spesielt være tilfelle for praksisutplasseringen hvor studentene får erfaring med egen klinisk virksomhet. Deler av undervisningen er også gjort opplevelsesbasert og studentsentrert gjennom rollespill, video, simulerte kliniske arbeidsoppgaver, samt seminarer og gruppearbeid. Noe av undervisningen og undervisningsstoffet må likevel formidles gjennom forelesninger og klinikker.

Grunnkurs klinikk, allmennmedisinsk del

Målsettingen for undervisningen i den allmennmedisinske delen av Grunnkurs klinikk er å gi studentene en innføring i helseproblemer i folks hverdag og de metoder primærlegen bruker for å diagnostisere og behandle disse helseproblemene.
Undervisningen tar også sikte på å gi forståelse for hjemmesituasjonen som pasientene innlegges fra og utskrives til fra sykehus.

Undervisningen består i en dag utplassering hos allmennpraktiker og 1-2 dager teoriundervisning i samarbeid med Seksjon for forebyggende medisin og Seksjon for sosialmedisin.

Kurs i klinisk kommunikasjon
Dette gjennomføres som en del av allmennmedisindelen av Grunnkurs klinikk. Kurset er et samarbeidsprosjekt mellom Psykiatrisk institutt og Seksjon for allmennmedisin. Det har som målsetting å bevisstgjøre studentene på betydningen av kommunikasjonen i lege-pasient forholdet og å trene på basale kommunikative ferdigheter.

Integrert undervisning med andre kliniske fag

Spesifikk undervisning i allmennmedisin blir gitt i Grunnkurs klinikk og i den allmennmedisinske terminen helt på slutten av studiet. Spredt utover de mellomliggende årene vil det bli gitt integrert undervisning, hvor allmennpraktikere og spesialister samarbeider om enkelttemaer.

Allmennmedisinsk/samfunnsmedisinsk termin

Hoveddelen av den allmennmedisinske undervisningen er lagt til denne perioden, i studiets siste termin. Undervisningen baseres først og fremst på at hver enkelt student utplasseres fire uker hos en allmennpraktiker på Vestlandet (fra Vest-Agder til Sogn og Fjordane). Gjennom egenerfaring vil studentene her få lære allmennmedisinsk epidemiologi og den vanlige primærmedisinske klinikk slik allmennpraktikeren møter sykdoms- og helseplagepanoramaet.

Undervisningen foregår i samarbeid med Seksjon for forebyggende medisin og Seksjon for sosialmedisin, og studentene skal erfare hvordan disse fagene integreres i den allmennmedisinske kliniske virksomheten. Studentene skal også arbeide med en mindre gruppeoppgave under utplasseringen.

Før og etter utplasseringen blir det gitt undervisning i teoretiske, administrative og kliniske aspekter ved allmennmedisin.

Fredagsforelesninger

Dette er en gjennomgående forelesningsserie for hele siste studieår, altså for studenter i de siste indremedisinske, kirurgiske og allmennmedisinske terminer. Det holdes to forelesninger hver fredag (1315 - 1500). Allmennmedisin står for 20 av de 54 fredagsforelesningene.

Selvstendig oppgave

Seksjon for allmennmedisin tilbyr studentene oppgaver med veiledere fra seksjonen. Hensikten med særoppgaven er å lære studentene vitenskapelig tenke- og arbeidsmetode. Studentene velger oppgave ved slutten av 2. studieår, og oppgaven leveres inn i slutten av 5. studieår.

Eksamen i allmennmedisin

Eksamen avholdes på slutten av studiet og består av en skriftlig del og en muntlig del. Studentene kommer etter loddtrekning opp i bare en av de to eksamensformene. Den skriftlige delen er sammensatt av essay-, kortsvar- og flervalgsoppgaver. Den muntlige delen består i at studenten først skal gjennomføre en allmennmedisinsk konsultasjon med en pasient, og deretter eksaminasjon.
Tidligere eksamensoppgaver kan finnes på Internet:
http://www.uib.no/isf/student

Hvilke bøker kan jeg lese?

Allmennmedisin er et omfattende fag. Den norske læreboken definerer et slags "pensum" for faget. Men det er vanskelig å gi klare avgrensninger for hva som omfattes av klinisk allmennmedisin. Faget rommer alt det man kan møte av utfordringer og oppgaver på allmennpraktikerens kontor.

I det følgende gir vi en kort omtale av noen bøker som kan være nyttige. Listen er laget nokså omfattende, fordi vi ønsker å gi forslag til dem som søker fordypningslitteratur på ulike felt. Ved å se gjennom stikkordene i venstre kolonne vil du finne hvilke temaer som er representert. Vi forventer ikke at du skal lese alle bøkene!

1. Lærebok

Hunskår S, red. ***Allmennmedisin.*** **Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.** Boken er den første norske læreboken i klinisk allmennmedisin, skrevet til bruk i legenes grunnutdanning. Det legges vekt på å beskrive sykdommer og tilstander som er relevante for allmennpraktikere, og å vise hvordan allmennmedisinsk arbeid utføres i praksis med tanke på utredning og behandling av de mest vanlige symptomer og tilstander. I tillegg blir det tatt opp generelle allmennmedisinske temaer som allmennmedisinens oppgaver, helseopplysning, helsekontroll, legeetikk, rusproblematikk og spesielle oppgaver i pasientens ulike livsfaser.

2. Andre gode bøker

Allmennmedisinske oppslagsbøker	**Arentz-Hansen C, Moen K.** ***Legevakthåndboken.*** **Universitetsforlaget, 1997. 2. utg, 674 sider.** Denne håndboken har en svært stor temabredde, og vil kunne fungere som et oppslagsverk for leger på vakt. Den beskriver undersøkelsesmetodikk, symptomer, funn, differensialdiagnoser, komplikasjoner og aktuelle behandlinger for et stort antall tilstander. Legevakthåndboken inneholder også relevante lover og regler. ***Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell.*** **Ca. 1 000 sider.** Dette er en terapirettet oppslagsbok om legemiddelbehandling. Til forskjell fra Felleskatalogen (som utgis av industrien) vil man her finne kortfattede omtaler av de viktigste sykdommene med vekt på medikamentell terapi. Der hvor det er mulig gis det anbefalinger om førstehåndspreparater. **Roksund G, red.** ***Fastlegen. Praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontorer*****. Universitetsforlaget. 2002. 229 sider.** Her beskrives og presenteres eksempler og råd omkring etablering og drift av allmennpraksis og om det indre livet på legekontoret. Forfatterne behandler så vel medisinfaglige, arkitektoniske, juridiske og økonomiske problemstillinger som de ulike fasene i etableringen av et legekontor.
Internasjonal allmennmedisin	**Goroll AH et al.** ***Primary Care Medicine. Office evaluation and management of the adult patient*****. JB Lippincott company, Philadelphia 2000. 1320 sider.** Dette er en ren klinisk lærebok. Også denne boken består av kapitler som er bygget opp omkring organsystemer. Alt i alt omtales 230 kliniske problemstillinger innenfor følgende områder: hjerte/kar, respirasjonssykdommer, gastroenterologi, hematologi, onkologi, endokrinologi, gynekologi, urinveier, muskel/skjelett, nevrologi, hudsykdommer, øyesykdommer, ØNH og psykiatri. Gode eksempler på allmennmedisinsk tilnærming. **McWhinney IR.** ***A textbook of family medicine.*** **Oxford University Press, 1997. 448 sider.** Dette er den internasjonale standardboken, brukt i mange land. Den er skrevet av en av allmennmedisinens fremste personer. Den inneholder mange av de temaene som den norske boken tar opp, og man vil i tillegg finne ca. 100 sider om noen få, utvalgte kliniske problemstillinger i allmennpraksis.
EBM	**Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A.** ***Medisinsk***

Evidensbasert medisin	***kunnskapshåndtering.*** **Gyldendal Akademisk 2000, 278 sider.** Dette er eneste basisbok på norsk om evidensbasert medisin (EBM). Den gir en ypperlig oversikt over de forskjellige delene av EBM, og egner seg både for medisinstudenter og leger i klinisk praksis.
Lege-pasientkommunikasjon	**Ohnstad A.** ***Den gode samtalen.*** **Det Norske Samlaget, 1993. 125 sider**. En innføringsbok om målrettede, problemløsende samtaler. Den gjør rede for relasjonen mellom hjelperen og den som får hjelp og de ulike fasene i en klientsamtale. Videre behandler den tema som kjønn, kommunikasjonsvansker og tabuemner. **Eide H. og Eide T.** ***Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*****. Ad Notam Gyldendal, 2000 (6. utg.) 291 sider.** Dekker både praktiske og prinsippielle sider ved kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter. Omsorg, mestring, kommunikasjon, lytting, egenutvikling. **Malterud K.** ***Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter.*** **TANO, 1990. 256 sider.** Dette er Kirsti Malteruds doktoravhandling hvor hun beskriver og analyserer en intervjuteknikk basert på såkalte nøkkelspørsmål. Boka inneholder også mye aktuelt stoff om kommunikasjon i allmennpraksis, om lege-pasient-forholdet og om kvinner og helse. Dette er ikke en lærebok, men en vitenskapelig avhandling som kan være nyttig for spesielt interesserte.
NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin) står bak en rekke såkalte "handlings-programmer" for allmennpraksis. Dette er kortfattede, praktiske og normgivende veiledninger for hvordan allmennpraktikerne bør utrede og behandle noen viktige enkelttilstander.	**Claudi T (red).** ***NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis.*** **Norsk Selskap for Allmennmedisin, 2001. 107 sider.** (kan bestilles fra Norges Diabetesforbund, ligger på internett). Konsekvensene av god eller dårlig behandling av diabetikere gir store utslag på senvirkninger av sykdommen, både når det gjelder skade på enkeltorganer med funksjonstap og på overlevelse. I dette reviderte programmet for diabetes finner du svar på spørsmål knyttet til behandling av diabetikere.

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsekontroller	**Heian F, Misvær N. *Helsestasjonsboka. Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet.* Kommuneforlaget, 1995. 346 sider**. Denne boken er delt i fire: en generell del, en om konsultasjonen med sjekklister for hvert alderstrinn, en temadel og et medisinsk avsnitt om ulike helseproblemer. Den tar for seg familien og nærmiljø og de problemer som kan oppstå i barnets sosialiseringsprosess. **Grimsmo A. *Forebyggende helsearbeid i skolen*. Kommuneforlaget, 1989. 214 sider**. Denne boken gir et forslag til "skolebarnundersøkelse", men tar også opp sammenhengen mellom skolemiljø og helse, nærmiljødiagnose, egenomsorg og tverrfaglig samarbeid. Andre tema er forebygging av ulykker, lære- og tilpasningsvansker. **Nordviste O (red.). *Helsekontrollboka.* Den norske lægeforenings helsekontrollprogram 1993. 164 sider**. Helsekontrollen har de senere årene kommet i vanry, og mange leger har hatt en følelse av at dette arbeidet har vært sløsing med ressurser. Denne boken presenterer et sett med nøkterne og praktiske anbefalinger.
Pediatri	**Haga OS. *Hverdagspediatri.* Universitetsforlaget. 2003. 432 sider.** Boken gir praktisk hjelp og konkrete råd i situasjoner der allmennpraktikeren står overfor et sykt barn. Forfatteren beskriver møtet med pasient og foreldre, via prøvetaking til undersøkelse og praktiske tiltak. Leseren vil finne beskrivelser av de fleste tilstander og sykdommer som allmennpraktiserende leger møter, med størst vekt på faglig tilnærming og praktiske tiltak.
Menneskekunnskap og etikk	**Schei E., Gulbrandsen A. (red). *Forstår du, doktor? Mot en humanistisk legeutdanning.* Tano Aschehoug 2000**. Artikkelsamling med bidrag av pasienter, medisinstudent, leger, sykepleiere, legeskretær m.m. Viser gjennom ulike innfallsvinkler hvordan legens mulighet for å forstå og hjelpe pasienten er avhengig av menneskekunnskap, kritisk refleksjon og selvinnsikt.
Ubestemte helseplager	**Malterud M (red). *Kvinners ubestemte helseplager.* Pax Forlag 2001, 179 sider.** Mange kvinner har symptomer som legen oppfatter som ubestemte, der det er vanskelig å stille en medisinsk diagnose. Denne boken problematiserer de såkalt "ubestemte" plagene, bidrar til forståelse av disse tilstandene og viser hvordan man som lege kan være til hjelp for pasientene.
Allmennmedisin i	**Swensen E. (red) *Diagnose: Risiko*. Universitetsforlaget**

samfunnsdebatten	**2000.** Artikkelsamling om "risiko for sykdom": risikofaktorer, masseundersøkelser, kostbar behandling av symptomfrie "risikanter". Hva er ønskelig, hvilke verdier ønsker vi å fremme?
Svangerskap	**Bergsjø P, Førde R, Sjøli SI, Telje J, Thesen J. *Svangerskapsomsorg i allmennpraksis*. Universitetsforlaget, 1998. 303 sider.** Dette er en praktisk håndbok som inneholder det en allmennpraktiker trenger for å drive en forsvarlig svangerskapsomsorg. Den er bredt anlagt og omhandler såvel normalfysiologi som spesielle tilstander og komplikasjoner, transportfødsler, hjemmefødsler, svangerskapet som livsfase og de lover og regler som gjelder de gravide.
Gynekologi	**Juvkam, Gudim. *Gynekologi i allmenpraksis*. Tano 1999. 360 sider**. En praktisk og oversiktlig bok skrevet av norske allmenpraktikere. Egner seg godt som oppslagsbok for konkrete problemstillinger.
Geriatri	**Laake K. *Geriatri i praksis*. Gyldedal 2003.** Denne boken gir en oversikt over de vanligste somatiske og psykogeriatriske helseproblemer hos gamle mennesker. Diagnostikk og behandling er vektlagt. Boken inneholder også egne kapitler om aldringsprosessen, kommunal eldreomsorg og forebyggende helsearbeid hos eldre og gamle. **Engedal K, Bruun Wyller T. *Aldring og hjernesykdommer*. Akribe Forlag. 2003. 380 sider.** Dette er en lærebok for helsepersonell og studenter med interesse for geriatri, alderspsykiatri og nevrologi. Den gir grunnleggende og oppdaterte kunnskaper om hjernesykdommer som forekommer hyppig i alderdommen, slik som hjerneslag, demens, delirium (akutt forvirring), epilepsi, Parkinsons sykdom, depresjon, angst, psykoser og søvnforstyrrelser, og om håndteringen av pasienter med slike tilstander.
Litterære tilnærminger til faget	**Skårderud F. Uro. *En reise i det moderne selvet*. Aschehoug, 1998**. Problemstillinger knyttet til identitet, det underbevisste, psykisk og sosial fremmedgjøring, modernitetskritikk og menneskets eksistensielle situasjon belyses i en velskrevet bok. Forfatteren er praktiserende psykiater. **Reynolds R, Stone J. *On Doctoring*. Simon & Schuster 1995**. Samling av noveller, dikt og artikler som belyser legeyrket fra ulike vinkler. Boken blir ved flere

	amerikanske studiesteder delt ut som gave til alle nye medisinstudenter.

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Forslag til leseplan for boka

ALLMENNMEDISIN
Legestudiet UiB

Termin/fag/emne	Kapittel i læreboka
Grunnkurs klinikk	Forord 1.1 Første linje 1.2 Helseproblemer og bruk av helsetjenester Deler av 1.4 Den kliniske samtalen
Medisin/Kirurgi DSH	1.5 Den diagnostiske prosessen 1.6 Terapeutiske beslutninger og handlinger 1.7 Grunnlag og grenser for klinisk kunnskap Del II (Kap. 2.1 - 2.13)
Kirurgi HS	Deler av 3.6 Muskel- og skjelettsystemet 3.15 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer 3.16 Skader, ulykker og forgiftninger
Medisin HS	3.1 Blod og bloddannende organer 3.2 Fordøyelsesorganer 3.5 Hjerte og kretsløp 3.12 Nyrer og urinveier
Øye	3.3 Øyet
ØNH	3.4 Øret Deler av 3.9 Lunger og luftveier
Hud	3.10 Hud
Nevrologi	2.10 Akutte ryggsmerter 2.4 Svimmelhet 3.7 Nervesystemet
Geriatri	2.6 Fall og falltendens hos gamle 2.13 Akutt forvirring hos gamle 4.5 Alderdom 4.6 Omsorg ved livets slutt
Revmatologi	Deler av 3.6 Muskel- og skjelettsystemet

Psykiatri	3.8 Psykiske forstyrrelser
Pediatri	4.1 Barn og barndom 4.2 Tenåringen
Obstetrikk	3.14 Svangerskap og fødsel
Gynekologi	3.13 Kvinnelige underlivsorganer
Medisin/kirurgi HS	1.5 Den diagnostiske prosessen Del II (Kap. 2.1-2.13) Resterende del III-kapittel
Allmennmedisin arbeidsteknikker	1.3 Allmennmedisinske rammer og 1.4 Den kliniske samtalen Resten av boka/repetisjon
Eksamensterminen	Repetisjon

Del 4, 5 og 6 kan leses som bakgrunnsstoff når det passer i 4, 5 og 6 studieår, men bør uansett vektlegges i allmennmedisinterminen

Arbeidsbok

for

Grunnkurs klinikk

Introduksjon

Allmennmedisinundervisninga i Grunnkurs klinikk har tre element:

A. Det viktigaste er ein dags utplassering hos allmennpraktikar i Bergens-regionen. Du skal oppleve kva allmennmedisin er, og korleis den vert driven. Dessutan ber vi deg lese to korte artiklar om allmennmedisin.

B. Du får denne arbeidsboka, som inneheld ein del oppgåver knytta til opplevingane på utplasseringsdagen. Det skal gjerast ei praksisregistrering over 10 pasientar. Registreringane frå heile kullet skal brukast i undervisninga etter utplasseringa.

C. Teoriundervisninga består av ein introduksjonsdel før, og ein heil dag etter utplasseringa. I etterundervisninga vil det bli lagt vekt på kva som kjenneteiknar allmennpraktikaren sitt arbeid, dei pasientane som kjem dit, og kva arbeidsteknikkar allmennpraktikaren brukar i arbeidet sitt.

Tema for undervisninga:

* Introduksjon til utplasseringa hos allmennpraktikar
* Allmennmedisinske arbeidsteknikkar
* Legar i allmennpraksis
* Pasientar i allmennpraksis
* Konsultasjonen i allmennpraksis
* Klinikk - pasient frå allmennpraksis
* Diagnostikk og diagnostisk uvisse
* Skriftleg dokumentasjon og kommunikasjon

Mål for undervisninga

* Studenten skal få innblikk i allmennpraktikarrolla, og korleis arbeidet vert drive i norsk allmennpraksis
* Studenten skal få noko kjennskap til kvifor, og med kva plager folk søker lege, og kva forventningar og bestillingar pasienten har i konsultasjonen
* Studenten skal få eit første innsyn i den allmennmedisinske arbeidsmåten, med spesiell vekt på samtalen
* Studenten skal få eit første innsyn i kva konsultasjonen omfattar, fasar i konsultasjonen, og korleis legen strukturerer innhaldet i ein konsultasjon

Arbeidsoppgåver

a. Teoristoff
Sist i dette heftet finn du to artiklar om allmennmedisin. Den første heiter ”Første linje” og er introduksjonskapitlet i den norske læreboka i allmennmedisin. Kapitlet er skrive av Kirsti Malterud og Steinar Hunskår, begge professorar i allmennmedisin i Bergen. I kapitlet finn du ei innføring i ein del sentrale definisjonar og ord du må ha kunnskap om. Den andre er utdrag av artikkelen "The Foundations of Family Medicine" av Ian R. McWhinney, som var professor i allmennmedisin ved University of Western Ontario i Canada frå 1968 til 1993. Han er ein av dei mest kjente personane i internasjonal allmennmedisin, og han er mellom anna æresdoktor ved Universitetet i Oslo. Læreboka hans, "A Textbook of Family Medicine", vert brukt i svært mange land, og vert sett på som det internasjonale standardverket i allmennmedisin.

Vi ønskjer at du skal lese desse artiklane no. Dei gir viktig grunnlagsstoff om allmennmedisinen som fag, og er ein del av "pensum" for den teoretiske delen av faget.

b. Opplysningar om praksislæraren
Du skal registrere nokre få opplysningar om praksislæraren din. Nokre av spørsmåla må du kanskje spørre i løpet av praksisdagen. Les over skjemaet før utplasseringsdagen!

Sist ber vi deg gi ei vurdering på ein fire-delt skala av kor fornøgd du var med praksislæraren din.

Vi har hatt enkeltståande tilfelle der studenten opplever ubehagelege ting eller vurderer praksislæraren eller praksisen som ueigna for studentundervisning. Dersom du opplever dette, vil vi gjerne ha melding. Du kan ringe til ein av allmennmedisinlærarane eller du kan sende epost til gunnar.bondevik@isf.uib.no, så skal vi behandle saka på beste måte.

c. Praksisregistrering
På dei neste to sidene finn du skjema for pasientregistrering på utplasseringsdagen, og ei rettleiing til korleis du skal fylle ut skjemaet. Føremålet med skjemaet er tredelt. For det første ønskjer vi at du gjennom denne enkle registreringa skal lage deg ein tabell over dei 10 første pasientane du møtte på praksisdagen. Til kvar pasient ønskjer vi at du skal registrere nokre få opplysningar. På den måten vil du få ei miniutgåve av "Pasientar i norsk allmennpraksis". Det andre føremålet med pasientregistreringa er at vi vil legge registreringane frå heile kullet inn i eit statistikkprogram, og ein del resultat frå kullet si samla registrering vil bli presentert i etterundervisninga som utgangspunkt for diskusjon. Og til slutt skal pasientregistreringa minne deg om kva du har opplevd denne dagen, med tanke på å svare på spørsmåla i arbeidsboka.

d. Arbeidsbok
Etter pasientregistreringsskjemaet følgjer ei arbeidsbok med oppgåver omlag etter same mønster som ein kjemi- eller fysikkjournal. Oppgåvene er knytta til arbeidsteknikkar i allmennpraksis, og tilsaman vil teksten og svara dine utgjere eit

lite teoripensum i allmennmedisinske arbeidsteknikkar. Du skal svare på desse oppgåvene etter at praksisdagen er ferdig. Heftet skal leverast inn etter avtale eit par dagar seinare.

LEGEN i allmennpraksis - STUDENTREGISTRERING

1. Legens kjønn
□ Mann □ Kvinne

2. Kor mange legar
Tal på legar knytta til praksisen: _____

3. Listestørrelse
Tal på pasientar på legens liste: _____

4. Arbeidsmengde
Tal på pasientar ein vanleg kontordag: _____

5. Telefontid
Telefonen open for pasienthenvendelsar i _____ timar dagleg

6. Ventetid for "vanleg" time (ikkje ø.hj.)
□ Mindre enn ei veke
□ 1-2 veker
□ 3 veker eller meir

7. Legevakt
Kor ofte legevakt per månad: _____

8. Oppgåver utanom kurativ kontorpraksis
□ Skulelege
□ Helsestasjon
□ Bedriftslege eller personallege
□ Lege knytta til heimesjukepleien
□ Aldersheim eller sjukeheim
□ Kommunal helseadministrasjon

9. Personale på kontoret
□ Sjukepleiar
□ Legesekretær
□ Bioingeniør
□ Andre

10. Kor fornøgd er du med utplasseringa i allmennpraksis?
□ Svært fornøgd □ Fornøgd
□ Lite fornøgd □ Ikkje fornøgd

PASIENTREGISTRERING

Praksisregistrering er ein mykje nytta forskingsmetode i allmennmedisin. Metoden er også nyttig til kvalitetssikring av eigen praksis, og som diskusjonsgrunnlag mellom kolleger, eller til bruk i spesialistutdanninga.

På utplasseringsdagen skal du gjere ei registrering av 10 av pasientane du opplever i konsultasjon med legen.

Rettleiing til dei enkelte svarkategoriane

Alder: Her skriv du kor gammal pasienten er

Kjønn: M = mann, K = kvinne

Organsystem: Du skal kode kva organsystem pasienten sitt hovudproblem høyrer inn under etter følgjande kode:

A = allment og uspesifisert
B = blod og blodsjukdommar
D = fordøyelsesorgan
F = auge og augesjukdommar
H = øyre og øyresjukdommar
K = hjarte-karsystemet
L = muskel-skjelettsystemet og skader
N = nervesystemet
P = psykiske sjukdommar
R = luftvegar
S = hud og hudsjukdommar
T = endokrine, metabolske ernæringsmessige tilhøve og sjukdommar
U = urinvegar og urinvegssjukdommar
W = svangerskap, fødsel og familieplanlegging
X = kvinnelege kjønnsorgan (inkl. bryst)
Y = mannlege kjønnsorgan
Z = sosiale problem

Kontaktårsak, symptom, tilstand og/eller sjukdom:

Her skriv du eit eller fleire stikkord om kva pasienten kjem for, kva som var hovudsaka i konsultasjonen, og evt. kva som var diagnosen

Tiltak: Her set du kryss i ruta berre dersom det er aktuelt:

Sjukmelding(Sm):

Her kryssar du dersom det vert gitt sjukmelding (ny eller forlenging).

Resept:

Her kryssar du dersom det vert utskrive resept.

Lab:

Her kryssar du dersom det vert teke laboratorieprøvar.

Henv:

Her kryssar du dersom pasienten vert henvist til røntgenundersøking eller til enkeltundersøking, f.eks. gastroskopi, dersom pasienten vert henvist til konsultasjon hos spesialist eller sjukehuspoliklinikk, eller dersom pasienten vert søkt innlagt i sjukehus, anten på venteliste eller som øyeblikkeleg hjelp.

PASIENTREGISTRERING

Pasient nr.	Alder (år)	Kjønn (M/K)	Organ-system	Kontaktårsak, symptom, tilstand og/eller sjukdom	Tiltak			
					Sykem.	Resept	Lab.	Henv.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

ARBEIDSTEKNIKKAR I ALLMENNPRAKSIS

På utplasseringsdagen skal du observere allmennpraktikaren i arbeid. Dermed kan du sjå allmennmedisin i praksis.

Måten allmennpraktikaren arbeider på, er ein konsekvens av dei oppgåvene legen har, og av dei rammene ein har til disposisjon. Desse rammene kan samanfattast i nokre enkle punkt.
Allmennpraktikaren

- har avgrensa og kort tid til kvar konsultasjon
- kan følgje opp pasienten med mange eller hyppige konsultasjonar
- brukar sjukehistoria (anamnesen) som sitt viktigaste diagnostiske instrument
- har enkel teknologi for diagnose og terapi
- legg vekt på generell kunnskap i spesialfelta
- møter ofte uspesifikke teikn til sjukdom
- brukar førehandskunnskap om pasienten
- kjenner ofte diagnosen på førehand

Sjukdommane og tilstandane som allmennpraktikaren møter, er ofte ufarlege eller kroniske. Frekvensen (prevalensen) er ulik, og også prognosen kan vere ulik for same tilstand i allmennpraksis og på sjukehus. Desse ulike rammene mellom allmennpraksis og sjukehus gjer at det som er rett i ein sjukehussituasjon, ikkje nødvendigvis er det i allmennpraksis, og omvendt. Allmennpraktikaren prøver å utnytte fordelane og avgrense ulempene ved rammene ein arbeider under i allmennpraksis. Arbeidsmåtane ein bruker kan vi kalle "Dei allmennmedisinske arbeidsteknikkane".

Kontaktårsaker

I dei fleste faga i klinikken vil du lære om sjukdommar, og ofte etter eit fast pedagogisk oppsett: Definisjon, årsaker, symptom, klinisk undersøking, tilleggsundersøkingar, behandling og prognose. I allmennmedisin tek vi oftast utgangspunkt i kontaktårsaka eller symptomet. På sjukehus vil ein ofte ta utgangspunkt i at det er ein "ny" pasient med eit "nytt" problem vi møter, og så er målet å komme fram til "diagnosen". Hos allmennpraktikaren vil du oppleve at i mange konsultasjonar er ikkje oppgåva å stille ein "diagnose" eller leite etter sjukdomsteikn.

OPPGÅVE I løpet av praksisdagen såg du sikkert døme på fleire slags kontaktårsaker og føremål med konsultasjonen. Kryss av på lista nedanfor eksempel på kva du opplevde.

Nytt symptom hos kjent pasient	☐
Kontroll etter behandling av kjent sjukdom	☐
Attest, erklæring eller sjukemelding	☐
Helsesjekk, føler seg frisk	☐
Avtalt time som ledd i utredning	☐
Kontroll av kronisk sjukdom	☐
Informasjon om svar på undersøking	☐
Svangerskapskontroll	☐
Blodtrykkskontroll	☐
Andre:_____	☐

Førehandskunnskap om pasienten

Sjukehuslegen vil måtte stille mange spørsmål systematisk for å skaffe seg oversikt over bakgrunnen til pasienten. Mange av svara på slike spørsmål vil allmennpraktikaren kunne frå før, og legen treng difor ikkje spørje dei på nytt. Klinisk erfaring og kjennskap til den konkrete pasienten gjer også at legen kan oppfange pasienten sin ikkje-verbale kommunikasjon, slik som stemmeleie, kroppshaldning, påkledning og mimikk. Undersøkelsar viser at allmennpraktikarar kan stille diagnosar med ganske høg presisjon allereie tidleg i intervjuet. Av og til vil det vere nyttig å bekrefte for pasienten at du kjenner sjukehistoria og bakgrunnen for pasienten.

OPPGÅVE Kan du nemne eksempel frå praksisdagen der legen direkte eller indirekte bekrefta kjennskap til pasienten si forhistorie, familietilhøve eller sosial bakgrunn?

Opne spørsmål
I motsetnad til kva vi lærer om anamneseopptak på sjukehus, vil allmennpraktikaren sjeldan følgje eit skjema for eit fullstendig anamneseopptak ved kvar konsultasjon. Legen går meir direkte til pasienten sitt aktuelle problem. Legen bør la pasienten legge rammene for kva som er dagens problem, ved å kartlegge kontaktårsaka og det aktuelle problemet. Konsultasjonsforsking har lært oss at dette får ein best fram gjennom opne spørsmål og aktiv lytting i starten, seinare i intervjuet kan det vere trong for meir spesifikke og målretta spørsmål.

OPPGÅVE Kan du gje eksempel på at legen brukte eit ope spørsmål, som viste seg å gje nyttig, ny eller overraskande informasjon?

Avgrensa klinisk undersøking
Allmennpraktikaren si kliniske undersøking vil vanlegvis ta utgangspunkt i det konkrete problemet pasienten kjem med. Det er sjeldan indikasjon for å gjere ei fullstendig klinisk undersøking. Slik avgrensa, eller fokusert, klinisk undersøking er god og fullt forsvarleg allmennpraksis.

OPPGÅVE 1. Kan du nemne eit eksempel frå praksisdagen på at legen ikkje gjorde klinisk undersøking i det heile i løpet av konsultasjonen?
Skriv i stikkordsform kontaktårsaka eller problemstillinga (gjeld alle 3 spørsmåla).

2. Kan du nemne eit eksempel der legen undersøkte eit enkelt organ eller eit svært avgrensa kroppsområde?

3. Kan du nemne eit eksempel der legen gjorde nærast fullstendig organundersøking av dei fleste organa (nervesystemet, bryst, hjarte, mage, underliv osv.)?

Ein trinnvis prosess

Det er slett ikkje alltid noko mål å komme fram til ein sikker diagnose ved første konsultasjon. Ein førebels diagnose kan ha fleire føremål. Ein arbeidsdiagnose kan definere kva slags sjukdom eller tilstand ein er på jakt etter, utan at ein er særleg sikker i første omgang. Diagnosen kan også vere utgangspunkt for handlingar i form av behandlingstiltak, laboratorieprøver eller henvisning til spesialist. Ein diagnose kan også brukast til å avklare forventningar i høve til pasienten, og til å klarlegge eit felles mål for oppfølgjinga.

OPPGÅVE Kan du gje eit eksempel der legen forklarte pasienten at han/ho ikkje hadde noko forklaring på symptomet eller problemet, men der det kanskje var nødvendig med oppfølgjing?

Tida som diagnostisk hjelpemiddel

Berre ved eit fåtal av konsultasjonane vert det stilt diagnosar som gjeld sjukdom eller tilstand som kan vere livstruande eller som kan medføre varig mein. For mange kontaktårsaker er det ingen sjukdom i det heile, og ofte er det symptom eller tilstandar som går over av seg sjølv. Observasjon av den naturlege utviklinga over nokre dagar eller nokre veker, kan i seg sjølv gje verdfull tilleggsinformasjon, og kan spare mange unødvendige undersøkingar og prøver.

OPPGÅVE Kan du gje eit eksempel på at legen brukte tida som diagnostisk hjelpemiddel, f.eks. ved at at forløpet hittil ga avklaring, eller at legen ville sjå tida an?

Klinisk epidemiologi
Ein diagnostisk "test" kan vere eit anamnesespørsmål, ei klinisk undersøking, eller eit prøveresultat. Alle slike testar har nokre matematiske eigenskapar som vi kallar sensitivitet (evnen til å finne dei sjuke) og spesifisitet (evnen til å frikjenne dei friske). Ein nærare omtale av desse omgrepa finn du i læreboka. Det viktige for legen i den daglege praksis, er å vite at testresultat kan vere både sanne og falske. Testresultatet kan vere falskt negativt (testen fangar ikkje opp sjukdommen) eller falskt positivt (testen indikerer sjukdom som ikkje er tilstades). Det er av stor verdi for allmennpraktikaren å kjenne eigenskapane ved dei testane som vert brukt i praksisen, og korleis resultata er avhengige av sannsynligheten for sjukdom hos dei testen vert utført på.

OPPGÅVE	Har du eit eksempel på eit testresultat (svar på spørsmål, funn ved klinisk undersøking eller prøvesvar) som legen ikkje la vekt på, ville kontrollere ein gong til, eller meinte ikkje var relevant å ta omsyn til i konsultasjonen?

Få og selektive laboratorieprøver
Samanlikna med mange andre land har norske allmennpraktikarar høg laboratoriemessig standard, og utfører mange prøver. Slik testing nær pasienten har mange fordelar, det sparer pasientane for tid og reiser, og sannsynlegvis samfunnet for utgifter. Men det er óg viktig for allmennpraktikaren ikkje å ta for mange prøver. I motsetnad til på sjukehus er det ikkje vanleg at ein har eit "standardbatteri" av prøver som vert tatt hos alle.

OPPGÅVE	Kan du nemne eksempel på problemstilling der det ikkje vart tatt laboratorieprøve i det heile?

Utredning og behandling
Allmennpraktikaren må beherske undersøkingsteknikk for dei fleste organsystema. I løpet av ein dag har legen kanskje vore innom eit titals "sjukehusspesialitetar". Dette fortel om breidda i kva som møter oss i eit uselektert pasientmateriale. Allmennpraktikaren har også ei rad ulike behandlingsformer til disposisjon. For mange vil nokre av dei vere prega av personlege interesser, spesiell opplæring eller spesielle behov i denne praksisen.

OPPGÅVE Kan du på lista nedanfor krysse av på undersøkingar og behandlingsformer du såg i bruk i praksisen denne dagen?

Samtaleterapi	☐	Undersøking av auge/syn	☐
Resept	☐	Undersøking av øyre/hørsel	☐
Kirurgi/operasjon	☐	Gynekologisk undersøking	☐
Inhalasjonsbehandling	☐	Ryggundersøking	☐
Injeksjon i senefeste/ledd	☐	Blodtrykksmåling	☐
Urinkateterisering	☐	Laboratorieprøve	☐

Samtidig annan utredning og sjukdomsoppsporing
Det meste av arbeidet i konsultasjonen er sjølvsagt retta mot det aktuelle problemet. Men allmennpraktikaren driv ofte individretta arbeid for å oppspore sjukdom som ikkje har direkte relasjon til den aktuelle konsultasjonen. Det kan vere å kartlegge risikofaktorar, arvelege tilhøve, uheldig livsstil, men óg å gjere kliniske undersøkelsar eller laboratorieprøver.

OPPGÅVE Har du eit eksempel på slik sjukdomsoppsporing frå praksisdagen?

Koordinering av tiltak for pasienten

Allmennpraktikaren har eit stort ansvar for å koordinere tiltak for pasientane sine. Ikkje berre gjeld dette henvisningar til spesialistar eller sjukehus innanfor helsetenesta, men óg tiltak frå pleie- og omsorgsavdelinga i kommunen, eller sosialkontor, arbeidskontor eller trygdekontor.

OPPGÅVE Har du eksempel frå praksisdagen der legen hadde konkret samarbeid om pasientar med følgjande:

	Brev/ Henvisning	Telefon/ samtale
Fysioterapeut	☐	☐
Ergoterapeut	☐	☐
Heimesjukepleiar/heimehjelp	☐	☐
Sosialkontor	☐	☐
Arbeidskontor	☐	☐
Trygdekontor	☐	☐
Helsesøster	☐	☐
Tannlege	☐	☐
Bedriftslege	☐	☐
Skulepsykolog	☐	☐
Arbeidsgjevar	☐	☐
Rekonvalesentinstitusjon	☐	☐
Fotpleiar	☐	☐
Kiropraktor	☐	☐
Pasientorganisasjon	☐	☐
Politi	☐	☐
Apotek	☐	☐
Pårørande	☐	☐
Kollega på legesenteret	☐	☐
Spesialist på sjukehus	☐	☐
Spesialist utanfor sjukehus	☐	☐
Akupunktør/homøopat	☐	☐
Prest	☐	☐
Psykolog	☐	☐

The Foundations of Family Medicine

IAN R. McWHINNEY, MD

Ian R. McWhinney, MD, MRCP, is a graduate of Cambridge University and St. Bartholomew's Hospital, England. He entered family practice in 1954 in Stratford-on-Avon, England, was a Nuffield Travelling Fellow in general practice 1964 visiting U.S.A. and Canada, and was appointed professor of family medicine at the University of Western Ontario in 1968. He is the author of several books, and Honorary doctor of University of Oslo. The article is edited after Canadian Family Physician, april, 1969, pp 13-27.

THE EMERGENCE OF FAMILY MEDICINE as an academic subject can be best understood if viewed against the background of recent medical history. Special subjects have arisen in medicine in a number of ways. The first division - between medicine and surgery - dates from ancient times. Some subjects arose from old crafts like midwifery which had been carried on for centuries by lay practitioners. Some grew up around a single instrument like the opthalmoscope and laryngoscope. Others were formed to study one system or one group of diseases. In recent years, several have developed to apply new techniques like anaesthetics, radiology and radiotherapy.

The development of medical practice must be seen as a dynamic process. No subject in medicine is the same as it was 25 years ago; and no subject will be the same 25 years from now. It is a great mistake to think of medical specialties separated by rigid boundaries. Every subject has close relations with others, as well as with other disciplines outside medicine.

The emergence of family medicine as a discipline can be traced to three causes: changes in mortality and morbidity, growth in the behavioral sciences, and increase in specialization.

Changes in Mortality and Morbidity

The conquest of the major infective diseases, which ravaged Western societies up to the earlier years of the century, has been followed by the emergence of an entirely new pattern of disease. Instead of severe acute illnesses like typhoid, lobar pneumonia, and diphtheria, the physician is now faced by developmental disorders, chronic diseases, behavioral disorders, and a new range of infectious diseases.

This new pattern has produced a gradual change in the role of the physician working in the community. A person afflicted with one of the great mortal infections either died, or recovered in a comparatively short period of time. A person afflicted with a chronic disease is often engaged in a prolonged struggle to adapt to his environment. Instead of dealing with life or death situations, therefore, today's physician is more likely to find himself helping a patient to achieve an equilibrium with his environment. The process of adaptation has consequences for the patient's mental health as well as for his physical wellbeing. In studies of behavioral disorders in the community, significant association has been found between emotional disorders and chronic physical disease.

The changing pattern of disease has several important implications for the physician working in the community:

1. Physical and mental disease cannot be separated. Many of the situations facing the physician are complex combinations of physical, behavioral, and social factors.
2. Management of chronic disorders calls for a careful study of both the patient's personality and environment. The manipulation of the environment requires the physician to work in close collaboration with other health workers. The rise of the chronic diseases has led to a renewed interest in human ecology. We are now

coming to see disease as a complex interaction between man and his environment, rather than the result of single causes.

3. The increasing importance of the early detection of disease and disability requires in the physician a knowledge of human development and epidemiology.

The Increase of Specialization

Fifty years ago, the general practioner and the specialist differed very little in their experience of disease. The difference between them lay more in the fact that the specialist confined his practice to medicine, surgery or obstetrics, whereas the general practitioner embraced all three. In putting the words "Physician and Surgeon" on his brass plate the general practitioner was accurately describing his role.

But with changing patterns of disease, and advances in medical technology, the experience of different branches of the profession has increasingly diverged. The main line of cleavage now is between doctors working in hospital and those practicing chiefly in the community. The hospital ward and clinic are no longer, as they were 50 years ago, a microcosm of disease in the community. The doctor who intends to practice in the community can no longer be trained entirely in the hospital; the doctor trained only in the hospital can no longer be considered competent to practice in the community.

Our thesis is that the patientneeds a doctor who will never say "I am sorry but your problem is not in my area. You will have to consult someone else." He needs a doctor who will say, "Whatever your problem is I will deal with it. If it is ouside my area, I will seek specialist help, but I will continue to take overall responsibility for your care."

The Growth of the Behavioral Sciences

The study of human behavior has always been important to the general practitioner.

The contribution of the behavioral sciences can be felt in many areas. Methods of psychology can be applied to communication with patients, the diagnostic process and decision making. The methods of sociology can be applied to the doctor-patient relationship, the influence of the doctor's attitudes on medical practice, relationships between the health professions, and social influences in the causation and presentation of disease.

The assimilation of knowledge from the behavioral sciences is likely to have a profound influence on the future of medicine. Family medicine, lying as it does in that borderland between clinical medicine, psychology and sociology, is an obvious vehicle for this process of integration.

The Content of Family Medicine

The general practioner is still seen in some quarters as the doctor who has been half-trained in a number of specialities: a jack of all trades who has no particular field which he can call his own. This concept ignores the fact that good family doctors have always built up a body of knowledge for themselves through years of experience in practice. This knowledge has been in those areas directly in line with their own experience: the incidence
and distribution of disease; the natural history of disease; human behavior; and the influence of social factors in the production of illness. The fact that this body of knowledge has never been organized and taught systematically has led to the erroneous idea that no body of knowledge exists and that family medicine therefore cannot be taught.

Four Subjects

The body of knowledge of family medicine derives from four parent subjects:

1. *Clinical medicine.* Most of the problems facing the family doctor are clinical problems; most of the decisions he makes are clinical decisions. He needs therefore a

sound knowledge of clinical medicine and a firm grasp of clinical method.

2. *Epidemiology.* A knowledge of the incidence, prevalence and distribution of disease is important both in the prevention and the diagnosis of illness. It enables him to detect the patient at risk and to notice the disease-producing situation. It also forms the basis of probability diagnosis.

3. *Human behavior.* Many of the situations presenting to the family doctor have physical, emotional and social dimensions. To understand them he has to combine clinical acumen with an insight into human behavior. He needs to understand how a patient's cultural level, social class and family background can influence the types of illness he develops, the way he responds to illness, and the way he uses the health services. He also needs an understanding of the society in which he works. He should be capable of looking critically at the medical services, and particularly at his own practice.

4. *Human development.* The continuing relationship with patients means that he follows many of them through the stages of life. He has to detect, at the earliest possible time, any deviation from normal development. He should know how people react to crises and sudden changes in their life situation, and how ill-health can be caused by failure to adapt to the changes of life. The knowledge of human development is itself derived from paediatrics, psychology and sociology.

Although these areas of knowledge are listed under four headings, the dividing lines have no significance in practice. The family physician integrates the knowledge from these four areas and applies it to the problems in his own special field.

The content of family medicine can be only adequately described in this way. It cannot be described by adding together internal medicine, paediatrics and psychiatry. Family physicians do not practice medicine like internists and paediatricians, or psychiatry like psychiatrists. We can learn a great deal from them, but in the end we have to adapt what we learn to our own situation. This is why family medicine can only be taught by family physicians.

The Techniques of Family Medicine

The techniques of family medicine can be considered under three headings: diagnostic, preventive and therapeutic. All of them are derived from the following special features of our work:

1. The pattern of morbidity encountered by a first-contact physician-

a) A high incidence of minor, selflimiting disorders.

b) A high incidence of disorders which cannot be classified in our present state of knowledge.

c) A high incidence of emotional disorders.

d) A high incidence of chronic disorders.

2. The problems are undifferentiated: they have not been evaluated by any other physician.

3. Disease is often seen in its earliest stages, before the full clinical picture has developed.

4. The problems encountered are often a complex mixture of physical, emotional and social elements.

5. The relationship with patients is continuous and transcends individual episodes of illness.

6. The relationship is often an intensely personal one.

Probability Diagnosis

A physician always likes to achieve certainty in diagnosis. In many situations however, certainty is not attainable. This is particularly so when dealing with undifferentiated clinical problems, in which serious disorders are often indistingusihable from minor ones. Even in the highly selected material of a hospital ward, certainty is attained less often than we think. With all the advantages of modern diagnosis, there is still a considerable discrepancy between clinical and necropsy diagnosis.

In family medicine this lack of certainty is a fact of life. Nevertheless, decisions have to be made with available information. How does the family physician arrive at these decisions, given the paucity of his information? He does it by using his special knowledge of probability.

Probability is another word for incidence. Given a patient with certain symptoms, the probability, or likelihood, of any one of the possible underlying conditions is defined empirically as the relative frequency with which that condition has been found to be responsible for the symptoms.

For example, two diagnoses, A and B, are possible, and if it is known that 80 percent of all patients with those symptoms turn out to have condition A, while only 20 percent have conditon B, then the odds are 80/20 or 4:1 in favor of diagnosis A.

These odds are determined by the relative incidence of the two conditions in the population from which the patient comes, and the relative frequency with which the observed symptoms accompany the two conditions.

To illustrate, consider a situation in which the incidence of the two conditions is the same, but in which the symptoms occur twice as often with condition A as with condition B. It follows that condition A patients with the symptoms will be twice as common as condition B patients with the same symptoms. The odds would therefore be 2:1 in favour of condition A.

Now consider a situation in which the symptoms occur with equal frequency in the two conditions. Here, knowledge of the symptoms frequency would be of no help in differentiating between A and B: the odds favoring one diagnosis over the other would be defined solely by the relative incidence of the two conditions in the population.

In practice, of course, the odds will be a product of differences in both variables-incidence and symptom frequency.

When faced with a "tight band" type of headache in a young woman, for instance, the family physician knows from his experience that is a high probability of an emotional disorder. He also knows that the incidence of cerebral tumor in the general population is very low (about one case every four years in his practice) and that anyway cerebral tumors often do not present with headache. He decides, therefore, to explore the patient's family situation and to avoid X-ray, lumbar puncture, etc. unless further observation shows these to be necessary.

The student of family medicine must therefore learn these two basic groups of facts.

1. The incidence of disease in family practice (this is almost, but not quite, equivalent to the incidence in the population at large).
2. The probability of specific symptoms when certain diseases are present. This information can only be supplied from family practice. The student or postgraduate cannot learn it on the selected material of a hospital ward or clinic.

As an adjunct to the process described above, the family physician also uses two loading factors which may influence his decisions.

1. The importance of early treatment. In a patient with abdominal pain, for example, he may recommend laparotomy even though the probability of appendicitis is relatively low.

2. Special factors arising out of his knowledge of the patient's background and personality. The fact that a patient often reacts to emotional stress by vomiting, for example, may influence him against exhaustive investigation.

Clinical Methodology of Family Medicine

Every branch of clinical medicine has evolved its own clinical methodology for solving the problems which are encountered. The basic method, and the one taught to students, is that of internal medicine. When specialization occurs, the basic method is amended to fit the circumstances of each specialty. This process is fully, though tacitly, recognized and is entirely respectable. The same process also occurs when physicians specialize in family medicine, but for some peculiar reason it has not received the same accolade of respectability. It has often been assumed that the method evolved for internal medicine is entirely appropriate for family medicine. When family physicians find that this is not so they develop their own method, but feel guilty about it.

It is worth analysing the factors which govern the development of a clinical methodology in any branch of medicine:

1. Tacit assumptions about the type of problem likely to be encountered. The ENT surgeon assumes that he will not be presented with gynecological disorders and therefore can omit a pelvic examination. For similar reasons, the gynecologist does not usually examine the throat. The psychiatrist, expecting to deal mainly with psychogenic disorders, will spend relatively less time on the physical examination; the internist, expecting mainly organic disorders, will spend less time on the psychiatric history.
2. The comfort and well-being of the patient. A paediatrician will omit certain procedures (eg. rectal examination) unless they are specifically indicated.
3. The influence of tradition. Much of the clinical methodology we use has been handed down from one generation to another. These rituals are often soundly based on experience. Many of them, however, have been tested numerically. This is something which economic factors and the influence of computers is now forcing us to do.
4. Economic factors such as the time available and the cost of the procedures which are used. Every doctor, no matter what his field, has to work to a time schedule. The complete evaluation of a patient, physical, psychological and social, may take any time from one to four hours. Every doctor, therefore, has to decide what can be achieved for each patient in the time available. This involves a decision as to what is unimportant and may be omitted. All doctors work in this way and it is humbug to pretend that they do not.

Now let us consider how these four factors govern the clinical methodology of family medicine. The family physician differs from all other physicians in that he can make no assumptions about the type of problem he is likely to encounter. Implicit in his role of primary physician is his availability for all types of disorder. Moreover, there is no well established traditional ritual which has been built up over years of trial and error. Family doctors have, of course, developed their own rituals for generations past, but these have not been embodied into a universally accepted set of practics.

One of the tasks facing family medicine at present is to develop a diagnostic routine suitable for every kind of situation. This must be based, not on speculation or pontification, but on the mathematical study of probability. It is not difficult to agree on the type of examination needed for a patient with a septic finger. But what of the patient with headaches which feel like a weight pressing on top of the head? Some clinicians would say: "Of course, full examination is required." But if the family doctor knows that 99.5 percent of patients with this type of headache have emotional problems, is this the right

conclusion? Should not the time be spent in exploring the emotional problems, with one or two well chosen tests to exclude physical causes?

Most studies of the quality of family practice have failed to take these factors into account. The criteria used in these studies have usually been those developed in other branches of medicine. Until we have worked out the appropriate response to every type of situation we shall have no valid criteria for evaluating the work done in family practice.

Three-Stage Diagnosis

In the process of diagnosis a physician tries to classify a patient's illness according to certain recognized criteria. Once the illness has been categorized and labelled, its prognosis can be inferred from the physician's knowledge of how this category of illness behaves. Treatment can then be planned to alter, if possible, the natural course of the illness. This process can be likened to the classification of natural phenomena by a naturalist. As in the Linnaean system, the classification proceeds through families, genera, species and varieties. For example, a patient with hypochromic anaemia might be classified as - family: anaemia; genus: hypochromic; species: due to GI bleeding; variety: due to aspirin medication.

When this stage of diagnosis has been completed, the patient's illness has been identified as a member of a group. For many types of illness however, this is not enough. For management of the illness to be effective, the diagnosis must proceed through two more stages, both of which concern the patient as an individual in relationship with his environment. Stage two and three diagnosis are of lesser importance in "crisis medicine", e.g. in treatment of severe injuries and acute illnesses. In family medicine, however, with its emphasis on continuing care and its high incidence of chronic diseases and psychogenic disorders, stage two and three diagnosis is of the utmost importance.

Stage Two Diagnosis
(Individual Diagnosis)

In Stage one, or clinical, diagnosis the patient is classified as a member of a group with certain common characteristics. Stage two diagnosis is concerned with the patient as an individual: his genetic makeup, his constitution, his temperame his attitudes, his life experience. It involves, among other things, finding the answers to two questions:

1. What is the patient's concept of his illness?
2. What are his expectations from this consultation?

This stage of diagnosis is required in all except the most trivial and short term illnesses. Even in the trivial, a correct individual diagnosis may explain why the patient attended with a trivial complaint.

Stage Three Diagnosis

In many of the situations of family medicine, the stage one (or clinical) diagnosis is of little help on solving the patient's problem. In the case of chronic illness, the disease in question may have been present for a long time and is probably well-known to the family physician. The problem in these cases is not to classify the disease, but to discover why this patient's state of equilibrium has suddenly been disturbed:

1. Why did the illness develop at this particular time?
2. What prompted the patient to come at this particular time?
3. How does this illness fit in with the patient's life situation?

In the example quoted above, the ecological diagnosis of the patient with hypochromic anaemia might be: excessive aspirin intake, due to frequent headaches, due to marital conflict.

Three other examples will illustrate stage three diagnosis:

1. A young married woman with four children has had multiple sclerosis for five years. The only persisting symptom is slight

blurring of vision, which she has had for several months. One day she comes complaining of her eyes although they are not worse than before. Why has she come? Enquiry reveals that she is intensely worried about the possibility of a fifth pregnancy, but is not using any system of family planning.

In this case the clinical diagnosis was multiple sclerosis; the ecological diagnosis was fear of an unwanted pregnancy. The action required was family-planning advice.

2. A woman in her sixties has osteo-arthritis of the hip to which she is well adjusted. She comes one day to say that the pain has been much worse for several months. Why has it suddenly become
much worse? Enquiry reveals that she has recently moved to a new house where there are two steps up to get to the kitchen.

3. A middle-aged woman has suffered low backache for over a year without complaint. One day she comes to the office. One can speculate on the influences which may have contributed to the breakdown of her equilibrium. Perhaps she has recently been caring for her bedridden mother, thus putting an extra strain on her back. Her husband may resent her mother's presence in the house, thus causing an emotional conflict. A depression may have lowered her tolerance for pain, or menorrhagia may have lowered her resistance by causing anaemia. Her neighbour, who used to complain of backache, may have just died of leukemia. However carefully we investigate this patient we cannot answer her need until we have found out the cause of her breakdown.

Ecological diagnosis is required in breakdown situations. The family physician has to learn to recognize breakdown situations. These may be suspected when a patient attends with a relapse or new episode in a chronic illnes, or when a patient attends after suffering from a symptoms for a long time.

The Referral Threshold

A doctor's referral threshold is the point at which he recognizes referral to be necessary. Each doctor has a different referral threshold for different types of illness, depending on his experience. One doctor will refer much psychiatry and little internal medicine, another will do the opposite. A doctor's general referral threshold varies with his age, as he becomes older and more experienced he tends to refer less. The referral threshold may be altered by the patient's attitude: A doctor will always be more ready to refer a patient who he feels has little confidence in him.

The care of patients has sometimes suffered bacause physicians have looked on referral as a defeat and humiliation. It should be emphasized that readiness to refer is a sign of maturity. A physician's maturity and self-control is particularly tested by the patients who asks to be referred.

The importance of explaining the reasons for referral to the patients should also be emphasized. If the situation is not well handled, referral may be seen by the patient as a form of rejection.

The Greater Medical Profession

The family physician does not have to know whole of clinical medicine. He needs only study disease in the context of family medicine. Unlike the surgeron, he will spend a lot of time on chronic bronchitis and suicide but little on the Zollinger-Ellison syndrome. Like the surgeon, he will study carcinoma of the colon, but with emphasis on symptoms and diagnosis, rather than on pathology and operative techniques.

The aspects of disease which are of chief concern to the family physician can be listed as follows: Nosology and taxonomy, incidence, prevalence and distribution, early symptoms and presenting features, problems of early diagnosis, natural history, psychological aspects (where relevant), family and social aspects, therapy (especially the indications for treatment) and long term management.

The Scientific Basis of Family Medicine

In spite of great advances in the understanding of the mechanisms of disease process, we are still woefully inadequate in our knowledge of the natural history of disease. And yet a rational system of therapeutics can only be based on a sound knowledge of the natural history of disease. Our ignorance of the natural course of urinary infections and of depressions, to give only two examples, bedevils all our efforts to achieve agreed criteria for treatment.

The natural course of a disease can only be studied by seeing it whole. To study only that part which is seen in hospital, may, with some diseases, give a very erroneous picture of the whole. The family physician is in the position of seeing diseases as a whole. With some very trivial diseases, his view may be limited because many sufferers do not consult a doctor. With most diseases, however, his vantage point enables him to study a disease in all its variants-and to study it over a long period of time.

For this reason, research in general practice has always been directed towards the natural history of disease. Mackenzie provides a triumphant example of this method. Up to his time, people with sinus arrhythmia were kept in bed for months on end. Many young people had their lives ruined because their activities were so strictly limited. Mackenzie first differentiated sinus arrhythmia from other irregularities of the pulse. He then followed his patients for ten years. Those with sinus arrhythmia remained completely fit and he was able to conclude that the condition was harmless. Another more recent example of the method is Fry's study of catarrhal infections in childhood.

Many diseases still await this kind of study by family practitioners. Some of the commonest illnesses of our time-depression and the psychoneuroses for example, can probably be studied satisfactorily only in general practice.

Besides the study of disease, the attention of family physicians has more recently been turned inwards towards themselves: to their thought processes, their attitudes, their working methods and their human relationships.

In this kind of research we need the help of behavioral scientists. Indeed ne of the most interesting of recent research developments has been the application of the methods of psychology and sociology to the study of medicine.

The Art of Family Medicine

The ways in which a doctor uses his own personality for the benefit of his patients has usually been called the art of medicine. It has sometimes been reviled as some kind of confidence trick: a point of view summed up by the expression "beside manner". More recently, with the growth of medical technology, it has often been regarded as irrelevant. It has even been suggested that there is some inherent conflict between the art and science of medicine. The subject is so important to family medicine, and so full of fallacies and misconceptions, that it merits a great deal of attention.

Two tasks lie at the very centre of a physician's life: understanding a patient's illness and understanding the patient. All our experience as family physicians teaches us that these two are indivisible: without an understanding of the patient we cannot understand his illness. The essence of the scientific method is the collection of data, the formulation of hypotheses, and the rigorus testing of hypotheses by observation and experiment. In medicine, this method is exemplified in the process of clinical diagnosis.

In so many illnesses, however, clinical diagnosis is not enough. The science of medicine can lead us to a diagnosis of anxiety state or depression, but it cannot make us feel what it is like to be anxious or depressed: and it cannot help us to communicate this feeling to the patient.

The essence of art is the creative use of imagination. In the art of medicine, the physician imagines what it is like to feel what the patient is feeling: to be in despair; to feel failure; to be sick with anxiety; to be stricken with grief. Once he has made this leap of the imagination, his relationship with the patient changes from that of detached observer to that of fellow human being.

Physicians, and especially family physicians, should feel fortunate in that they do not have to live their lives in watertight compartments. As with other artists, work is part of life, and life enriches work. We cannot say where one begins and the other ends. This is why our family physicians must be truly educated scientists and artists, capable of seeing life as a whole, and of using all their experience to enrich their understanding of patients.