

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1985

ARGANG 14



TEMA: STATLIG TILSYN MED HELSETJENESTA

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 65 217
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55 036
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger.

Gift!



I behandling av kreftsykdommer kommer en det ofte en dag da smertene er blitt så sterke at både pasient og lege innser at det er tid for å ta i bruk sterke analgetika av morfingruppen. I mange år har jeg krympet meg over det stygge giftmerket på emballasjen. Hva tenker disse pasientene når de åpner glasset med godt synlig dødningehode: "Nå er det altså kommet så langt" eller "Dette er en farlig gift som jeg må bruke minst mulig av"? Giftmerket er et plumpt og ubarmhjertig signal.

Morfeus var søvnens gud, ikke dødens. Morfinpreparatene er en kostelig gave til dem som pines av terminal og smertefull sykdom. Å kunne være til hjelp for disse pasientene hører med til de beste tradisjonene i medisinen.

Hva oppnår vi med giftmerket? Er det verd prisen? Er det for

risikabelt å fjerne det fra emballasjen? Hver dag foreskriver vi preparater som er adskillig mer toksiske enn morfinpreparatene, og her er det ingen giftmerker å se.

Tida er moden for å revidere merkebestemmelsene på dette punktet. Det er naturlig for legen å orientere pasienten muntlig om preparatets art og toksisitet: jeg har tillit til at vi bør kunne gjøre det på en mer human måte enn giftmerket.

For min del må jeg tilstå sjøltekt: mange ganger har jeg fjernet dødningehodet fra morfinpreparater som jeg gitt til kreftpasienter. Noen ganger er det også lykket meg å bevege apoteket til å gjøre det samme når jeg har ringt inn resept.

Vil jeg i oversiktlig framtid kunne få slippe å gjøre dette?

Nr 8 - 1985

INNHold:

Jon Hilmar I (leder): Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten s. 233

TEMA: Statlig tilsyn med helsetjenesten
Lovteksten s. 234
Forslag til instruks for fylkeslegene s. 235-236

Martha Quivey: Kald kontroll eller stimulering og samarbeid? s. 237-238

Arne Victor Larssen: Stimulering til kvalitet og effektivitet eller angstskapende ris bak speilet? s. 239-243

Anna Hjulstad: Offentlig tilsyn med fysioterapitjenesten s. 243-244

Martha Quivey: Statlig tilsyn med sykepleietjenesten s. 245

Trygve Aanjesen: Praksisbefaring s. 246-247
Essaykonkurransen s. 247

Velkommen til Kongsvoldseminaret (NSAM) s. 248

Bjørn Støre og Sonja Billington:
Manuell terapi s. 250-254

Magnhild Ellinggard og Kari Os Eskeland:
Video-omtale: «Bare for ei natt ...» s. 255

Referat fra APLF's generalforsamling i Stavanger s. 257-258

Referat fra pediatrikurs på Soria Moria s. 259-260

Referat fra 1. veilederkurs i almenmedisin s. 261-265

Jens R. Eskerud: Primærlegen og senil demente s. 266

Aage Bjertnæs: Svensk-norsk samarbeid gir gode datasystemer for primærhelsetjenesten s. 267-269

Bård Kongelf: Datasystem for bedriftshelsetjenesten s. 268-269

Jon Brodwall: Det koster penger å utvikle dataprogrammer s. 268-269

John Leer og Johan Fredrik Krohn:
Infodoc - en EDB-journal for almenpraksis s. 270-272

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

**KJEDELIG?
MEN VIKTIG!**



Temaet for Utposten denne gang kan ved første øyekast virke svært kjedelig. Selv ved andre og tredje øyekast kan det fortsatt virke kjedelig. For noen vil det alltid forbli kjedelig. Likevel kan temaet være svært viktig.

Statlig tilsyn

Gjennomlesning av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten tenner dels frykten for at her er et våpen som kan bli brukt mot oss yrkesutøvere, og dels gleden over at her er et redskap som kan hjelpe oss til å få skikk på helsetjenesten på tross av uforstående politikere og manglende bevilgninger.

Fylkeslegens oppgaver

Finlesing og reflektering over forslaget til instruks for fylkeslegene føder dels angsten for å bli kontrollert og kommandert og dels gleden over å se at fylkeslegen nå skal få kaste seg inn i arbeidet med å bedre helsetjenesten gjennom positiv veiledning og sikring av gode rutiner for etterutdanning, egenkontroll og samarbeid.

Les nøye gjennom de arbeidsoppgavene fylkeslegen skal ha og tenk på om ikke de kan utnyttes til å gi staten et mest mulig riktig

bilde av situasjonen i helsetjenesten i din kommune og på den måten gi staten og kommunen bakgrunn for utviding av rammene, nødvendige pålegg og eventuelle initiativ for bedring av uholdbare forhold.

Tenk også på hvilke forutsetninger som trengs, og derfor bør kunne kreves, for å kunne drive effektiv egenkontroll, godt samarbeid og å holde fagkunnskapen vedlike. Fylkeslegen må medvirke til at kommunen bruker nok ressurser (penger og permisjoner) på etterutdanning, tverrfaglig samarbeid, faglige møter o.l.

Tilsyn med bedriftshelsetjenesten

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten ser ut til å hjemle statens tilsyn med all helsetjeneste i landet, også bedriftshelsetjenesten.

Vel er bedriftshelsetjenesten et arbeidsmiljøtiltak, men den er også helsetjeneste. Fylkeslegen bør derfor kunne føre tilsyn med fagpersonellet og det helsefaglige innholdet i bedriftshelsetjenesten, derunder samarbeidet mellom bedriftshelsetjenesten og primærhelsetjenesten forøvrig. Lov om statlig tilsyn gir god hjemmel for dette, og vil kunne medvirke til å fordele ansvaret for bedriftshelsetjenesten på de ulike partene på en god måte.

Det bør ikke lenger være mulig å påstå at fylkeslegen ikke har noe å gjøre med bedriftshelsetjenesten. Les i tilfelle Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten en gang til.

Tvertimot er det viktig å finne samarbeidsformer som gjør at bedriftshelsetjenesten både finner sin egenart som arbeidsmiljøtiltak og sin naturlige plass i den samlede helsetjenesten i landet. Dette er fullt mulig på grunnplanen ute i kommunene og fylkene, og burde også være mulig på topplanet inne i hovedstaden.

Stimulering, kontroll og samarbeid

Det årlige Høstkurset i samfunnsmedisin i Møre og Romsdal samlet leger, sykepleiere, fysioterapeuter og en del helsepolitikere og administratorer under emnet: "Stimulering, kontroll og samarbeid! Kvalitetskontroll og egenkontroll i kommunehelsetjenesten." Utgangspunktet for kurset var Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forslaget til instruks for fylkeslegene. Stoffet til temadelen av dette nummeret er hentet fra dette kurset og bearbeidet for Utposten.

Tverrfaglig fylkeslege

Kursdeltagerne oppfattet de foreslåtte reformene for fylkeslegene som viktige og utfordrende. Det ble lagt vekt på at fylkeslegeembetet måtte bemannes og bekvinnnes med både leger, sykepleiere og fysioterapeuter, hvis tilsynsarbeidet med kommunehelsetjenesten skulle bli effektivt, troverdig og stimulerende.

Effektivitet

Vi trenger sårt et effektivt helsevesen. Effektivt i god forstand: God kvalitet, riktig prioritering, rettferdig fordeling og effektiv utnyttelse av ressursene. Best mulig og mest mulig for hver helsekrone.

En spennende utvikling

Det skal bli spennende å se om Lov om statlig tilsyn kan realiseres som et kraftig og effektivt verktøy for kartlegging, evaluering og planlegging av helsetjenesten i landet vårt. Tilsynet bør kunne medvirke til å skape gode vilkår for faglig utvikling, målrettet faglig arbeid, god service og tverrfaglig samarbeid innenfor økonomiske rammer som gjør det mulig å drive helsetjenesten forsvarlig.

Jon Hilmar

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

§ 1. Tilsynsmyndighetene

Helsedirektoratet har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet.

I hvert fylke skal det være en fylkeslege - i Oslo stadsfysikus - som utnevnes av Kongen.

§ 2. Fylkeslegens oppgaver

Fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket.

Fylkeslegen skal gjennom råd, veiledning og opplysning medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.

Fylkeslegen skal medvirke til at lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt.

Fylkeslegen skal holde Helsedirektoratet orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.

§ 3. Tilsyn med at det føres egenkontroll

Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten.

§ 4. Forholdet til andre offentlige myndigheter

Innenfor sitt ansvarsområde er fylkeslegen rådgiver for fylkesmannen og fylkets øvrige statlige myndigheter.

Fylkeslegen skal møte i fylkestinget når vedkommende myndighet anmoder om det.

§ 5. Adgang til å gi påbud

Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Helsedirektoratet gi pålegg om å rette på forholdene.

§ 6. Stadsfysikus i Oslo

De bestemmelsene i denne lov som gjelder fylkeslegen, gjelder tilsvarende for stadsfysikus i Oslo.

§ 7. Nærmere bestemmelser

Departementet gir nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av denne lov.

§ 8. Ikrafttreden

Loven gjelder fra 1. april 1984.

ed helsetjenesten

Forslag til instruks for fylkeslegene

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

§1. Virkeområde

Fylkeslegen skal på vegne av Sosialdepartementet og Helsedirektoratet føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket i samsvar med bestemmelsene i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, med andre lover som legger særlige tilsynsoppgaver til fylkeslegen og med forskrifter og andre bestemmelser som gis av departementet eller Helsedirektoratet.

§2. Tilsynets alminnelige formål

Fylkeslegen skal medvirke til at:

a) all helsetjeneste i fylket (statlig, fylkeskommunal, kommunal og privat) ytes faglig forsvarlig, i samsvar med den målsetting som ligger til grunn for utdannelsen av helsevesenets autoriserte yrkesutøvere og i samsvar med de krav som til enhver tid stilles til den som blir eller er autorisert.

b) det ikke skjer usaklig forskjellsbehandling ved fordeling av helsetjenester. Det skal særlig påses at svakstilte grupper får sin rettmessige andel av helsetjenestene. Fylkeslegen skal medvirke til å klarlegge ansvaret for at kravene for disse grupper blir oppfylt.

§3. Tilsynets alminnelige karakter

Fylkeslegen skal ved utøvelsen av tilsynet legge særlig vekt på å gi råd, veiledning og opplysning.

Fylkeslegens tilsyn må skje under hensyn til fylkeskommunens og

kommunenes selvstendige ansvar for å tilrettelegge og drive helsetjenester. På den måte som er nevnt i første ledd skal fylkeslegen gjøre sitt til at ansvaret blir etterlevet og mulig å bære.

Kapittel 2. Særlige plikter

§4. Tilsyn med bruk av bevilgninger

Fylkeslegen skal holde seg orientert om alminnelige og spesielle forutsetninger som ligger til grunn for statens bevilgninger til helsetjenesten i fylket og om hvordan fylkeskommunen, kommunene og andre som yter helsetjenester bruker disse bevilgningene.

Fylkeslegen skal gi råd til de som er nevnt i første ledd om endringer som disse kan foreta i tilretteleggingen, driften og fordelingen av sine helsetjenester for at de samlede bevilgninger til helsetjenesten kan bli utnyttet best mulig.

§5. Tilsyn med at lover, forskrifter m.v. etterleves

Fylkeslegen skal følge med i hvordan lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenester blir etterlevet i fylket. Det skal særlig påses at de autoriserte yrkesutøvere virker i samsvar med sin autorisasjon.

§6. Tilsyn med helseplaner

Fylkeslegen skal føre tilsyn med hvordan fylkeskommunale og kommunale helseplaner blir etterlevet i fylket.

§7. Medvirkning i offentlig debatt

Fylkeslegen skal medvirke til at den offentlige debatt om helsevesenets mål, arbeidsmåte, holdninger m.v. kan skje på grunnlag av anerkjent faglig viten og korrekt gjengivelse av de retningslinjer for helsetjenesten som departementet og Helsedirektoratet har gitt.

§8. Tilsyn med at det føres egenkontroll

Fylkeslegen skal føre tilsyn med at den enkelte autoriserte yrkesutøver selv kontrollerer kvaliteten på sine helsetjenester og handler i samsvar med de bestemmelser som gjelder for vedkommende yrkesutøver.

Fylkeslegen skal medvirke til at fylkeskommunen og kommunene fører tilsyn med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygges svikt i helsetjenesten. Det skal særlig påses at:

1) disse myndigheter underretter yrkesutøverne i helsetjenesten om sine rettigheter og plikter etter lover, forskrifter og retningslinjer.

2) disse myndigheter foretar en løpende vurdering av hvilke faglige kvalifikasjonskrav som til en hver tid skal stilles til deres helsepersonell.

3) disse myndigheter for hver enhet innen helsetjenesten foretar en løpende vurdering av antallet og fordelingen av de ansatte i forhold til brukernes behov og at

4) det for den enkelte virksomhet blir gitt retningslinjer og/eller instruksjoner inneholdende blant annet bestemmelser om

a) virksomhetens mål og hvem som til en hver tid har ansvaret for virksomheten

b) hvordan deler av ansvaret fordeles mellom yrkesutøverne ved virksomheten

c) gjensidig og tverrfaglig kontroll og hvordan kontrollen skal legges opp, herunder hvem som skal ha ansvaret for at det fungerer

d) rapportering, oppfølging m.v. av mangler ved utstyr og bygninger eller ved fremgangsmåter som benyttes. Fylkeslegen må her orientere seg om hvilke andre til-

synsmyndigheter som finnes og bidra til samordnede løsninger.

§9. Tilsyn med at det føres journaler

Fylkeslegen skal føre tilsyn med at alle selvstendige yrkesutøvere innen helsetjenesten og alle private og statlige virksomheter som yter helsetjenester fører journaler i henhold til bestemmelser gitt i lover og forskrifter.

For virksomheter som drives av fylkeskommune og kommuner skal fylkeslegen medvirke til at disse gir bestemmelser om journalføring. Dette gjelder også dersom plikten til journalføring ikke fremgår av lover eller forskrifter eller det ikke i lover eller forskrifter er gitt nærmere bestemmelser om hva journalene skal inneholde.

§10. Medvirkning til opplæring m.v.

Fylkeslegen skal følge med i hvordan fylkeskommunen og kommunene driver opplæring og etterutdanning av helsepersonell. Fylkeslegen skal bistå disse med tilretteleggingen og medvirke til samordning av tiltak mellom kommuner og/eller kommune/fylkeskommune. Dersom en kommune ikke har gjennomført tilstrekkelige tiltak, skal fylkeslegen gjøre kommunen oppmerksom på dette.

§11. Medvirkning til sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid

Fylkeslegen skal følge med i hvordan fylkeskommunen og kommunene driver sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid og holde dem orientert om hva som kan oppnås ved slikt arbeid.

§12. Medvirkning til samarbeid mellom kommuner m.v.

Fylkeslegen skal medvirke og om nødvendig ta initiativ til at samarbeidet mellom kommunene og mellom kommune/fylke og stat blir best mulig i spørsmål av betydning for helsetjenesten.

§13. Medvirkning til samordning av statlige tiltak

Fylkeslegen skal holde seg orientert om annen statlig virksomhet i fylket som kan være av betydning for helsevesenet. Ved samarbeid med fylkesmannen og øvrige statlige myndigheter skal fylkeslegen bidra til samordnede stat-

lige tiltak.

§14. Innberetning m.v.

Fylkeslegen skal holde departementet og Helsedirektoratet orientert om helseforholdene i fylket. Disse myndigheter skal underrettes om virkningene av de overførte bevilgninger på helse-tjenestens omfang, kvalitet, fordeling og måloppfyllelse. Fylkeslegen skal fremsette, eventuelt støtte forslag om endringer i forutsetningene som knyttes til bevilgningene. På anmodning fra fylkeskommunale og kommunale myndigheter skal fylkeslegen bistå disse med å gjøre deres synspunkter kjent for de sentrale myndigheter og komme med sine bemerkninger. Forøvrig skal fylkeslegen gjøre departementet og Helsedirektoratet kjent med alle vesentlige forhold som er avdekket og påpekt ved tilsynet samt hvordan dette er fulgt opp av den ansvarlige.

Hvert år skal fylkeslegen dessuten avgi en samlet rapport til departementet/Helsedirektoratet.

(Resten av forslaget til instruks for fylkeslegene er mer lovteknisk og er ikke tatt med her.)

Statlig tilsyn med helsetjenesten

-kald kontroll eller stimulering og samarbeid?

□ Martha Quivey □



Martha Quivey er sjefssykepleier ved Oslo Helseråd. Hun har dels styringsansvaret for sykepleien i Oslo kommune og dels ansvaret for fylkeslegeembedets sykepleiefaglige tilsyn med sykepleien i Oslo som fylke. Hun var medlem av arbeidsgruppen som har utarbeidet forslag til instruks for fylkeslegeembedet med hjemmel i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Utdannet sykepleier i Bergen 1952. Deretter videreutdannet ved college og universitet i Chicago USA i sykepleie, psykologi, statistikk og ledelse. Blant annet arbeidet som ledende sykepleier ved Haukeland sykehus i Bergen og Universitetssykehuset i Chicago. Fra 1978 til 1982 var hun lærer ved Norges høyere sykepleierskole i Oslo. Fra 1982 sjefssykepleier ved Oslo helseråd.

Helsedirektoratet nedsatte i april 1984 en arbeidsgruppe med stadsfysikus Fredrik Mellbye som formann som skulle fremme forslag om forskrifter etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Helsedirektøren ønsket ellers at følgende retningslinjer ble lagt til grunn:

1. Det haster med å få foreløpige forskrifter slik at Helsedirektoratet og fylkeslegene/stadsfysikus i Oslo får et grunnlag for å utføre lovbestemte tilsyn.
2. Tilsyn med særlig utsatte grupper (sinnslidende, psykisk utviklingshemmede barn og eldre) bør gis prioritet.
3. Det bør legges vekt på å få så kortfattede, enkle og klare bestemmelser som mulig.
4. Tilsynsmyndigheten bør få løpende (kvartalsvise, halvårlige eller årlige) informasjoner som gir visse garantier for nivået innen vedkommende sektor, herunder sikring av nødvendig egenkontroll.

Arbeidsgruppen fant at dets mandat mest hensiktsmessig kunne bli oppfylt ved at gruppen utarbeidet forslag til instruks for fylkeslegeembedet.

Teorier om ledelse

I McGregor's teori om ledelse beskriver han teori X og Y.

I teori X har man det syn at mennesker stort sett har en uvilje mot å arbeide og derfor må styres og kontrolleres og trues til å yte. De ønsker å bli ledet, å ikke ha ansvar, og fremfor alt ønsker de trygghet.

I teori Y er det naturlig og lystbetont å arbeide. Man ønsker selvstendighet og selvkontroll. Man identifiserer seg med arbeidet og oppsøker ansvar. Man ønsker å bruke fantasi og skaper-evne. McGregor tror på teori Y og mener det industrielle samfunn bare delvis utnytter menneskets muligheter, fordi dette samfunnet baserer seg på at teori X gjelder.

Instruksen er etter min mening temmelig sterkt orientert mot teori Y, men med et visst ris bak speilet. De fleste administratorer har nemlig opplevd at teori Y ikke gjelder for 100% av befolkningen.

Overfor offentlige helsetjenester er det jo vanligvis administrative instanser som også fører tilsyn i kraft av sin styringsrett. Overfor disse er det i hovedsak fylkeslegens ansvar å se at visse ordninger er etablert for kontroll, man fører ikke direkte tilsyn, men tilsyn med at tilsynsordninger er etablert. I Oslo har vi definert dette som 2 typer tilsyn, direkte tilsyn og tilsyn med at det drives tilsyn, og vi har mye av det siste.

Innholdet i instruksen er basert på Ot.prp. nr. 33 om "lov om statlig tilsyn med helsetjenesten" og Innst.O. nr. 42 om samme. Forslaget til instruks befinner seg nå i Sosialdepartementet med de forskjellige høringsnotater.

Høringsuttalelser

Det påpekes i høringsnotatene at det er positivt at forslag til instruks foreligger, men det har vært reist spørsmål om det heller burde vært en forskrift. Gruppen ble i sitt mandat bedt om å lage forslag til forskrifter

etter Lov om statlig tilsyn. Jeg var ikke tilstede i det første møtet i gruppen hvor dette ble diskutert. Men etter det jeg har brakt i erfaring mente gruppen at begrepet instruks var mer hensiktsmessig. I følge juristene i gruppen har instruks og forskrift samme myndighet så lenge instruksene er hjemlet i lov.

Det neste spørsmålet var for hva eller for hvem dette skulle være instruks. Blant annet Norsk Sykepleierforbund hadde problemer med en instruks for fylkeslegen hvis man ikke også laget instruks for de øvrige ansatte ved fylkeslegekontoret. Man ble enige om at det var vesentlig å lage en instruks for embedet, så får de forskjellige kontorer utarbeide de instruksene de har behov for sammen med de aktuelle fagorganisasjoner og innen de rammer som en instruks for embedet gir. Noen av fylkeslegene påpeker at statlig tilsyn bare er en del av embedets oppgaver. Dette er selvsagt riktig.

Høringsuttalelsene er mest bekymret for at fylkeslegen har for lite myndighet. En fylkeslege påpeker at det bør vurderes å gi påleggsmyndighet direkte til fylkeslegen i stedet for til Helsedirektoratet.

Det påpekes også at det kan medføre at embedet blir passivt fordi man i for liten grad kan "gjøre noe" for å endre forhold man ikke synes er tilfredsstillende. Lovens paragraf 5 legger imidlertid påleggsmyndigheten til Helsedirektoratet.

Det påpekes også at mange av fylkeslegens råd og veiledning kan medføre økonomiske endringer eller økonomiske omfordelinger. Dette kan fylkeslegen foreslå, men kommuner og fylker har ansvaret for drift, også den økonomiske drift. Dette kan fylkeslegen ikke overprøve, og myndigheten ligger i stor grad i rapport til Helsedirektoratet.

I svært begrenset grad kan fylkeslegen selv pålegge kommuner eller fylkeskommuner tiltak som kommunene skal betale. Etter utvalgets mening gir ikke lovverket mulighet for større økonomisk myndighet til fylkeslegen.

Fylkeslegen har også den motsatte rolle, nemlig å bistå med at synspunkter fra kommuner og fylkeskommuner blir gjort kjent overfor sentrale myndigheter. Hun/han kan derfor være fylkenes og kommunenes talsmann overfor sentrale myndigheter.

Egenkontroll

Et annet punkt som tas opp av

høringsinstansene, er en utdypning av begrepet egenkontroll. Dette er et interessant begrep og helt i tråd med teori Y, at mennesker vil og ønsker å kontrollere sin egen virksomhet. De ønsker å "bli kikket i kortene", fordi de egentlig føler seg ganske trygge på at de gjør en brukbar jobb.

Fylkeslegens oppgaver blir derfor å føre tilsyn med at visse formelle premisser for dette er til stede. Er disse formelle premisser til stede vil man utøve sin virksomhet forsvarlig og med en høyest mulig kvalitet. Instruksen definerer noen av disse formelle premisser som det kan føres tilsyn med, slike som

- a) at et bestemt kunnskapsnivå foreligger,
- b) at viktige stillinger er avklart ved instruks, og
- c) at planleggingen er tilfredsstillende.

I stor grad går paragraf 8 som omhandler egenkontroll på at fylkeslegen skal føre tilsyn med at fylkeskommuner og kommuner gjennomfører visse tiltak, som

- a) at de informerer yrkesutøverne om rettigheter og plikter i forhold til lovverket,
- b) at de vurderer hvilke kvalifikasjonskrav som til enhver tid skal stilles til yrkesutøverne,
- c) at de vurderer bemanningen i forhold til behov, og
- d) at det foreligger retningslinjer og instruks angående målsettinger, ansvarsfordeling, samarbeid, koordinering, utstyr, lokaler ol.

Når man ber om en utdypning av begrepet egenkontroll så er jo egentlig ansvaret for hvordan dette skal utføres pålagt fylkeskommuner/kommuner, og ikke staten. Men fylkeslegen skal veilede og må jo ta stilling til om kontrollordningen som er lagt opp er tilfredsstillende.

Rimelig og nødvendig?

I flere av høringsnotatene reises spørsmålet om hva fylkeslegen skal bruke som målestokk for en tilfredsstillende helsetjeneste. F.eks. i forhold til paragraf 2 om rettferdig fordeling: "Det syns da tilfredsstillende hvis alle får like lite", som en fylkeslege uttrykker det.

I Ot.prp. 33 uttrykkes at alle skal være sikret et "rimelig minstemål" av tjenester. Hva er et rimelig minstemål? Vi støter på det samme i lov om kommunehelsetjenestens paragraf 2.1. om "nødvendig helsehjelp". Når det gjelder den sistnevnte lov mener en del jurister både fra Universitetet i Bergen og Universi-

tetet i Oslo at premissene tilsier at nødvendig helsehjelp er den helsehjelp kommunen har råd til å gi.

Begge begrepene, "rimelig minstemål" og "nødvendig helsehjelp", fremtvinger spørsmålet om nivåkrav eller standarder for tjenestene. Landene i Europa har vært veldig sene med å utvikle "quality assurance program" eller standard-programmer. Hadde vi hatt standarder/nivåkrav for helsemessige resultater ville fylkeslegen ha en langt lettere jobb med å føre statlige tilsyn.

Innberetninger

Fylkeslegens myndighet, eller autoritet, ligger egentlig i paragraf 14, som omhandler fylkeslegens innberetninger til helsedirektoratet og departementet.

Jeg nevnte tidligere "riset bak speilet", og dette ligger i paragraf 14. Nå kan en selvsagt ønske at fylkeslegen skulle ha mer direkte myndighet i stedet for å måtte gå veien om departementet og Helsedirektoratet. Utvalget finner imidlertid ikke at Ot.prp. 33 og Ot.prp. 42 gir adgang til mer direkte påvirkning enn det som ligger i råd, veiledning, tilsyn og rapport til overordnet myndighet.

Faglig styrking

Flere høringsnotater har også påpekt at for å føre tilsyn ved hjelp av slike metoder som de som blir foreslått her og med så vide områder, vil det være behov for en betydelige videre- og etterutdanning av fylkeslegeembedets egne ansatte. Dette er utvalget enig i, og det bør gi seg utslag i de bevilgninger som fylkeslegeembedet søker om og forhåpentligvis mottar.

Er statlig tilsyn kald kontroll eller stimulering og samarbeid? Mitt inntrykk er at både Lov om statlige tilsyn og forslaget til instruks, presiserer stimulering og samarbeid både overfor helse-tjenesten i kommunene og fylkene og til overordnet myndighet i Helsedirektoratet.

Jeg opplever instruksen som om den har vyer. Om fylkeslegeembedet makter å virkeliggjøre disse vyene, vil fremtiden vise. I motsetning til mange instruks som meget sterkt baserer seg på "status quo", opplever jeg at denne satser på en utviklingsprosess. Jeg finner ikke instruksen slik den er foreslått vanskelig å leve med. ■

Offentlig tilsyn med helse-tjenesten:

Stimulering
til kvalitet
og effektivitet
eller
angstskapende
ris
bak speilet
?



Arne Victor L. er cand. med. fra Bergen 1964 og Master of Public Health fra Harvard 1973. Tidl. dist.lege i Rissa og konsulent/ass. overlege H.dir.. Fylkeslege i Møre og Romsdal fra 1974.

Arne Victor Larssen
fylkeslege i Møre og Romsdal

INNLEDNING

Hver gang et fly letter eller lander ved en av våre flyplasser, må flyveren krysse av en rekke kontrollpunkter på et skjema. Hver gang det samme, uansett erfaring. De fleste ser dette som en selvfølgelig rutine for personell med stort ansvar for å høyne sikkerheten. Likevel er storparten av flyulykker forårsaket av menneskelig svikt, helt eller kombinert med teknisk svikt.

Hvert år har legen kontakt med opptil flere tusen pasienter som hver forventer at helse-tjeneste drevet med offentlig velsignelse (autorisasjon) skal ha et så høyt kvalitativt og servicepreget nivå at det er betryggende å overlate sitt liv og sin skjebne i yrkes-utøvernes hender. Så lenge vi vet at feilbarlighet er selv den dyktigste skygge og følgesvenn, burde det derfor egentlig ikke forbause oss at det også her må eksistere kontrollsystemer. Likevel har vi sett at misforstått kollegialitet har lukket øynene for åpenbar svikt såsom arbeid i beruset tilstand, alvorlig svikt i dømmekraft enten p.g.a. manglende selvkritikk og forståelse av egen begrensning, eller som resultat av psykisk lidelse, eller ved adferd overfor pasienter som i seg selv er sykdomsfremkallende. Det skulle være unødvendig å føye til at dette underminerer den basis som bør eksistere for ethvert pasient/legeforhold, nemlig tillit. Tillitskrisen vil ikke bare ramme den det gjelder, men gjerne standen som helhet. La oss derfor være enig i at legetjenesten må være underlagt tilsyn og kontroll. Spørsmålet skal derfor ikke være kontroll eller ikke kontroll, men hvordan denne kontroll bør utøves.

LOVGRUNNLAG/HJEMMEL FOR TILSYN:

Offentlig tilsyn med helse-tjenesten er hjemlet i lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helse-tjenesten. Loven omfatter de funksjoner som er tillagt helsedirektøren og fylkeslegene/stadsfysikus i Oslo.

Tilsynet er imidlertid også nevnt i en rekke av særlovene. Når det gjelder legers forhold, vises det

eksempelvis til lov om leger av 13. juni 1980, nr. 42, paragraf 24 og til de forskrifter som er utarbeidet med hjemmel i samme lov.

FORSKJELLIGE FORMER FOR KONTROLL:

La oss kort gjennomgå de forskjellige former for kontroll som finnes, slik at vi har en klar forestilling om alternativene.

Kontroll fra ekstern instans:

- Førkontroll:

Kvalitetskontroll
Kvantitetskontroll
Økonomisk kontroll

- Etterkontroll:

Kvalitetskontroll
Kvantitetskontroll
Økonomisk kontroll

- Legalitetskontroll

- Produktkontroll

- Kontroll med egenkontrollen

Intern kontroll (Egenkontroll):

- Kan i prinsippet omfatte de kontrollformer som utøves fra ekstern instans.

Begrepet "førkontroll" forstås med godkjenning før et tiltak blir satt ut i livet. Det kan omfatte krav til autorisasjon (kvalitetskontroll), godkjenning av helseinstitusjoner (omfatter både kvantitet, kvalitet og økonomi), godkjenning av budsjetter (økonomisk kontroll) osv..

Begrepet "etterkontroll" hen-speiler på eventuell kontroll i ettertid. Det kan omfatte krav om godkjenning av regnskap (eksempelvis som grunnlag for å få fastlønnstilskudd for leger), inspeksjon av helseinstitusjoner og helsepersonell for å vurdere om vilkårene for godkjenning/ autorisasjon fortsatt måtte være tilstede og for å kontrollere om lov og regelverk blir fulgt. Eksempelvis kontroll av om journalforskriftene blir fulgt, hvilket må rubriseres som en kvalitetskontroll. Klage-behandling kan også sies å være en utpreget etterkontroll.

Legalitetskontrollen er et middel til å sikre at rettssikkerheten blir ivarettatt. Den utøves idag av fylkeslegen når det gjelder helse-rådsvedtak. →

Produktkontroll utøves lite i norsk helsevesen. Det er bare i klagesaker og eventuelle rettsaker at man mer systematisk etterprøver kvaliteten av den vare/tjeneste som er levert. Helsesrådene utøver imidlertid i stor grad produktkontroll.

Med egenkontroll forstår vi etableringen av rutiner og metoder for å følge opp kvantitet, kvalitet og økonomi ved egen funksjon. Begrepet er lett å forstå, men egentlig vanskeligere å eksemplifisere. Det er imidlertid også nødvendig å føre kontroll med at egenkontrollen fungerer.

Rettssikkerhet

Kontrollen har til hensikt å sikre at offentlige midler brukes på rett måte, at helsetjenesten i det hele fungerer slik den er forutsatt å fungere og sist, men ikke minst at pasienten får ivarettatt rimelige krav til kvalitet og rettssikkerhet. Dette med rettssikkerhet kan det kanskje også være ønskelig å beskrive noe mer.

Rettssikkerhet har følgende fasetter:

1. Krav om å ha visse verdier i fred.
2. Krav om å få en innholdsmessig riktig avgjørelse.
3. Krav om å kunne forutberegne en avgjørelse.
4. Krav om rettferdig, hensynsfull og rask saksbehandling.
5. Krav om ikke å bli umyndiggjort.
6. Krav om upartisk og uhildet saksbehandling.
7. Krav om lik behandling av like tilfelle.
8. Krav om uavhengig kontroll gjennom domstolene.

De fleste av disse punktene kan appliseres på den utøvende helsetjeneste.

Selv om det kan sies at rettssikkerhet både er knyttet til den kvalitet helsetjenesten har, kan den også sees på som et selvstendig aspekt. Under ingen omstendighet er det noe motsetningsforhold mellom de kvalitative egenskaper på den ene side og de rettssikkerhetsmessige på den andre side. Tvert imot kan en si at god helsetjeneste etter medisinske faglige mål ikke er like god - i en fullstendig

vurdering - dersom det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til rettssikkerheten. Dette er det nok så viktig å få fram fordi vår erfaring er at helsepersonell ikke synes å legge like stor vekt på rettssikkerhet som på de mer medisinskfaglige sider ved helsetjenesten.

Ressursbruk

Jeg vil her også ta for meg det økonomiske aspekt. Leger har et dualistisk syn på økonomi. På den ene siden blir det hevdet at det er noe ufint å snakke om økonomi i forbindelse med helsetjeneste, mens det på den andre siden ikke gjelder samme regler når det kommer til det å fremme lønnskrev for seg selv. Det er nærliggende å tro at denne avstandstagen fra økonomiske vurderinger i egentlig forstand er en beskyttelse mot kritisk innsyn i legers handlinger. I motsetning til nær sagt alt annet her i verden, skal legers handlinger og motiver ikke kunne prøves i økonomisk sammenheng. Rent bortsett fra at dette har vært en hendig måte å unndra seg økonomisk ansvar på, må det sies å være "reinspikka tøv". Leger har den vesentligste innflytelse på ressursbruken i helsevesenet. Deres bruk av ressursene bestemmer ikke bare hva som innenfor regelverket blir "prioritert", men like meget hva som på grunn av denne prioritering ikke kan bli realisert. Forvaltningen av penger stiller sine krav til etiske holdninger og utgjør en av flere sider av det kontrollmyndighetene har et legitimt behov for å kontrollere. Som det fremgikk av en dansk avis for noen år siden: "Leger som sitter med sugerøret i statskassen må finne seg i å bli kontrollert." Et eksempel på legenes holdning til dette kan utledes av den motstand som ble utøvet mot kontroll av timebestillingsbøkene ved kommunerevisor. Som så ofte ellers når man ikke ønsket å bli kikket i kortene, henviste man til taushetsplikten som om denne skulle være legenes eksklusive rett og ikke en plikt overfor pasienten. Det forelå en interessekonflikt som kanskje burde løses ved at timebestillingsbøkene ble ført noe annerledes. At de samme timebestillingsbøker med de samme opplysninger kanskje lå åpent tilgjengelig for rengjøringspersonell, syntes ikke å ha skapt de samme etiske konflikter.

HVEM SKAL UTFØRE KONTROLL

Selv om kontroll må utføres på alle trinn, jfr. også begrepet

"egenkontroll"; er det fremhevet av Stortingets Sosialkomite at det "er en nasjonal oppgave å medvirke til at det samlede helsetjenestetilbud blir så rasjonelt og så tjenlig for befolkningen som mulig."

Statlig fagmyndighet har et klart ansvar for å føre tilsyn. Samtidig er det et hevdvunnet prinsipp at tilsyn må utføres av noen som ikke selv er part i de aktiviteter det skal føres tilsyn med. Eller for å si det på en annen måte, man kan ikke føre et fullt tilfredsstillende tilsyn med sine egne handlinger. Så lenge planleggings- og driftsansvar i stor grad er overlatt kommuner og fylkeskommuner, tilsier dette at statlige fagmyndigheter må utøve tilsynet.

Klagesaker

I de senere år har det i økende grad vært talt om opprettelse av pasientombud. Isteden for å bruke ressurser på opprettelsen av en helt ny instans, burde man kanskje se etter om man ikke heller burde styrke det apparat som man tross alt har tilgjengelig. Dersom det er oppfatningen at kontrollen er for svak, herunder at klagesaker ikke blir tatt godt nok vare på, beror dette på ressursproblemer og ikke på at det ikke finnes instans som kan ivareta pasientenes interesser. Dette forhold bedres ikke ved at ressursene spres på flere instanser. Bedring kan skje ved at fylkeslegekontorene styrkes ressursmessig og at informasjon om klageadgang og muligheter gis almenheten. Fylkeslegekontorene har allerede betydelig erfaring i behandling av klagesaker, er nøytral i forhold til utøvende ledd og har den faglige forutsetning for å behandle de fleste klager. Ved særlig vanskelige saker vil man i alle fall måtte innhente vurderinger fra de medisinske universitetsmiljøer.

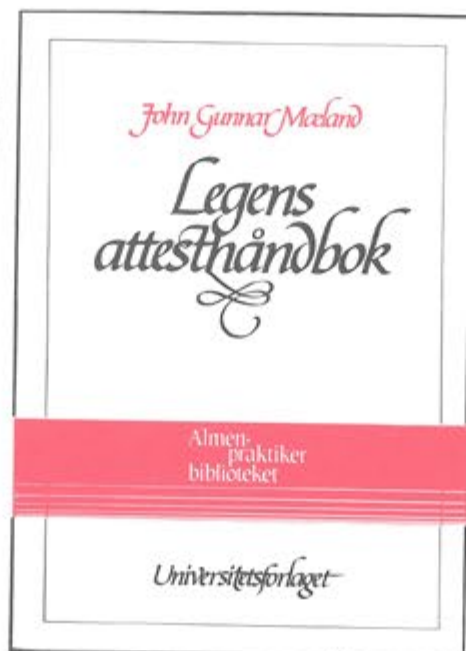
OM KONTROLLSYSTEMENE

Metoder for kontroll baserer seg på tre hovedkategorier:

- Automatisk kontroll. Det kan som eksempel nevnes elektronisk registreringen av "A-reseptter". Ved sterkt avvik fra antatt normalmonster vil "bjellen klinge" og forespørsel bli sendt ut.

- Stikkprøvekontroll. Den vanligste form. Ofte kombinert med informasjon og opplæring. Som utgangspunkt er den ofte ikke varslet på forhånd, men de ansvarlige er vanligvis tilstede.

Nå 6 bøker i Almenpraktiker- biblioteket!



NY

**Per Bergsjø, Sonja Irene Sjøli,
Janecke Thesen og Jo Telje**
**SVANGERSKAPSOMSORG I
ALMENPRAKSIS**

Det har i de siste årene vært en bred diskusjon om svangerskapskontrollens organisering og kvalitet i Norge, bl.a. som følge av den offentlige utredning om perinatal omsorg (NOU 1984: 17). Legene har vært nesten enerådende ned svangerskapskontroll, men jordmødrene hevder i kraft av sin utdannelse og erfaring at de må være med, noe handlingsprogrammet i denne boken støtter dem i. Almenpraktikeren er imidlertid hjørnesteinen i arbeidet. Boken gir faglig oppdatering og egner seg som håndbok.

Universitetsforlaget
ISBN 82-00-07599-0

John Gunnar Mæland
LEGENS ATTESTHÅNDBOK

I denne boken er den informasjonen samlet som en lege trenger for å gjøre en god jobb med sine skriftlige erklæringer. De mest benyttede skjemaer er gjengitt sammen med kortfattede veiledninger. Boken inneholder også de generelle regler og lover som styrer legens rettigheter og plikter. Legeloven, Lægeforeningens etiske regler og Helsinkiavtalen om biomedisinsk forskning er sentrale dokumenter som det er nyttig å ha samlet.

Universitetsforlaget
ISBN 82-00-06619-3

Per Fugelli og Kjell Johansen (red.)
**LANGSOMT BLIR FAGET VÅRT
EGET**

Boken innledes med nærbilder av våre største professorer i almenmedisin. Chr. F. Borchgrevink og Sigurd Humerfelt. Så følger kapitler om norsk almenmedisins nære historie og det faglige utviklingsarbeidet fremover på områder som: klinisk praksis, organisasjonsformer, studentundervisning, spesialutdanning, forskning, m.m.
Universitetsforlaget
ISBN 82-00-06836-6

Almen*
praktiker
biblioteket

Produktkontroll utøves lite i norsk helsevesen. Det er bare i klagesaker og eventuelle rettsaker at man mer systematisk etterprøver kvaliteten av den vare/tjeneste som er levert. Helsesrådene utøver imidlertid i stor grad produktkontroll.

Med egenkontroll forstår vi etableringen av rutiner og metoder for å følge opp kvantitet, kvalitet og økonomi ved egen funksjon. Begrepet er lett å forstå, men egentlig vanskeligere å eksemplifisere. Det er imidlertid også nødvendig å føre kontroll med at egenkontrollen fungerer.

Rettsikkerhet

Kontrollen har til hensikt å sikre at offentlige midler brukes på rett måte, at helsetjenesten i det hele fungerer slik den er forutsatt å fungere og sist, men ikke minst at pasienten får ivarett rimelige krav til kvalitet og rettsikkerhet. Dette med rettsikkerhet kan det kanskje også være ønskelig å beskrive noe mer.

Rettsikkerhet har følgende fasetter:

1. Krav om å ha visse verdier i fred.
2. Krav om å få en innholdsmessig riktig avgjørelse.
3. Krav om å kunne forutberegne en avgjørelse.
4. Krav om rettferdig, hensynsfull og rask saksbehandling.
5. Krav om ikke å bli umyndiggjort.
6. Krav om upartisk og uhildet saksbehandling.
7. Krav om lik behandling av like tilfelle.
8. Krav om uavhengig kontroll gjennom domstolene.

De fleste av disse punktene kan appliseres på den utøvende helsetjeneste.

Selv om det kan sies at rettsikkerhet både er knyttet til den kvalitet helsetjenesten har, kan den også sees på som et selvstendig aspekt. Under ingen omstendighet er det noe motsetningsforhold mellom de kvalitative egenskaper på den ene side og de rettsikkerhetsmessige på den andre side. Tvert imot kan en si at god helsetjeneste etter medisinske faglige mål ikke er like god - i en fullstendig

vurdering - dersom det ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til rettsikkerheten. Dette er det nok så viktig å få fram fordi vår erfaring er at helsepersonell ikke synes å legge like stor vekt på rettsikkerhet som på de mer medisinskfaglige sider ved helsetjenesten.

Ressursbruk

Jeg vil her også ta for meg det økonomiske aspekt. Leger har et dualistisk syn på økonomi. På den ene siden blir det hevdet at det er noe ufint å snakke om økonomi i forbindelse med helsetjeneste, mens det på den andre siden ikke gjelder samme regler når det kommer til det å fremme lønnskrav for seg selv. Det er nærliggende å tro at denne avstandstagen fra økonomiske vurderinger i egentlig forstand er en beskyttelse mot kritisk innsyn i legers handlinger. I motsetning til nær sagt alt annet her i verden, skal legers handlinger og motiver ikke kunne prøves i økonomisk sammenheng. Rent bortsett fra at dette har vært en hendig måte å unndra seg økonomisk ansvar på, må det sies å være "reinspikka tøv". Leger har den vesentligste innflytelse på ressursbruken i helsevesenet. Deres bruk av ressursene bestemmer ikke bare hva som innenfor regelverket blir "prioritert", men like meget hva som på grunn av denne prioritering ikke kan bli realisert. Forvaltningen av penger stiller sine krav til etiske holdninger og utgjør en av flere sider av det kontrollmyndighetene har et legitimt behov for å kontrollere. Som det fremgikk av en dansk avis for noen år siden: "Leger som sitter med sugerøret i statskassen må finne seg i å bli kontrollert." Et eksempel på legenes holdning til dette kan utledes av den motstand som ble utøvet mot kontroll av timebestillingsbøkene ved kommunerevisor. Som så ofte ellers når man ikke ønsket å bli kikket i kortene, henviste man til taushetsplikten som om denne skulle være legenes eksklusive rett og ikke en plikt overfor pasienten. Det forelå en interessekonflikt som kanskje burde løses ved at timebestillingsbøkene ble ført noe annerledes. At de samme timebestillingsbøker med de samme opplysninger kanskje lå åpent tilgjengelig for rengjøringspersonell, syntes ikke å ha skapt de samme etiske konflikter.

HVEM SKAL UTFØRE KONTROLL

Selv om kontroll må utføres på alle trinn, jfr. også begrepet

"egenkontroll"; er det fremhevet av Stortingets Sosialkomite at det "er en nasjonal oppgave å medvirke til at det samlede helsetjenestetilbud blir så rasjonelt og så tjenlig for befolkningen som mulig."

Statlig fagmyndighet har et klart ansvar for å føre tilsyn. Samtidig er det et hevdvunnet prinsipp at tilsyn må utføres av noen som ikke selv er part i de aktiviteter det skal føres tilsyn med. Eller for å si det på en annen måte, man kan ikke føre et fullt tilfredsstillende tilsyn med sine egne handlinger. Så lenge planleggings- og driftsansvar i stor grad er overlatt kommuner og fylkeskommuner, tilsier dette at statlige fagmyndigheter må utøve tilsynet.

Klagesaker

I de senere år har det i økende grad vært talt om opprettelse av pasientombud. I stedet for å bruke ressurser på opprettelsen av en helt ny instans, burde man kanskje se etter om man ikke heller burde styrke det apparat som man tross alt har tilgjengelig. Dersom det er oppfatningen at kontrollen er for svak, herunder at klagesaker ikke blir tatt godt nok vare på, beror dette på ressursproblemer og ikke på at det ikke finnes instans som kan ivareta pasientenes interesser. Dette forhold bedres ikke ved at ressursene spres på flere instanser. Bedring kan skje ved at fylkeslegekontorene styrkes ressursmessig og at informasjon om klageadgang og muligheter gis almenheten. Fylkeslegekontorene har allerede betydelig erfaring i behandling av klagesaker, er nøytral i forhold til utøvende ledd og har den faglige forutsetning for å behandle de fleste klager. Ved særlig vanskelige saker vil man i alle fall måtte innhente vurderinger fra de medisinske universitetsmiljøer.

OM KONTROLLSYSTEMENE

Metoder for kontroll baserer seg på tre hovedkategorier:

- Automatisk kontroll. Det kan som eksempel nevnes elektronisk registreringen av "A-reseptar". Ved sterkt avvik fra antatt normalmonster vil "bjellen klinge" og forespørsel bli sendt ut.

- Stikkprøvekontroll. Den vanligste form. Ofte kombinert med informasjon og opplæring. Som utgangspunkt er den ofte ikke varslet på forhånd, men de ansvarlige er vanligvis tilstede.

- Klagebehandling. Kan bestå i at man foretar kontroll på grunnlag av henvendelser som skulle tyde på at noe ikke er som det burde være. Som regel foreligger det imidlertid en konkret klage. Mot leger vil klagen gjerne kunne deles inn i tre typer, klage mot legens adferd m.v., herunder klage som gjelder manglende innsyn i egen journal, klage med påstand om mala praksis og evt. klage med krav om erstatning. Slike klager blir utredet etter faste rutiner ved fylkeslegekontoret. Klagebehandlingen gir betydelig innsikt i hvordan helsetjenesten fungerer, og det ville bety en svekkelse av tilsynsfunksjonen dersom klagesaker som prinsipp skulle overføres til et eventuelt pasientombud.

OM UTVIKLINGEN AV EGENKONTROLL

Selv om det altså må være en uhildet kontrollinstans, fritar ikke det de driftsansvarlige, her kommuner og fylkeskommuner, fra å utvikle redskaper og metoder som ledd i et egenkontrollsystem. Det er derfor arbeidsgivers oppgave å sørge for at dette blir utviklet. Fylkeslegen som er statens lokale kontrollinstans, har plikt til å påse at egenkontrollmetoder er utviklet og at de fungerer.

Følgende metoder kan nevnes for egenkontroll:

- At det foreligger instruks og/eller arbeidsbeskrivelse.
- At det foreligger aktuelle lover og regelverk tilgjengelig for de ansatte.
- At det foreligger tilstrekke-

lige kunnskaper hos de ansatte om eksisterende regelverk m.v..

- At det må fylles ut visse rapporter, oppgis visse driftsdata.

- At det foreligger tilfredsstillende rutiner for budsjett/regnskaper og kontroll av disse.

- At det foreligger mål for produktivitet f.eks. ved en effektivt rullerende helseplan og/eller ved bestemmelser om utarbeidelse av medisinalmelding.

I tillegg til dette kommer den kollegiale kontroll som man må regne med eksisterer der to eller flere av samme fagkategori arbeider sammen.

Egenkontrollen baserer seg altså på en kombinasjon av kunnskap, kunnskapstilgang, instruks og produktivitetsmål. Videre vil god egenkontroll også kunne fremgå av de arbeidsrutiner som man har lagt opp til. Er det slik at rutinene i seg selv virker fremmende på utvikling av kvalitet og rettssikkerhet, eller gir rutinene store muligheter for svikt?

KONTROLL, KUNNSKAP, RÅDGIVNING

Det må være åpenbart at egenkontrollen er det vesentligste ledd i den kjede av rutiner som bør/skal sikre at helsetjenesten holder mål. Derfor må Helse- og sosialdepartementet/Fylkeslegen legge stor vekt på å bidra til å utvikle gode egenkontrollrutiner. Som det vil fremgå av det som tidligere er sagt, vil dette i stor grad bero på aktørenes kunnskapsnivå og forståelse av regelverket. Det er derfor viktig å merke seg den betydelige vekt også Stortingets Sosialkomite la på rådgivnings- og informasjonsaspektet ved tilsynsmyndighetenes aktivitet. Norske Kommuners Sentralforbund har tilsynelatende ikke akseptert at informasjon og rådgivning er en helt naturlig og selvfølgelig plikt for statlige myndigheter. I sitt ønske om å svekke fylkeslegeetaten som statlig faginstans, har de ved flere anledninger gått ut mot rådgivning og til og med hevdet at man som tilsynsmyndighet ikke kan gi råd av hensyn til habilitets-spørsmålet. At de på denne måten går imot Stortingets klare forutsetninger, Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen og departementets lovforståelse, synes ikke å bekymre så meget. Det er ikke bare tillatt for statlige myndigheter å gi råd og informasjon, det er tillike en plikt. Bare på et felt er det



"Frankly, I feel he over-disciplines his animals."

en viss reservasjon. Fylkeslegen må ikke engasjere seg så meget i den praktiske utarbeidelse av planer for helsetjenesten at han av den grunn kan komme i konflikt med kravet til habilitet.

Målet med informasjon er å oppnå det samme som man skulle oppnå ved tilsyn, men midlet vil bli oppfattet som mer positivt. Hvis en går ut fra at alle gjør så godt de kan, vil økende kunnskap om og forståelse for innholdet i regelverket føre til bedring av tjenesten. Det vil også føre til en mer effektiv egenkontroll. En rett oppfatning av eget ansvar vil likeledes styrke såvel tjenesten som egenkontrollen.

Imidlertid er det uomgjengelig nødvendig å være klar over at man med nær 200 000 medarbeidere i helsesektoren, vil måtte finne medarbeidere som ikke holder mål. Det gjelder ikke noe unntak for leger. Styrket informasjon og styrket egenkontroll kan derfor ikke helt erstatte tilsyn utenfra, men den kan redusere behovet for slikt tilsyn.

Det foreligger enda en grunn til at eksternt tilsyn bør holdes på et relativt beskjedent nivå. Et for hyppig tilsyn vil kunne få den virkning at helsepersonellet regner med at alt er i orden dersom tilsynet ikke finner noe å sette fingeren på. Hyppig tilsyn kan derfor føre til ansvarsfraskrivelse og redusert evne til å føre en tilfredsstillende egenkontroll. Samtidig med at hyppig tilsyn p.g.a. ressursmangel også må innebære et mer overfladisk tilsyn, vil mulighetene for svikt øke istedenfor å avta. Det må derfor være en balanse mellom eksternt tilsyn og vektlegging av egenansvar.

For hyppig og detaljert tilsyn kan også gjøre aktørene mer opp-tatt av å unngå å gjøre formelle feil og derved miste evnen til positivt engasjement og selvstendig innsats for å løse sine arbeidsoppgaver.

Ut fra det som er nevnt kan en derfor sette følgende prioritering i kontrollsystemet:

1. Informasjon og rådgivning.
2. Utvikling og vedlikehold av egenkontrollrutiner
3. Eksternt tilsyn, ikke for ofte, men grundig når det først skjer.

ANDRE HENSIKTER MED KONTROLLEN

Bortsett fra de nevnte og åpenbare

grunner for kontroll, har kontrollen også andre hensikter.

For det første er fylkeslegen informant også den andre veien. Helsetjenesten og dens funksjons-evne, problemer m.v. må bli kjent for sentrale myndigheter som grunnlag for de overveielser som gjøres på det planet. Departementene er Regjeringens og Stortingets sekretariat, d.v.s. i alt vesentlig er det dette sekretariat som forbereder saker, og gir informasjon til Stortinget. Det igjen danner grunnlaget for de beslutninger Stortinget gjør. De vurderinger som gjøres av en nøytral faginstans er derfor av uvurderlig betydning for et rett beslutningsgrunnlag. Fylkeslegen danner det ytterste ledd i den statlige medisinske sektor og kan gjennom sitt tilsynsarbeid føre informasjon tilbake om "fylkets tilstand" ut fra den lokal-kunnskap han besitter, hvilket er en nødvendig ballast i overveiel-sene. For helsetjenesten skulle dette innebære den fordel at nøkterne problemstillinger blir gjort kjent for dem som har myndighet til å gjøre noe med det.

En annen virkning av tilsynet er at man får sett hvordan regelverket fungerer i det virkelige liv. På den måten kan man finne svakheter i selve regelverket og med tilbakeføring av informasjon medvirke til at regelverket blir bedre tilpasset virkelighetens verden. Det vil også føre til den fordel at de som i det daglige er satt til å sørge for at regler og forskrifter blir fulgt, har å gjøre med et regelverk som samsvarer med realitetene og tidens rettsfølelse m.v.

KAN MAN SLOEFE DEN EKSISTERENDE KONTROLL?

Svaret må bli et åpenbart nei. Det ville ikke bare være å miste bakkekontakten å tro at det selv på de gunstigste vilkår ville være overflødig å holde en viss kontroll med hva som skjedde, kontroll ville under alle omstendigheter måtte utøves i forbindelse med klagesaker. Svaret må imidlertid også bli nei fordi tilsynet inneholder så mange verdifulle og positive aspekter at det rett ut sagt ville være et tap om det ikke fungerte.

KVALITETSKRAV KONTRA BEGRENSEDE TILGJENGE-LIGE RESSURSER

Uten å gå nærmere inn på dette punkt, skal det bare nevnes at det i ethvert tilsyn gjeldende kvalitet, må være en målestokk der en ikke bare tar hensyn til

de tekniske og medisinske muligheter, men også til de ressursmessige realiteter. Tilsynets målestokk er derfor ikke det ideale, men det praktisk optimale.

FYLKESLEGENS MAKT OG AVMAKT, EN REST AV ET EMBETSVELDE UTEN POLITISK STYRING ?

Det har vært hevdet at fylkeslegen er endel av det gamle embetsveldet med betydelig myndighet og uten tilstrekkelig folkevalgt styring. Dette er imidlertid en floskel uten reelt innhold. Fylkeslegen er under politisk styring slik som andre offentlige administrasjoner men han har mindre muligheter til - bevisst eller ubevisst - å manipulere med den politiske beslutningsprosess. Myndighet foreligger ikke dersom dette ikke er eksplisitt tillagt ham i et regelverk som er vedtatt av et politisk organ eller utarbeidet under politisk styring. Fylkeslegens myndighet er nært knyttet til den styringsrett, eller mangel på samme, som Stortinget har eller vil ha. Dess sterkere og mer detaljert styring og kontroll Stortinget og/eller Regjeringen ønsker, dess mer myndighet må av praktiske grunner tillegges fylkeslegen. Temaet er interessant, men uten direkte tilknytning til dagens hovedtema.

ER EKSTERN KONTROLL ET SYMPTOM PÅ MISTILLIT ?

Ja - og nei!

Ja, - fordi det ligger i selve kontrollens vesen at den er ansett for å være nødvendig for å unngå svikt og for å ivareta rettssikkerheten.

Ja, - fordi pasientens ve og vel går foran hensynet til helsepersonellens bekvemmelighet.

Ja, - fordi vi vet at det av og til svikter, og at det fortsatt av og til vil komme til å svikte.

Ja, - fordi "tillit" i denne sammenheng ville innebære en sviktende forståelse av at alt kan gjøres bedre.

Nei, - fordi vi tror at svikt i de fleste tilfelle innebærer mangel på kunnskap og innsikt. Og derfor vil også informasjon og råd være kontrollens viktigste redskap.

TILSYN, STIMULERING TIL KVALITET OG EFFEKTIVITET ELLER ANGSTSKAPENDE RIS BAK SPELLET ?

Ved siden av at tilsynet viktigste oppgave er å spre informasjon om regelverket og gi råd, må tilsynet også skape forståelse for at god kunnskap om regelverk m.v. i seg selv vil føre til bedre rutiner, sikkerhet i arbeidet og derav bidra til øket effektivitet og kvalitet. All helsetjeneste foregår innenfor de kulturelle, juridiske og økonomiske rammer som eksisterer i samfunnet. Den praktiske utøvelse av medisin må derfor ta hensyn til dette. Hvis ikke vil medisinsk praksis utgjøre et fremmedelement mer enn en integrert del av samfunnets service til det enkelte menneske.

Tilsyn kan bare bli et angstskapende ris bak speilet hvis helsearbeideren ikke forstår motivene bak tilsynet, ikke har tilstrekkelig respekt for sitt yrkes betydning for medmennesker som søker ens hjelp eller virkelig skulle ha noe å skjule. Vi skal gjennom opplysning søke å fjerne de to førstnevnte angstskapende tilstander, den siste er jeg ikke sikker på om vi bør være interessert i å fjerne.

Offentlig tilsyn med fysioterapi-tjenesten

□ Anna Hjulstad □



Anna Hjulstad er utdannet fysioterapeut fra Statens Fysioterapiskole i Oslo i 1975. Har arbeidet som fysioterapeut på flere sykehus og institutter. Hun har de siste 2 årene vært ansatt som konsulent ved Fylkeslegekontoret i Nord-Trøndelag.

■ Den tidligere Lov om utførsel av de offentlige legeforretninger hjemlet også fylkeslegens tilsyn med fysioterapeutenes virksomhet. Tilsynet har vært lite aktivt og har stort sett begrenset seg til tilfeller med karakter av klage fra publikum.

Med bakgrunn i Lov om fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster kunne helserådsordføreren føre tilsyn med arten og omfanget av fysioterapivirksomheten. Erfaringen er at dette tilsynet også har vært svært begrenset.

Fysioterapivirksomheten har hittil på en måte levd sitt eget liv innimellom annen helsetjeneste. Men gjennom rekvisisjonsordningen har det vært en nødvendig medisinsk kontakt, i noen grad et samarbeid og en viss samfunnsøkonomisk kontroll. I tillegg har RTV's revisjon, gjennom kontroll med rekvisisjonene, ført et tilsyn med takstbruken.

Denne sparsomme utøvelsen av offentlig tilsyn med fysioterapivirksomheten, mener jeg skyldes at virksomheten i alt vesentlig har vært privat og ikke har hatt en lovfestet administrativ, organisatorisk og faglig tilknytning til det offentlige helsevesenet.

Lov om helsetjenesten i kommunene hjemler fysioterapitjenesten som en obligatorisk deltjeneste og det tilsier at det offentlige

tilsynet må få en annen vekt og et annet innhold.

Målet med tilsyn

Det overordnede målet med tilsynsarbeidet er : 1. at befolkningens behov for helsetjeneste, bl.a. fysioterapitjeneste, søkes nådd og 2. at tjenesten og fagutøvelsen har høy faglig standard.

Forarbeidene til Lov om offentlig tilsyn og forslaget til instruks for fylkeslegene, skisserer fleksible rammer for hvordan tilsynet kan utføres og hvilket innhold det kan ha. Men vi har fått eller ingen sentralt bestemte normer eller krav til bemanning eller innhold i tjenesten å bygge på. Videre er kommunenes selvstendige administrative og driftsmessige ansvar og egenkontroll for helsetjenesten understreket.

Summen av disse forhold gir etter mitt syn den svakheten at tilsynsarbeidet kan variere mye fra fylke til fylke og vil bl.a. avhenge av :

- hvor oversiktlige forholdene i kommunen og fylket er,
- kontakten mellom fylkeslegekontoret, fagutøver, administrasjon og politisk ledelse i kommunene,
- hvilken fagbakgrunn, yrkeserfaring og mulighet til å holde seg faglig ajour de som skal utøve tilsynet har,
- hvilken respons tilsynsarbeidet får, og
- hvilke sanksjonsmuligheter fylkeslegen har.

I forhold til fysioterapitjenesten og dens innhold er det få sanksjonsmuligheter, og erfaringene tilsier at det er få tilfeller av inngripen overfor fagutøvere. På bakgrunn av dette, og at tjenesten ikke er skikkelig innarbeidet i den kommunale helsetjenesten ennå, mener jeg det er spesiell grunn til å legge vekt på råd, veiledning og opplysning som det viktigste redskapet i tilsynsarbeidet.

Behovet for råd, veiledning og opplysning er stort, spesielt i de små kommunene. Kommunale politikere og administratorer har liten kjennskap til fysioterapifaget og særlover og forskrifter som regulerer virksomheten. Videre har fysioterapeuter liten erfaring i å forholde seg til kommunen som et forvaltningsorgan for fysioterapitjenesten.

Hvordan drive tilsyn

Et viktig utgangspunkt er en best mulig oversikt over :

- antall fysioterapeuter med og uten avtale og antall fastlønnsstillinger,
- hvordan tjenesten er fordelt i forhold til oppgavene Lov om kommunehelsetjenesten angir,
- hvordan helsetjenesten som helhet og fysioterapitjenesten spesielt i hver enkelt kommune er administrert og organisert,
- hvordan den politiske styringsmodellen er i kommunen, og
- hvilke faglige samarbeidsrutiner som er etablert.

På dette grunnlaget kan det utarbeides fylkesoversikt. Denne fylkesoversikten sammen med sentrale statistikker over noen av de samme parametrene, befolkningsstatistikk og sentralt bestemte helsepolitiske målsettinger, samt egen fagbakgrunn, mener jeg er noe av basisen for å drive rådgivning.

Egenkontroll

Egenkontrollrutiner er ikke vanlige. Det egenkontrollbaserte tilsynet oppleves som noe nytt som det vil ta tid og krefter å få gjennomført. Hvilket omfang egenkontrollen og selvevalueringen får er klart avhengig av interesse og hvor mye tid og økonomi en vil satse, men et nødvendig minimum etter loven må den ha. En må konsentrere egenkontrollen om noen få spesielt viktige områder i første omgang.

Journal og epikriser

Et slikt viktig område for egenkontroll er journalføring og rapporteringssystem. Mitt inntrykk er at den tid som brukes til journalføring og epikriseskriving dessverre er og har vært liten blant de fleste fysioterapeuter. Kravet om en god journal som et viktig arbeidsredskap for å få oversikt over virksomheten, for fagutvikling og for eventuell bruk i strafferettslig sammenheng, kan vel ikke sterkt nok understrekes.

Faglig kompetanse

Et annet område innenfor egenkontrollen er heving av kompetansenivået. Fysioterapeuter er flinke til å holde seg faglig ajour, men noe mindre flinke på det tverrfaglige området. Her mener jeg kommunen har et ansvar for å legge forholdene til rette for å vedlikeholde og tilføre fagutøverne nødvendige kunnskaper.

Rettferdig fordeling

Lov om offentlig tilsyn pålegger fylkeslegen å medvirke til at befolkningens behov for helsetjeneste søkes nådd. Fylkeslegen

skal medvirke til at det bl.a. ikke skjer usaklig forskjellsbehandling ved fordeling av helsetjenester. Det skal påses at særlig svakstilte grupper får sin rettmessige andel av helsetjenesten.

Som svakstilte grupper er nevnt :
- psykisk utviklingshemmede,
- psykiatriske pasienter,
- eldre pasienter, og
- pasienter med kronisk sykdom, funksjonshemninger eller utviklingsfeil.

Grovt sagt har kommunene overtatt det økonomiske, administrative og organisatoriske ansvaret for den fysioterapivirksomheten de måtte ha. Fordelingen av virksomheten i forhold til oppgavene etter loven er stort sett som før overgangen. Det alt vesentlige av virksomheten drives som instituttpraksis, hvor alderen på de henviste i hovedsak ligger fra 30 - 60 år.

Mitt poeng er at de omtalte svakstilte grupper ved en slik organisering av tjenesten ikke er tilgodesett, og fylkeslegen har et ansvar for å drive en rådgivning spesielt i plansammenheng som påvirker denne skjevfordelingen.

Fastlønnskudd og ramme

Fylkeslegen er godkjenning/kontrollinstans for hvorvidt vilkårene for utbetaling av fastlønnskudd både til lege- og fysioterapeutstillinger i kommunene etter søknad er oppfylt. Videre skal det føres tilsyn med bruken av rammetilskuddet gjennom kommunebudsjettet.

Veiledning og samarbeid

Etter mitt syn er det lite av dette som kan karakteriseres som uønsket kontroll. En aktiv medfølging fra fylkeslegekontoret i hvordan forholdene i og utenfor helsetjenesten generelt og fysioterapitjenesten spesielt utvikler seg, bør gi grunnlag for råd, veiledning og opplysning. Dette kan stimulere til samarbeid og gi som produkt en bedret fysioterapitjeneste. Rådgivningen bør skje både til politikere, administrasjon og fagutøvere og videre til sentrale helsemyndigheter.

Statlig tilsyn med sykepleietjenesten

□ Martha Quivey □

Normer

- Det jeg savner mest i rollen som tilsynsmyndighet er et utviklet quality assurance program, eller normer (ikke normtall), for sykepleietjenesten. Det ville være uhyre mye enklere om normer for tjenesten var utviklet og i bruk og vår jobb var å vurdere om disse normer var oppfylt. USA, Canada og New Zealand har utviklet dette. Deres normer kan neppe overføres p.g.a. de store forskjeller i helsesystemene i disse land i forhold til Norge.

I Europa har arbeidet med dette begynt meget sent. The Royal College of Nursing startet et arbeid med det for 3-4 år siden. I 1982 hadde WHO et seminar om "normer for sykepleietjenesten" på Sundvollen. En av resolusjonene var at WHO skulle følge opp dette med en arbeidsgruppe som skulle utforme retningslinjer for hvordan man utarbeidet normer. Dette arbeidet som består av personer fra WHO, Frankrike, Belgia, Finland og Norge, faglig ledet av Canada møtte i Brussel i 1984. Gruppen utarbeidet en lysbildeserie til bruk for opplæring og informasjon. Hver representant skulle så føre arbeidet videre i hvert sitt land. Arbeidsgruppen møtes igjen tidlig i 1986.

Norsk arbeidsgruppe

Arbeidet har vært videreført i Norge. Norsk sykepleieforbund har nedsatt en liten arbeidsgruppe av interesserte personer som skulle utforme et forslag til fremdrift av dette til sentralstyret. Forslaget vil bli fremmet sent i høst vil jeg tro. Det er min oppfatning at hele sykepleietjenesten, utdannere, utøvere og ledere trenger etablerte normer for tjenesten. Ikke minst trenger vi det som skal drive

tilsyn med denne tjenesten for å se at den fungerer også kvalitativt tilfredsstillende. Men det vil ta tid å utvikle dette og det vil kreve sjouføring. Det vesentligste nå er at arbeidet er kommet i gang.

Mål for kvalitet og kvantitet

Så lenge vi ikke har slike normer - hva har vi da? Vi har antall pasienter, men dette forteller egentlig lite. Derimot har vi både i sykehus og sykehjem og forhåpentligvis snart i hjemmesykepleien pasientklassifisering som gir oss et inntrykk av pleietyngde.

Vi har oversikt over personalets antall og kvalifikasjoner. Dette er en faktor i kvalitet uten tvil, men du kan ha stort antall og lite kvalitet. Gode kvalifikasjoner behøver heller ikke medføre god sykepleie - selv om det vanligvis gjør det. Vi har oversikt over dokumentasjon av hva som utøves i sykepleietjenesten, de fleste sykehus bruker pleieplaner, noen sykehjem og hjemmesykepleien gjør det også. Kvaliteten av planene vet vi ikke, men vi kan finne ut dette ved å gå inn i materialet. Jeg tror det vesentligste for oss blir å definere hvilken informasjon vi trenger for å vurdere kvantitet og kvalitet av tjenestene og at våre kunnskaper er gode nok til å kunne vurdere de informasjoner vi får.

Fagutvikling

Et annet virkemiddel er selvsagt hvilke utviklingsarbeider foregår i tjenesten. Fylkessykepleier kan være en stimulans til å styrke faglig utvikling.

Opplæring og veiledning

En annen faktor er opplæring og veiledning - omfang og kvaliteten av denne. Opplysning og veiledning av pasienten skulle fremgå av pleieplaner, oversikt over intern opplæring er også tilgjengelig.

Amerikanerne har i en periode brukt såkalt "peer review" at kollegaer vurderer hverandre - oftest er det gjort ved gjennomgang av pleieplaner.

Sykepleierrapporten

Et spørsmål som kommer med visse mellomrom og som Norsk Institutt for Sykehusforskning arbeidet med for noen år tilbake, er tidsbruk og innhold av rapport. Hvis 13-20% av personalets arbeidstid brukes til rapport forteller det noe, men det som er mer interessant er jo innholdet av rapporten. Norsk Institutt for Sykehusforskning fant at mesteparten var retrospektiv, lite planlegging ble gjort i rapport, da kan det stilles spørsmål ved et så stort tidsbruk.

Grunnlaget for tilsyn

Et vesentlig spørsmål blir hvilke kunnskaper trenger tilsynsmyndigheten for å være i stand til å føre slikt tilsyn?

1. Man må kjenne til hvilke faktorer man mener påvirker kvaliteten av tjenesten både i institusjon og primærhelsetjeneste.
2. Man må vite hvordan slike faktorer kan måles og hva de forteller, m.a.o., vi må kunne noe om forskning/utredning/prosjektarbeid og kunne holde oss ajour ved å vurdere utredningsarbeider.

Håp om kreativitet

Vi er - etter min mening - i begynnelsen av en interessant tid når det gjelder statlig tilsyn. Det er klart loven har sine lyse sider og sine mørke, at både lov og instruks er såpass generell gir mulighet for stor variasjon og kreativitet. Kanskje vårt største problem er vår egen mangel på kunnskaper om hvordan egenkontroll kan drives og hvordan vi som tilsynsmyndighet kan stimulere til øking av denne

Praksisbefaring

Trygve Aanjesen

Trygve Aa. er cand. med. fra Bergen 1974. Han er spesialist i almenmedisin og har de siste åra vært kommunelege i Tvedestrand.

■
Å.... du gjer det slik?

Denne kommentaren pleide å komme fra formannen på en vestlandsk møbelfabrikk når han så noen gjøre et stykke arbeid på en annen måte enn han ville ha gjort.

Med disse ordene manet han til selvkritikk, samtidig som han var åpen for muligheten av at jobben kunne gjøres slik, selv om det ikke var hans måte.

Det blir verre å innse tungvinte og dårlige rutiner jo lenger vi har holdt på med dem. Ettersom tiden går, får vi mer og mer å forsvare. Vi stivner til overfor oss selv, våre medarbeidere og kolleger.

Usikkerheten overfor kolleger kan øke, og vi blir engstelige for å la noen kikke oss i kortene. En slik "ond" sirkel er lettest å gli inn i og vanskeligst å komme ut av dersom en jobber alene. Men gruppepraksis er ingen garanti mot uvaner og heller ingen garanti mot uvaner og heller ingen sikkerhet for selvkritikk.

Turnuskandidater og yngre sommervikarer kan nok se tingene med nye øyne, men er samtidig lettere å forsvare seg mot: de mangler vår erfaring med tingene.

Sommeren 1985 var vi så heldige å få en meget erfaren kollega til vår gruppepraksis (3 leger og 4 ansatte) som vikar i 3 uker. Dette ga en sjelden anledning til å få synspunkter på alle sider ved vår praksis. Ved slutten av vikariatet festet han obser-

sjoner og synspunkter på papiret og kalte det "praksisbefaringsrapport". Spenningen var stor da vi etter sommerferien skulle gå igjennom rapporten og få våre pass påskrevet! Erfaren som han var med mennesker og kolleger blandet han kritikk med ros.

Rapporten ble kopiert slik at alle ansatte og leger fikk et eksemplar til selvstudium. Deretter gikk vi gjennom rapporten i 3 fellesmøter a 1 time.

I disse fellesmøtene drøftet vi "kritikken" punkt for punkt. Alle fikk meddele sitt syn og vi diskuterte oss fram til enighet om hva vi skulle gjøre med de forskjellige sakene. Det ble laget et skriftlig referat fra hvert møte med vekt på rutiner vi skulle endre, nyanskaffelser, ominnredninger osv. Dette ble repetert i starten av neste møte for å sjekke at alle partene hadde fulgt opp.

Etter at hele rapporten var gjennomgått ble det laget en tilbakemelding til vikar, hvor vi meddelte ham hva vi hadde gjort.

Vi opplevde en slik kritisk gjennomgang av vår praksis som svært nyttig og inspirerende. Det at kritikken kom fra en kollega som sto "utenfor", gjorde det mindre konfliktyllet for alle parter. Forslag til endringer var jevnt fordelt på leger, personale, bygning og utstyr.

Konklusjonen var at alle gjorde noe bra, samt at alle hadde oppgaver som kunne gjøres annerledes/bedre.

Diskutert i full åpenhet førte dette til en generell vilje til forandring og nytenkning. Noe som kommer fram i en slik rapport vil være nye ting, og vi spør oss selv, hvorfor tenkte vi ikke på det? Endel vil være ting en har tenkt på og som det daglige jag har skjovet til side. For vår del ble dette sparket som førte til at en rekke av disse tingene ble rettet på.

Jeg tror en slik kritisk gjennomgang vil være nyttig for flere enn oss og mere enn en gang i løpet av praksisens liv. Det kan tenkes flere nivåer på en slik praksisbefaring, hvor det å ha en erfaren kollega til vikar i flere uker vil være den grunnligste.

Bytte av praksis en dag eller to vil også kunne være nyttig. En dags befarings/inspeksjon mens en selv er i arbeid vil kunne avdekke mye av en observant og kritisk kollega.

Den enkleste form vil være et kveldsbesøk hvor to eller flere kan gå igjennom praksisen og diskutere forskjellige løsninger. Et svært viktig poeng ved en slik "befaring" er at det blir laget en skriftlig rapport som kan gås igjennom, helst samlet. Slik vil ingen føle at de får tredd nye løsninger nedover hodet uten å bli spurt. Det bør lages en sjekklister for en slik befaringslik slik at ikke viktige ting blir utelatt.

Noen hovedkapitler bør hete:

Tilgjengelighet:

Geografisk lokalisasjon, offentlig transport, trapper, snømaking o.l..

Bygningsmessig planløsning:

Nok areal, er det brukt riktig, kan/bør noe endres?

Praksisens utstyr:

Kontorutstyr, lab.utstyr, kartotekløsning, venteværelseutstyr.

Praksisens indre liv:

Rutiner for timebestilling, pauser, åpningstider, telefonrutine, personalmøter, personalpolitikk. ▶

Medisinske rutiner og praksisprofil:

Det bør vurderes om de rutiner som følges for undersøkelse og behandling er hensiktsmessige. Har praksisen en rimelig variasjon og bredde? Ved flerlegepraksiser bør det vurderes om legene har noenlunde like holdninger der det er hensiktsmessig, f.eks. m.h.t. medikamentvalg.

Den praktiske gjennomføring av slike praksisbefaringer bør ikke i fremtiden overlates helt til den enkeltes initiativ og mot.

I den strukturerte videreutdanning til spesialister i almenmedisin skal det dannes 2-årige studiegrupper med veileder. En befaring av gruppedeltakernes praksis på et av de tre nevnte nivåer vil kunne være en naturlig avslutning på en slik 2-årig veilederperiode ■

Litteratur

Steinar Westin. Hvorfor ikke la en kollega se på din praksis? Utposten 1983; 24-25.

Board of Censurs Working Party. What sort of doctor? J Royal Coll Gen Pract 1981; 31: 698-702.

Husk essaykonkurransen

Konkurranseregler Utpostens essaykonkurranse 1986

Utposten inviterer sine lesere til en konkurranse om årets beste primærmedisinske essay. Deltagerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske almen- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4 ark og bare på den ene siden av arket. Det benyttes dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør ikke være under 10 manussider og må ikke overskride 15 manussider. Dersom litteraturhenvisninger er aktuelle, føres disse opp i henhold til "Vancouver-konvensjonen" (jfr. Tidsskriftets manuskriptveiledning). Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

Anonymisering:

Forfatterens navn skal ikke fremgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet og ved innsendelsen skal det vedlegges en lukket konvolutt som er merket med manuskriptets tittel utenpå og som inneholder opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer. Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen.

Tidsfrist:

Manuskriptene må innsendes til: **Utposten, 6657 RINDAL** innen 15. mai 1986.

Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av almenpraktiker Dnlf Eli Berg Bratlie, bydelslege Elise Klouman Bekken, professor Per Fugelli og stipendiat Magne Nylenna.

Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørslar om Utpostens essaykonkurranse 1986 kan rettes til Utposten, 6657 RINDAL.

Praksisbefaring

Trygve Aanjesen

Trygve Aa. er cand. med. fra Bergen 1974. Han er spesialist i almenmedisin og har de siste åra vært kommunelege i Tvedestrand.

Å... du gjer det slik?

Denne kommentaren pleide å komme fra formannen på en vestlandsk møbelfabrikk når han så noen gjøre et stykke arbeid på en annen måte enn han ville ha gjort.

Med disse ordene manet han til selvkritikk, samtidig som han var åpen for muligheten av at jobben kunne gjøres slik, selv om det ikke var hans måte.

Det blir verre å innse tungvinte og dårlige rutiner jo lenger vi har holdt på med dem. Ettersom tiden går, får vi mer og mer å forsvare. Vi stivner til overfor oss selv, våre medarbeidere og kolleger.

Usikkerheten overfor kolleger kan øke, og vi blir engstelige for å la noen kikke oss i kortene. En slik "ond" sirkel er lettest å gli inn i og vanskeligst å komme ut av dersom en jobber alene. Men gruppepraksis er ingen garanti mot uvaner og heller ingen garanti mot uvaner og heller ingen sikkerhet for selvkritikk.

Turnuskandidater og yngre sommervikarer kan nok se tingene med nye øyne, men er samtidig lettere å forsvare seg mot: de mangler vår erfaring med tingene.

Sommeren 1985 var vi så heldige å få en meget erfaren kollega til vår gruppepraksis (3 leger og 4 ansatte) som vikar i 3 uker. Dette ga en sjelden anledning til å få synspunkter på alle sider ved vår praksis. Ved slutten av vikariatet festet han observa-

sjoner og synspunkter på papiret og kalte det "praksisbefaringsrapport". Spenningen var stor da vi etter sommerferien skulle gå igjennom rapporten og få våre pass påskrevet! Erfaren som han var med mennesker og kolleger blandet han kritikk med ros.

Rapporten ble kopiert slik at alle ansatte og leger fikk et eksemplar til selvstudium. Deretter gikk vi gjennom rapporten i 3 fellesmøter a l time.

I disse fellesmøtene drøftet vi "kritikken" punkt for punkt. Alle fikk meddele sitt syn og vi diskuterte oss fram til enighet om hva vi skulle gjøre med de forskjellige sakene. Det ble laget et skriftlig referat fra hvert møte med vekt på rutiner vi skulle endre, nyanskaffelser, ominnredninger osv. Dette ble repetert i starten av neste møte for å sjekke at alle partene hadde fulgt opp.

Etter at hele rapporten var gjennomgått ble det laget en tilbakemelding til vikar, hvor vi meddelte ham hva vi hadde gjort.

Vi opplevde en slik kritisk gjennomgang av vår praksis som svært nyttig og inspirerende. Det at kritikken kom fra en kollega som sto "utenfor", gjorde det mindre konfliktfylt for alle parter. Forslag til endringer var jevnt fordelt på leger, personale, bygning og utstyr.

Konklusjonen var at alle gjorde noe bra, samt at alle hadde oppgaver som kunne gjøres annerledes/bedre.

Diskutert i full åpenhet førte dette til en generell vilje til forandring og nytenkning. Noe som kommer fram i en slik rapport vil være nye ting, og vi spør oss selv, hvorfor tenkte vi ikke på det? Endel vil være ting en har tenkt på og som det daglige jag har skjøvet til side. For vår del ble dette sparket som førte til at en rekke av disse tingene ble rettet på.

Jeg tror en slik kritisk gjennomgang vil være nyttig for flere enn oss og mere enn en gang i løpet av praksisens liv. Det kan tenkes flere nivåer på en slik praksisbefaring, hvor det å ha en erfaren kollega til vikar i flere uker vil være den grunnigste.

Bytte av praksis en dag eller to vil også kunne være nyttig. En dags befarings/inspeksjon mens en selv er i arbeid vil kunne avdekke mye av en observant og kritisk kollega.

Den enkleste form vil være et kveldsbesøk hvor to eller flere kan gå igjennom praksisen og diskutere forskjellige løsninger. Et svært viktig poeng ved en slik "befaring" er at det blir laget en skriftlig rapport som kan gåes igjennom, helst samlet. Slik vil ingen føle at de får tredd nye løsninger nedover hodet uten å bli spurt. Det bør lages en sjekklister for en slik befaringslik at ikke viktige ting blir utelatt.

Noen hovedkapitler bør hete:

Tilgjengelighet:

Geografisk lokalisasjon, offentlig transport, trapper, snømaking o.l..

Bygningsmessig planløsning:

Nok areal, er det brukt riktig, kan/bør noe endres?

Praksisens utstyr:

Kontorutstyr, lab.utstyr, kartotekløsning, venteværelseutstyr.

Praksisens indre liv:

Rutiner for timebestilling, pauser, åpningstider, telefonrutine, personalmøter, personalpolitikk.▶

Medisinske rutiner og praksisprofil:

Det bør vurderes om de rutiner som følges for undersøkelse og behandling er hensiktsmessige. Har praksisen en rimelig variasjon og bredde? Ved flerlegepraksiser bør det vurderes om legene har noenlunde like holdninger der det er hensiktsmessig, f.eks. m.h.t. medikamentvalg.

Den praktiske gjennomføring av slike praksisbefaringer bør ikke i fremtiden overlates helt til den enkeltes initiativ og mot.

I den strukturerte videreutdanning til spesialister i almenmedisin skal det dannes 2-årige studiegrupper med veileder. En befaring av gruppedeltakernes praksis på et av de tre nevnte nivåer vil kunne være en naturlig avslutning på en slik 2-årig veilederperiode ■

Litteratur

Steinar Westin. Hvorfor ikke la en kollega se på din praksis? *Utposten* 1983; 24-25.

Board of Censurs Working Party. What sort of doctor? *J Royal Coll Gen Pract* 1981; 31: 698-702.

Husk essaykonkurransen

Konkurranseregler Utpostens essaykonkurranse 1986

Utposten inviterer sine lesere til en konkurranse om årets beste primærmedisinske essay. Deltagerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske almen- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:

Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i to eksemplarer. Manuskriptet skrives på A-4 ark og bare på den ene siden av arket. Det benyttes dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør ikke være under 10 manussider og må ikke overskride 15 manussider. Dersom litteraturhenvisninger er aktuelle, føres disse opp i henhold til "Vancouver-konvensjonen" (jfr. Tidsskriftets manuskriptveiledning). Manuskriptet innledes med en kortfattet innledning (ingress) på inntil en manusside.

Anonymisering:

Forfatterens navn skal ikke fremgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet og ved innsendelsen skal det vedlegges en lukket konvolutt som er merket med manuskriptets tittel utenpå og som inneholder opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer. Manuskriptene vil bli behandlet anonymt av juryen.

Tidsfrist:

Manuskriptene må innsendes til: **Utposten, 6657 RINDAL** innen 15. mai 1986.

Jury:

Manuskriptene vil bli vurdert av en jury bestående av almenpraktiker Dnlf Eli Berg Bratlie, bydelslege Elise Klouman Bekken, professor Per Fugelli og stipendiat Magne Nylenna.

Premiering:

Det vil bli kåret inntil to vinnere av konkurransen. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr. 10.000. Vinnerbidragene vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essays.

Ytterligere forespørsler om Utpostens essaykonkurranse 1986 kan rettes til Utposten, 6657 RINDAL.

Velkommen til Kongsvollseminaret 24.-26. april 1986



"Let's enjoy it while we can—this is where they're going to build the new Leisure Centre."

■ Norsk selskap for almenmedisin har arrangert seminar på Kongsvoll Fjellstue på Dovre våren 1984 og 1985. Dette seminaret ser ut til å bli en årvisst tradisjon.

Hensikten med disse møtene er å samle almenpraktikere fra hele landet for å utveksle ideer og erfaringer, og å spre Selskapets aktiviteter.

Kongsvollseminaret er ikke et vanlig kurs for almenpraktikere, men en slags idedugnad, et ideologi- og tenkeseminar.

På de to første seminarene er deltakerne blitt invitert. Nå når vi er forbi startfasen, og Kongsvollseminaret ser ut til å være kommet for å bli, ønsker styret en mer demokratisk invitasjon.

Vi ønsker interesserte medlemmer av Selskapet velkommen til seminaret, og oppfordrer dere til å søke. Deltakerantallet er begrenset til 50, inkludert gjester og forelesere. Plassen på Kongsvoll tillater ikke flere. Vi ønsker dessuten en gruppe som ikke er større enn at vi kan bli kjent med hverandre og hvor alle kan delta aktivt.

Dersom det melder seg for mange, vil deltakerne bli valgt ut slik at vi sikrer geografisk spredning og nye deltakere.

Slik håper vi å kunne høste impulser fra ulike almenmedisinske miljøer, og vi håper at den inspirasjonen som Kongsvollseminaret kan gi, vil bidra til å spre Selskapets aktiviteter best mulig.

Program: Se egen ramme.

Kurset vil bli søkt godkjent med 16 tellende kurstimer.

Det kan søkes dekning for utgifter til reise, opphold og seminaravgift fra det nye fondet.

Seminaravgift: kr. 600,-

Søknad sendes til Signe Flottorp, Midtåsen 23 c, 1166 Oslo 11

SØKNADSRIST 1. FEBRUAR ■

Program for Kongsvoll seminaret 24.-26. april 1985

Torsdag 24. april: Ressursbruk i almenmedisinen. Etske, økonomiske, sosiale og medisinske aspekter.

- 13.00-14.00 Lunch
- 14.00-14.15 Velkommen
- 14.15-15.10 Har ressursbruk noe med legeetikke å gjøre? Almen praktiker Åse Schrøder, Bodø
- 15.10-16.10 Sykdom eller livsproblemer. Legen som "trygdemisbruker". Professor Per Sundby, Oslo
- 16.10-16.30 Kaffe
- 16.30-17.15 Hva genererer almenpraktikeren av utgifter? Kost/ nyttevurderinger av rutinemessige utredninger i almenpraksis. Professor Olav Helge Førde, Tromsø
- 17.15-18.30 Plenum
- 19.00 Middag
- 20.30 Kåseri v/Olav Helge Førde

Fredag 25. april: Almenpraktikerrollen - myter og realiteter.

- 08.00-09.00 Frokost
- 09.00-10.30 Om pasienttilfredshet. Er pasientene fornøyde med oss? Forsker Thor Øyvind Jensen, Institutt for administrasjons- og organisasjonskunnskap, Universitetet i Bergen.
- 10.45-11.30 Almenpraktikeridealet - hva er det? Er det mulig å leve opp til? Almenpraktiker Carl Edvard Rudbeck, Umeå.
- 11.30-12.15 Samtale i plenum
- 12.15-14.00 Lunchpause
- 14.00-18.00 Den nye legerollen. Om folkeskikk, formidlingens kunst, doktoren som menneske, som kommuniserende person m.m.. Kommunalråd Anne Marie Tannes, med forelesning, rollespill, gruppearbeid og samtale.
- 19.00 Middag
- 20.30 Samtale om taps- og sorgreaksjon etter brystkreftoperasjon. Forfatter Ellen Francke

Lørdag, 26. april: Faglige aktiviteter: idebank

- 08.00-09.00 Frokost
- 09.00-12.30 Korte innlegg med etterfølgende diskusjon om ulike faglige aktiviteter og aktuelle temaer.

På programmet står foreløpig:

Rapport fra helgeseminar for alle ansatte ved Markveien legesenter. Om journalen i almenpraksis - rapport fra journalutvalget. Veiledet almenmedisin - hvor er vi nå?

Vi mottar gjerne bidrag til programmet lørdag formiddag. Har du gode ideer/erfaringer om faglige aktiviteter, er de velkomne.

- 12.30-13.00 Avslutning.

Et nytt benzodiazepin med kort halveringstid
fra Upjohn til behandling av søvnløshet.



Halcion[®] (triazolam)

Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet:



Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon,
Solvikvn. 12, 1310 Blommenholm,
tlf. (02) 53 98 06

PRODUCT OF

Upjohn

CNS
RESEARCH

Manuell terapi

En videreutdanning innen fysioterapi.

□ Bjørn Støre og Sonja Billington
fysioterapeuter, medl. av Faggruppe for manuell terapi.

■ Hva er manuell terapi?

Manuell terapi er en 3-årig videreutdanning innen fysioterapi. Studiet tar sikte på en fordypning innen feltet belastningslidelser, og bygger hovedsaklig på en biomekanisk tankegang. Det er terapeutiske idegrunnlag har sitt opphav i den tradisjonelle skolemedisinen, mens endel manuelle teknikker/håndgrep er videreutviklet fra osteopatien. Internasjonalt er benevnelsen "ortopedisk manuell terapi" eller "ortopedisk medisin".

Manuell terapi tar sikte på en generell, lokal og spesifikk undersøkelse av bevegelsesapparatets funksjon med tanke på mobilitet og stabilitet, for derigjennom å avklare årsakene til lidelsen/skaden/smertene. Deretter iverksettes behandlingstiltak for å normalisere den avvikende funksjon, generelt, lokalt og spesifikt. Til dette formål benyttes alle fysioterapeutiske virkemidler som termo-, hydro- og elektroterapi, bløtdelsbehandling/massasje, passiv og aktiv mobilisering, støttende og stabiliserende hjelpemidler, aktiv trening, ergonomiske/forebyggende råd og tiltak. Manuell terapi er således allsidig, og representerer fysioterapi i hele sin bredde.

I tillegg søker manuell terapi å rette sine virkemidler mot årsaken til lidelsen fremfor å angripe symptomene, samt påvirke dysfunksjonen så spesifikt som mulig. Dette tilstrebes for å skåne naboled-/segmenter hvor aktivitet er uønsket eller direkte skadelig, samt gi størst mulig effekt der aktiviteten er indisert. Spesifisiteten springer således ut fra en helhetlig tankegang, i vissheten om

at en kjede ikke er sterkere enn det svakeste ledd - hva enten svakheten skyldes manglende stabilitet eller mobilitet. Innen manuell terapi preger spesifisiteten alle behandlingsteknikker, både aktive og passive. Dermed går manuell terapi også i dybden.

Der man finner det indisert, og tradisjonelle tiltak ikke vil føre fram, gjør manuell terapi bruk av manipulasjon (=håndgrep med stor hastighet og lite utslag) for å normalisere funksjonen i tilstivnede ledd i rygg og ekstremiteter. Forut for et grep forberedes leddet gjennom varme, massasje og mobilisering; mens aktive øvelser (med tanke på selvkontroll) og ergonomiske råd (for å hindre recidiv) blir iverksatt etterpå. Hele tiden tilstreber man en normalisering av dysfunksjonen, på bakgrunn av den funksjonsdiagnosen som foreligger.

STUDIEOPPLEGGET

Videreutdannelsen i manuell terapi er delt opp i to avsnitt, avd. I og II, hver av 1 1/2 års varighet. Studiet bygger på bestått eksamen fra fysioterapihøgskolens grunnutdanning (2 1/2 år + 1 års turnustjeneste), etterfulgt av ytterligere minst 1 års klinisk praksis.

Avd. I omfatter minimum 500 t teoretisk og praktisk undervisning, minimum 3000 pasientbehandlinger pr.år, godkjent hospitierungssted, samt selvstudium av obligatorisk litteratur.

Avd. II omfatter ytterligere minimum 300 timer teoretisk og praktisk undervisning, minimum 3000 pasientbehandlinger, samt selvstudium. I tillegg kreves 2 måneders heldags sykehuspraksis

samt utarbeidelse av en sær- oppgave som er basert på egen praksis, relatert til manuell terapi og egnet for offentlig- gjørelse i fagtidsskrift.

EVALUERING

I hver avdeling vil studenten etter 1 års studium måtte avlegge en skriftlig/teoretisk eksamen innen emnene anvendt anatomi, biomekanikk og klinikk. Dersom denne eksamen består, gjenstår en praktisk/muntlig eksamen, etter ytterligere 1/2 år. Eksamens- nemnda består av fysioterapeuter med bakgrunn i manuell terapi, som samtidig har lang klinisk erfaring og dessuten lærer- kompetanse.

KOMPETANSE

Manuell terapi er en klinisk orientert videreutdanning som først og fremst gir større inn- sikt i skjelett/muskelsystemets funksjon og patologi, og dermed realkompetanse som kommer pasi- entene til gode. I tillegg vil bestått avd. I formelt sett gi 1 utdanningsopprykk på Fysioterapi- høyskolene, mens bestått avd. II vil gi 2 utdanningsopprykk.

Bestått avd. II gir dessuten vedkommende fysioterapeut rett til på henvisning fra lege å utøve manipulasjonshåndgrep, samt benytte Rikstrykdeverkets refu- sjonstakst for manuell terapi (Takst 12).

FILOSOFIEN

Manuell terapi er utviklet innen skolemedisinen, men har hentet verdifulle impulser fra osteo- patien, spesielt når det gjelder behandlingsegenskapene. Lang klinisk erfaring har vist at dysfunk- sjoner i ledd, enten det gjelder manglende stabilitet eller mobilitet, ikke bare har en uheldig virkning på det syke ledd ved at vevsubstansene der degenererer; men at det også blir ringvirkninger til naboled i form av merbelastning, og til vitale livsfunksjoner forøvrig (sirkulasjon, respirasjon, ernæring, nervøse impulser m.m.). Å gjenopprette normal funksjon i det fysiologiske ledd er således den overordnede målsetning med manuell terapi.

HVA SKILLER MANUELL TERAPI FRA KIROPRAKTIKK?

Manuell terapi bygger som kiro- praktikken på den osteopatiske grunnide, nemlig at det ledd kan miste sin normalfunksjon og "låses". Dette gjelder såvel ekstremitetsledd som columnas ledd. En slik "låsning" eller

blokkering kan ha ulike årsaker, men vil virke såvidt uheldig både lokalt og generelt slik at man søker å gjenopprette normale for- hold så skånsomt og spesifikt som mulig. Herfra skiller manuell terapi og kiropraktorikken lag:

a. "Funksjonsdiagnose" kontra "stillingsdiagnose":

Manuell terapi beskriver leddets funksjon (dvs. nedsatt eller for- øket mobilitet), og vil mobili- sere eller stabilisere for å gjenvinne normal funksjon. "Dia- gnosen" fremkommer på grunnlag av observasjon av det aktuelle ledd når pasienten beveger seg aktivt, supplert med palpasjon av ledd- utslaget under en passiv bevege- lighetstest, samt den følelse av stopp man registrerer i beve- elsens yttergrense. Røntgeno- logisk vil funksjonsbilder/-film være verdifulle holdepunkter, mens stillbilder bare utelukker strukturelle avvik (anomali og vevsforandringer).

Kiropraktikk benytter begrepene "feilstilling/subluksasjon" eller "utglidning" for å beskrive at leddet/bevegelsessegmentet ikke fungerer som det skal. Fordi man mener at et ledd/bevegelses- segment skal stå i en bestemt stilling, blir røntgenologiske stillbilder verdifulle holde- punkter. Man opererer med andre ord med "stillingsdiagnoser", der påvisning av en "feilstilling" resulterer i manipulasjons- håndgrep som skal korrigere dette avvik, også når "feilstillingen" ikke gir symptomer. Det er dette kiropraktorene forstår med be- grepet "profylakse".

b. "Avlåsning" kontra "hurtighet":

Manuell terapi søker å gi spesi- fikk mobilisering/manipulasjon ved at naboled/-segmenter på forhånd bringes i en slik stilling at behandlingspro- sedyrene gir minst mulige bi- effekter her. Dette skjer ved å stramme leddbånd/leddkapsler, eller ved å bringe leddflatene i maksimal kontakt med hverandre, - før håndgrepet utføres. Dermed unngår man uønsket bevegelse i ledd som allerede har normal funksjon, i ledd som er in- stabile, eller i ledd som smerter ved raske bevegelser. Behand- lingsgrepet blir dermed spesifi- sert.

Kiropraktikk påstås å være så velutviklet at en utøver gjennom sin hurtighet kan gi spesifikk påvirkning uten å bevege naboled - tilsvarende det å trekke duken rask vekk under kaffeserviset. En kiropraktor gjør dermed ikke

bruk av noen avlåsningmekanismer for å skåne naboled.

c. Behandlingsreportoaret:

Manuell terapi bygger på fysio- terapien med alle dennes virke- midler (Termo-hydro-elektro- terapi, bløtdelsbehandling/ massasje, treningsterapi, ergo- nomi etc.), og har dermed et bredt spekter å spille på. Der- med har man muligheter til å utelukke manipulasjonshåndgrepet der dette er kontraindisert.

Kiropraktikken er bare selve manipulasjonshåndgrepet. I den grad en kiropraktor velger ikke å manipulere, må han ty til fysioterapeutiske virkemidler som han har manglende bakgrunn i å utføre.

d. Utdannelsesbakgrunnen:

Manuell terapi - utdannelsen er 3-årlig, og bygger som nevnt på 2 1/2 årig fysioterapihøgskole. Dette gir en samlet studietid på 5 1/2 år, med et totalt timetall fra 7000-9000 t.. Fagfeltene er også meget varierte, og gir inn- sikt i såvel psykosomatikk som biomekaniske belastnings- problemer. Utdannelsen er norsk, den skjer innenfor den skole- medisinske ramme, og kan følgelig kontrolleres og påvirkes.

Kiropraktor-utdannelsen strekker seg over 4-5 år, med et totalt timetall på 4500 t. Utdannelsen er utenlandsk (USA), med et snevert pensum og med en behan- lingsfilosofi som er vanskelig å innpasse i skolemedisinen, og den er utenfor norske helsemyndig- heters rekkevidde for påvirkning og kontroll.

e. Behandlingstiden:

Behandlingstiden hos en manuell terapi-utøver varer fra 45-90 minutter. Behandlingen omfatter forbehandling med varme/is, etterfulgt av bløtdelsbehandling/ massasje, avspenning, tøyninger, mobilisering/manipulasjon, trening, samt taping/tilpasning av støttebelte, ergonomisk in- formasjon etc.

En behandling hos en kiropraktor strekker seg sjelden utover 15 minutter, i gjennomsnitt 5-10 minutter. Det vesentligste inn- slaget i behandlingen er mani- pulasjonshåndgrepet, noe mer er vanskelig innenfor den stramme tidsrammen.

f. Pasientantall/inntekt:

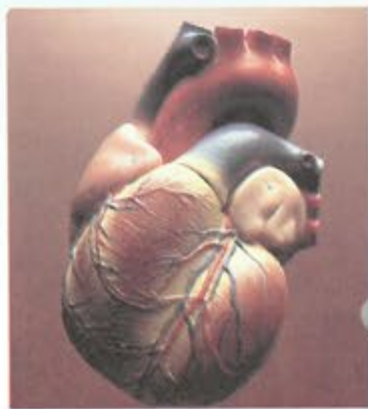
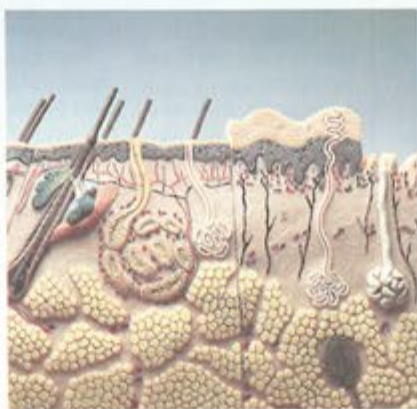
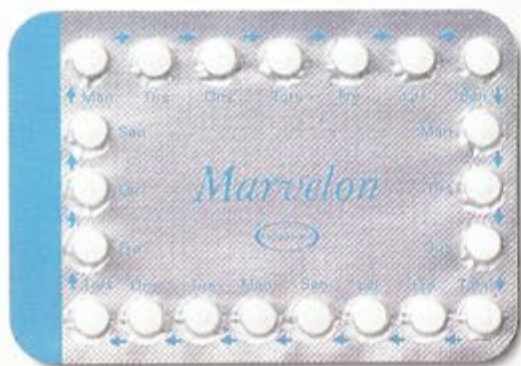
En manuell terapi-utøver be- handler i gjennomsnitt 10-12



Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLSTRADIOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturligt pro



Monofasisk, enkel for patienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2).
Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4).¹³

Ingen androgen effekt forventes^{19, 20, 21, 22} og bedring av eksisterende androgene symptomer er rapportert^{21, 21a, 21b}

Gunstig lipidprofil med positiv virkning på HDL.^{39, 40, 41}

Marvelon® Organon®

Andkonseptjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneholder Desogestrel 0,150 mg, etinylstradiol 0,030 mg. Condit. g.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklusstyring. God andkonseptjonell sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0-0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0-0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen vektforandring. Uker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.

Virkningseffektene: 1. Undertrykkelse av ovarialfunksjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermienes passage vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for implanterings. Absorpsjon: Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel 0,8-1,3 timer. Etinylstradiol: Ca. 1 time. Halveringstid: Desogestrel ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16-21 timer. Etinylstradiol: ca. 26 timer. Metabolisme: Både etinylstradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utskillelse: Via urin og feces. Øvrigt: I morsmelk. Man har påvist både østrogen- og gestagens i morsmelk.

INDIKASJONER: Andkonseptjon

KONTRAKONDISJONER: Absolutte: Trombofleitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, akutte. Dabin-Johnsons syndrom. Rotor-syndrom. gravitetsrelaterte i anamnesen. Igjenoppløst hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert. Verifisert eller mistenkt cancer, mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, gravitetsrelatert, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationis i anamnesen. Relativt: Ikke-etablert mensurasjon.

BIVIRKNINGER: Avtvingende bivirkninger som tromboembolier (tjære, tjele, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blodingsforstyrrelser, vænne, kvalme, hodepine, migræne og mentale forstyrrelser (depressjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, blod, samt klinisk-kjemisk normale verdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på arteriell, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan ofte seg som akutte bukmerer eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammie-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykkmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrollere hvert hårår. Ved disse undersøkelsene bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cyklusregelmighet, kroppsvekt, blodtrykk, bryst- og bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonseptjonsmidler øker risikoen for hjerte-krarsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonseptjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan forårsake å medføre et tromboembolisk. Prevensjonstabletter kan redusere glykoseoleransen, og diabetikere bør stå under streng legestyring. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migræne. Unge kvinner med ikke-etablerte cykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bristiske cykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan forårsake for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykkstigning bør preparatet seponeres. Ved ubehag bør fallbehandling bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Et bortfallbehandlingsskjema (2 påfølgende dager) skal gis til kvinnen som har glemt å ta. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diaré. Andre ikke-normale antikonseptjonsmidler bør ikke brytes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater nedsatter preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra mensurasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden sist tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 68,75, 6 x 21 Kr. 129,50
1.10.1985

genet gesteron



Normalt liten
eller ingen
vektforandring¹³

God eyklus kontroll

88,1% i tredje og 90,9%
i sjette cyklus hadde ingen
uregelmessige blødninger.¹³



REFERANSER

13. Weijers M. J. *Clinical Therapeutics* 1982, 4 No 5, 359-366.
19. Cullberg, G. et al. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1982, 111, 47-54
20. Hammond, G. L. et al. *Fertility and Sterility* 1984, 42, 44-51
21. Palatsi, R. et al. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1984, 64, 517-523
21. a) Dewis, P. et al. *Clin Endocrinol* 1985, 22, 29-36
21. b) Cullberg, G. et al. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985, 64, 195-202
22. Cullberg, G. et al. *Contraception* 1982, 26, 229-243
39. Bergink, E. W. et al. *Contraception* 1982, 25, 477-485
40. Bergink, E. W. et al. *Contraception* 1984, 30, 61-72
41. Samsioe, G. *Contraception*, 1982, 25, 487-504

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65



Forskningsdagens mini-kongress ved Beito-kurset 1986: "call for papers"

I tråd med vellykket tradisjon fra senere år skal det også for Beito-kurset 1986 i Aplfs regi holdes en "Forskningsdag" som blir den 14/3. Denne skal ha en generell del med overskriften: Hvordan oppleves det å forske?, og en mini-kongress med frie foredrag. Hovedhensikten med mini-kongressen er å vise noe om den brede og type almenmedisinsk forskning vi har i dag. Aktuelle prosjekter kan finne seg detaljmessig på alt fra protokollnedfelt idé til publiserte resultater. Et viktig moment er å stimulere andre til forskningsaktivitet. Holdningen skal like mye preges av "fritt fram" som streng vitenskapelig sensur, og metodespørsmål anses like interessante som ren resultatprestasjon.

Du innbys hermed til å komme med ditt bidrag. Hvert innlegg (i alt åtte) skal være på tilsammen 15 minutter, hvorav 5 minutter vies diskusjon. Interesserte bes sende et resymé av sitt innlegg tilsvarende maksimum én A-4 side til amanuensis Even Lærum, Institutt for almenmedisin, Frederik Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2, innen 31/1-1986.

pasienter daglig, dvs. det samme som en fysioterapeut uten videreutdanning. Et årsverk omfatter dermed ca. 2 500 pasientbehandlinger.

En kiropraktor behandler i gjennomsnitt 4700 pasienter årlig (NOU 1985:10).

I årene 1977-83 ble det i Nordland fylke behandlet gjennomsnittlig 6572 pasienter pr. kiropraktor, med en topp i 1980 på 8259 pasienter! Dette gir et pasientantall pr. yrkesdag på over 35. Dette bekrefter den korte behandlingstiden. Kilde: NOU 1985:10.

g. Markedsføring:

Utøvere av manuell terapi arbeider innen skolemedisinen, der det å fremheve egen fortrefelighet ikke har vært ansett som "god takt og tone". Følgelig har faget manuell terapi vært kamouflert innen fysioterapien i 30 år, og vært kjent kun av en engere krets.

Kiropraktorikken har vært avvist av skolemedisinen og først i de senere år fått en begrenset støtte via Rikstrygdeverket. Behovet for å drive PR gjennom massemedia og via pasientforeninger har vært såvidt stort at kiropraktorenes pensum inneholder fagområder som markedsføring og økonomi.

h. Integrering i helsevesenet:

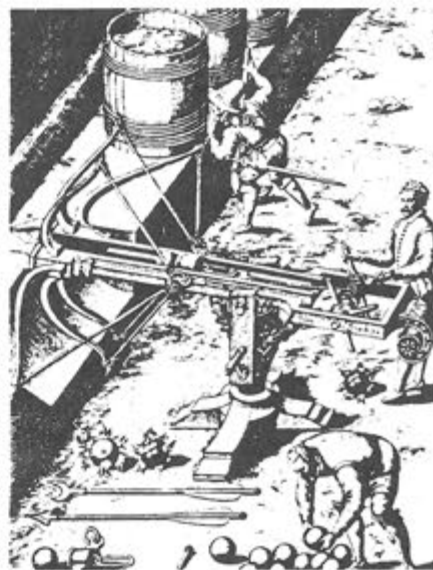
Utøvere av manuell terapi driver sin virksomhet etter henvisning fra leger, og arbeider ellers i nær kontakt med andre faggrupper innen helsevesenet (sykepleiere, ergoterapeuter, fysiokjemikere, radiografer, psykologer, sosionomer m.m.). En manuell terapiutøver ønsker ikke å være primærkontakt eller eneste kontakt med pasientene, fordi man innses sin

faglige begrensning.

Kiropraktorene er i svært liten grad integrert i norsk helsevesen. Dette er de riktignok ikke eneansvarlige for; deres helseforståelse er imidlertid såvidt forenklet at de underkjenner den almenpraktiserende leges utdanningsbakgrunn og kliniske erfaring, og ønsker selv å fremstå som pasientens primærkontakt. I tillegg mener de seg kompetente til å ta blodrøver og å sykmelde/friskmelde pasienten. Endelig ønsker de enerett til også å utøve fysioterapi/fysikalsk medisin (NOU 1985:10, Lovutkastets paragraf 1 og 2).

Konklusjon:

Det eksisterer en NORSK 3-årig videreutdanning i MANUELL TERAPI. Denne utdannelsen ble startet for 30 år siden, og har høstet stor anerkjennelse utenfor landets grenser. Tilbudet er beskrevet i lærebøker i ortopedisk medisin av forfattere som James Cyriax (England) og Karel Lewit (Tsjekkoslovakia); og en rekke europeiske og amerikanske fysioterapeuter har gjennomgått utdannelsen. Det samme gjelder ca. 130 norske fysioterapeuter, som tallmessig utgjør en like stor gruppe som hele den norske kiropraktorstand. En oversikt over norske utøvere av Manuell Terapi finnes tilgjengelig på det enkelte trygdekontor ■



Forleperen for kiropraktorene.

Litteratur:

1. NOU 1985:10. Autorisasjon av kiropraktorer
2. James Cyriax. Textbook of Orthopaedic Medicine, vol I. London 1969.
3. Karel Lewit: Manuelle Medizin. Leipzig 1977.

Det er ikke lenger noen grunn for å vente:

infodoc

Det ledende datasystem for helsetjenesten leveres nå på PC'er. Flerbrukerløsning. - Rutiner for lønn, regnskap, statistikk o.s.v. kan leveres som tillegg til Infodoc. Finansieringsbistand.

Kontakt: Informasjonssystemer, Bergen. Tlf. (05)23 2000

"Bare for ei natt..."

Video-omtøle:

Magnhild K. Ellingard og
Kari Os Eskeland
bydelsleger ved Furuset
helse- og sosialsenter, Oslo.

■ Nordisk Video A/S har i samarbeid med en legegruppe i Kirkenes kommet med en videofilm om ungdom og seksualitet. Flere av legene har lang erfaring fra arbeid i MSO (Medisinerstudentenes seksual opplysning) og fra Prevensjonskontoret i Sør-Varanger (Kirkenes). Produksjonen har fått økonomisk støtte fra Sosialdepartementet.

Videoen er laget som et hjelpemiddel i seksualopplysningen, et utgangspunkt for diskusjon. Sammen med videoen følger en spørsmålsliste som utgangspunkt

for samtale som tar opp de forskjellige problemstillingene i videoen.

Dette er ingen opplysningsfilm, men en spillefilm som beskriver unge Anne's hverdag. Hun er nettopp ferdig med ungdomsskolen og har vært heldig å få jobb i fiskeindustrien. Foreldrene og venneflokken spiller en sentral rolle, og vi får se flere konflikter der hun slites mellom andres ulike forventninger til henne. Hun våkner seksuelt, opplever forelskelse og det første bittersøte samleiet, men møter også seksualitet som krav og vold.

Filmen spilles av lokale amatører og de makter å gi et troverdig bilde av Anne og miljøet rundt henne. Vi får med oss svært mange konfliktfylte situasjoner, men uten at det virker overlesset og konstruert. Rent filmatisk er videoen bra. Dessuten får vi presentert mye frisk og vakker nordnorsk natur.

De fleste vil nok kjenne seg

igjen, og kanskje bli provosert av enkelte scener. I så fall vil skaperne av videoen ha oppnådd det de ønsker. Vi får nemlig ingen rettledning i seksualmoral eller prevensjonsbruk, men det blir pekt på problemstillinger. Det er derfor avgjørende at filmen sees i en sammenheng hvor det er satt av rikelig med tid til samtale både før og etter visning. Her kommer spørreskjemaet inn som en fin stimulans til videre diskusjon.


Alt i alt et flott tiltak. Filmen bør bli kjent og brukt i skolen, fritidsklubber, ungdomsklinikker o.l.

"Bare for ei natt", en videofilm om ungdom og seksualitet. 45 minutter, VHS, Beta eller 2000, kr. 480,-. Plakat med spørsmålsliste til samtale, kr. 80,- for sett med 20 stk. Priser inkl. mva. Nordisk Video A/S, Boks 378, 9901 KIRKENES.

Forfatterne av denne anmeldelsen er bydelsleger ved Furuset Helse og sosialsenter i Oslo ■



DET KAN VÆRE VONDT Å ALBUE SEG FREM I LIVET MED VERKENDE ALBULEDD!



Enkelte kan nok komme seg frem i livet ved hjelp av albueene, men det hjelper lite med «spisse» albuer hvis de er som denne, og spesielt hvis de er ukorrekt diagnostisert* og behandlet.

For dette er verken **tendinitt**, **bursitt**, **erysipelas** eller **flegmone**. det er **urinsyregikt!** Og meget smertefullt.

Over 40%** av alle tilfeller av **urinsyregikt** lokaliseres til ankel, kne, albu eller fingre.

Urinsyregikt kan ikke kureres. Men anfallene kan forebygges. Det går an å leve med urinsyregikt uten smerter. Forutsetningen er korrekt diagnose (ta serum-urinsyre) og korrekt behandling. Er man i tvil, så er en leddvæskeprøve det sikreste diagnostikum.

Ved residiverende urinsyregikt er daglig behandling med **Zyloric** – normalt i engangsdoser på 300 mg – effektivt profylaktikum. Bør ikke benyttes under akutte anfall – og bare med særlig varsomhet under graviditet.

*Currie, W. J. C., (1978) Curr. Med. Res. Opin., 5, 714.

**Currie, W. J. C., (1978) Rheum. Rehab., 17/4, 205.

Referat fra APLF's generalforsamling i Stavanger 7.-9.11.85

□ Jens E. Eskerud □
bydelslege I, almenpraktiker
Dnlf.

- APLF/s generalforsamling med samtidig kurs ble i år avviklet i Stavanger. Alle arrangementer var lagt til hotell Atlantic, som gav kortvarig og forbigående følelse av luksus fjernt fra almenmedisinens hverdagslige kjas og mas. All ære for et vellykket opplegg til den lokale kursleder, Christian Cappelen Smith.

DEN OPPBRUKTE LEGEN

Kursets tittel var: "Det å være lege - elsket og hatet". Legens rolle på arbeid og i hjem ble presentert fra forskjellige synsvinkler. Først fikk vi se et rollespill med helsesjef Torleif Robberstad som trett og stresset almenpraktiker, lærer Kari Carlsen som kvinnelig pasient med diffuse magesmerter og Chr. Cappelen Smith som ektemannen som ville at kona igjen skulle gå til legen med magesmertene som ikke ville gi seg. Legen var sliten, lei av pasienter og tydelig lite motivert for å ta pasienten på alvor. Han undersøkte henne da heller ikke.... Et frivillig valgt panel innledet så til en livlig plenumdiskusjon. Mange kjente seg igjen, i hvert fall når dagformen er dårlig.

Deretter gav psykiater Stig Heskestad en grundig fremstilling av den "oppbrukte" legen. Han omtalte bl.a. utbrenthet med/uten åpenbar funksjonssvikt og beskrev faresignalene:

1. Oppjaget levemåte
2. Vansker med å sette realistiske grenser

3. Får ikke gjort arbeidet unna, blir usikker, nølende

4. Anspent, irritabel ved vanskelige oppgaver

5. Problemer med faglig oppfølging

Symptomene:

1. Følelse av utslitthet, tretthet
2. Hodepine
3. Søvnproblemer
4. Mageproblemer, kortpusthet
5. Depresjon, irritabilitet
6. Emosjonell labilitet
7. Mistenksomhet
8. Økt forbruk av medikamenter, alkohol.

I diskusjonen som fulgte etter Heskestads innlegg, som ble avsluttet med fokusering på karakteristika ved legeyrket og problemene med økte servicekrav fra publikum, gjenkjente flere den "oppbrukte" legen. Det var enighet om at den "oppbrukte" legen er farlig både for pasientene og seg selv, men hvor lett har vi selv for å søke hjelp hos kolleger i en slik situasjon?

Siste halvdel av kurset var viet legefamilien. Vi fikk se en artig videoinnspilling fra 1979. Legen var som vanlig travelt opptatt og hadde altfor liten tid til familien, fordi pasientene alltid gikk foran. Kona var telefonsvarer, mor på heltid og praktisk talt alene med omsorgen for barna. Kurset ble avsluttet med gruppediskusjon med utgangspunkt i den presenterte lege-

familien. Her deltok også ledsagerne, som ikke virket helt fremmed for problemstillingen.....

FRUSTRASJON I KOMMUNEHELSETJENESTEN

Etter kurset begynte generalforsamlingen med sak

1. Almenpraktikerens frustrasjon i den kommunale helsetjeneste: Styremedlem Kari Nygård, Geilo, innledet og unngikk ikke å komme inn på "de gode, gamle dager". Det meste av hennes innlegg var viet aktuelle problemer for almenpraktikeren i forhold til Lov om helsetjenesten i kommunene. Hennes inntrykk var at mange primærleger har fått forverret og forvansket sine arbeidsforhold, og at forholdet til kommuneadministrasjonen og helsesjefen mange steder er dårlig. Helseleder Paul Hellandvik, Stjørdal, beskrev helsesjefens generelle situasjon og spesielt vanskene med den kollegiale grenseoppgang. Han mente at helsefaglig ledelse er viktig, og at det er en fordel at det sitter leger i slike kommunale lederstillinger. Den etterfølgende debatt viste at kommunikasjon er av avgjørende betydning for samarbeidet mellom de 2 parter. Alle var enige om at kommunens leger må få uttale seg om saker som angår deres egen arbeidssituasjon. Oppnevning av legeråd vil gjøre at almenpraktikerne står sterkere.

ÅRSFEST

Årsfesten foregikk som resten av arrangementene i Atlantic Hall, som gav det hele en verdig ramme. Maten var utmerket, talene mange, noen korte og noen lange. Avtroppende APLF-formann Arne Ivar Østensen ble hyllet for sin inn-

sats. Han takket vakkert og billedlig for seg ved hjelp av overhead.

Den påfølgende dagen begynte med at Per Wium på vegne av NMD overrakte NMD's pris for primærmedisinsk forskning til Trond Sætre, Stokmarknes og Tore Steen, Svolvær (som ikke var til stede) for deres arbeid med forgiftninger utenfor sykehus.

VALG

Generalforsamlingen fortsatte så med gjennomgang av årsmeldingen. Det hele forløp uten dramatik inntil formannsvalget, som ble en underlig affære. Landsrådet fungerte som valgkomite og hadde 2 dager før innstilt på Arne Svilaas, Kongsberg: 12 stemmer mot Are Løken, Moss: 5 stemmer. Etter at innstillingen var avgitt, trakk Arne Svilaas seg. Valgkomiteen avholdt så nytt møte og konkluderte med at den ikke lenger hadde noen formannskandidat. Det ble fremsatt benkeforslag på Are Løken, som ble valgt med 43 mot 21 blanke stemmer.

Resten av valget gav følgende resultat:

Styremedlemmer:

Wenche Telstad, Spjelkavik

Bernt E. Østensen, Trondheim

Arne Svilaas, Kongsberg

Kari Nygård, Geilo

Varamedlemmer:

Liv Haugli, Oslo

Håkon Ebbing, Larvik

Terje Blekastad, Fauske

Rådet:

Arne I. Østensen, Trondheim

Christian Borchrevink, Oslo

Willy Hennie, Vikersund

Årsmelding, regnskap og budsjett ble enstemmig godkjent. Til slutt takket foreningens nye formann Are Løken for tilliten. Han ville ikke avgi noen programerklæring, men sa at han ville legge vekt på skolering av tillitsmenn, bevaring av den kliniske frihet og dialog med PSL.

APLF velger nytt styre

Referat ved Berit Tveit Fyllingsdalen

Ved generalforsamlingen i Stavanger ble 9. november avholdt valg på formann, styre og råd. Det forløp slik, i henhold til mine notater:

1. Landsrådet ved Jan Olav Lindebøl, meddelte følgende:

"I vår funksjon som valg-komite foretok vi i møte 7.11. følgende innstilling til verv som formann: Arne Svilaas med 12 stemmer. Are Løken fikk 5 stemmer. Senere har Arne Svilaas meddelt at han trekker seg som formannskandidat. Landsrådet har i møte idag vedtatt at det ikke kan avgi innstilling til formannsvervet."

2. Jan Otto Syvertsen foreslår Are Løken som formann.

3. To medlemmer foreslår skriftlig avstemning.

4. Av 64 stemmesedler er 43 for Are Løken. 21 sedler er blanke.

5. Valg på styremedlemmer: Landsrådets innstilling: Arne Svilaas, Lars Vaage, Kari Nygård, Wenche Telstad. Forslag fra forsamlingen: Håkon Ebbing, Bernt Einar Østensen, Sigmund Vatlø, Jens Eskerud.

Valgt ble: Wenche Telstad (49 st), Bernt Einar Østensen (43 st), Arne Svilaas (39 st), Kari Nygård (31 st).

6. Valg på varamedlemmer til styret: Forslag om: Liv Haugli, Lars Vaage, Håkon Ebbing, Jens Eskerud, Terje Blekastad, Terje Vevatne.

Valgt ble: Liv Haugli (42 st) Håkon Ebbing (35 st) Terje Blekastad (24 st).

7. Valg til Rådet: Landsrådets innstilling var Arne Ivar Østensen, Willy Hennie, Christian Borchrevink. Fra forsamlingen ble foreslått Jan Otto Syvertsen. Valgt ble: Arne Ivar Østensen (52 st), Willy Hennie (46 st) Christian Borchrevink (51 st).



"Every year they re-create the incident when their unit was taken totally by surprise."

Deltakerinntrykk fra legeföreningens emnekurs i pediatri Soria Moria 4.-8. november 1985

Gunn Aadland, Bryggja
Arne Kvernhusvik, Sellebakk
Øystein Pedersen, Molde

■ **Kurskomite:** Almenpraktikerne Frode Heian, Ellen Scheel og Merete Steen og pediatere Sverre Halvorsen og Øystein Aagenæs

FOREBYGGENDE PEDIATRI

Første del av kurset - forebyggende pediatri - ble en bredspektret tilnærming til det arbeid med barn og barnefamilier som gjøres i almenpraksis og i helsestasjoner for å fremme helse og forebygge sykdom. Spesielt barnepsykiater Hilchen Sommerschild fra Oslo og pediater Lars Gustafsson fra Uppsala gjorde denne delen av kurset til en inspirerende opplevelse.

I løpet av de to kursdagene fikk vi økt vår kunnskap bl.a. om grenser mellom normalitet og sykdom, om fysiske og psykiske varselsymptomer hos barn, om ressurser og risikofaktorer i familie og miljø, og om gode og vonde sirkler i mestring av problemer.

Vi fikk også eksemplifisert en holdning til faget som vi forhåpentligvis tar med oss tilbake til hverdagsjobben. Legen er ikke allvitende - og ikke alltid bedrevitende. Vår hvite frakk gir ikke autorisasjon til å gi råd og ta ansvar fra foreldrene i alle de mange hverdagsproblemer de spør oss om. Vi må kunne skille mellom det som er vårt, egentlige fag og ansvar, og det som er den kulturelt betingede "mormor-kunnskap" om omsorg og oppdragelse av barn. Helsestasjonen skal ikke være en kontrollerende, usikkerhets-skapende og mistenkeliggjørende offentlig instans, men et verksted for selvtillit og vekst.

Forebyggende helsearbeid har sine spesielle problemer å stri med, og det merker vi også i vårt arbeid med barn og ungdom: Hva er vårt ansvar som helsepersonell? Hva er det offentlige ansvar? Hva er den enkeltes ansvar? Mangelen på synlige resultater, interessemotsetningen

mellom fremtidsrettet forebyggende og nåtidsorientert kurativ innsats, den usikre gevinst for den enkelte bidrar til at mye av vår formidling av viten ikke skaper den holdnings- og handlingsendring vi ønsker.

PRAKTISK KLINISK DEL

Kursets andre del var praktisk/klinisk orientert, med hovedvekt på de forskjellige -itter hos barn. Vi fikk forslag til handlingsprogram for otitter, utredning ved gastroenteritter, diskutert opplegg både ved meningitter, cystitter, luftveisproblemer og halsonder. Alt dette konkret almenpraksisorientert ved at alle temaer ble behandlet parallelt av almenpraktiker og spesialist. Bruk av "summegrupper" var et utmerket pedagogisk virkemiddel i flere av forelesningene.

Deltakarane oppfatta det som positivt at almenpraktikarar vart dregne inn som forelesarar. Emna var relevante for vår kvardag. Dialogen mellom almenpraktikar og spesialist, der almenpraktikaren bygde opp eit "skrog omkring emnet og spesialisten bidrog med "ballast", følte vi som nyttig, og denne måten å leggja fram emna på gjorde også at dei fekk eit sterkare almenmedisinsk preg enn når spesialisten heldt kateterforelesing åleine.

Sjølv om emna begge forelesningsdagane var av stor interesse for oss som arbeider med pediatriske problemstillingar i almenpraksis, syntes dei fleste at opplegget første dagen der almenpraktikar og spesialist saman la fram synspunkt på problemstillingar, fall heldigare ut enn siste dagen der spesialisten åleine foreleste. Opplegget vart då tildels prega av spesielle ting innanfor klinisk pediatri og behandlingsopplegg.

Kasuistikkoppgåva som vart sendt ut før kurset, hadde aktivisert omlag halvparten av kurs-

deltakarane, og var ein nyttig illustrasjon på at vår praksis er ulik.

Den eine kursdagen var klinikkdag, der deltakarane var fordelte på 5 sjukehus. Fordelen med dette var at gruppene vart passe store, men enkelte fekk noko lang reise.

Dei ulike sjukehusavdelingane hadde engasjert seg ulikt i opplegget for denne dagen. Eit par stader hadde ein riktig lagt seg i selen for å møte almenmedisin-arane på heimebane. Relevante problemstillingar vart tekne opp, enkelte pasientar til og med spesielt innkalla for denne dagen med tanke på demonstrasjon.

Ved andre avdelingar følgde deltakarane avdelingens vanlege arbeid utan at det i grunnen vart lagt opp eit eige program for dei.

Vi meiner kurskomiteen har gjort eit godt og grundig arbeid med kursopplegget. Kurset vart gjennomført på ein måte som støttar almenpraktikarens identitet og styrke som likeverdig helsearbeidar i samarbeid med spesialist- og institusjonshelse-tjenesta.

Det vart sagt ved avslutninga at dette kurset hadde vore eit idekurs like mykje som eit kunnskapskurs. Særleg den førebyggjande delen gav idear og inspirasjon til nye tiltak og arbeidsmetodar blant barn og barnefamiliar med og utan handikap.

I store trekk må dette seiast å ha vore eit svært vellukka kurs både når det gjeld emneval, val av forelesar og måten emna vart lagde fram på.

Kursdeltakarane vart rikeleg aktiviserte, om enn kanskje ikkje i riktig så stor grad som kurskomiteen hadde lagt opp til. Kanskje hadde dette meir vore tilfellet dersom fleire av deltakarane hadde budd samla. Slik sett var kanskje ikkje Soria Moria den mest ideelle staden å halda eit slikt kurs.

KONKLUSJON

Almenpraktikere bør delta i planleggingen og gjennomføring av kurs for almenpraktikere. Vi trenger spesialistene fordi de kan mer om sitt spesialfelt, men de må møte oss der vi befinner oss, - i den almenpraktiske hverdag. Dette kurset ble eksempel på at en slik gjensidig og fruktbar dialog er mulig når engasjerte almenpraktikere styrer temavalg+kursopplegg ■



11th Conference of
the World Organisation
of National Colleges,
Academics and
Academic Associations
of General Practitioners/
Family Physicians

Barbican Centre for Arts and
Conferences
London 1-6 June 1986

Patron: Her Majesty the Queen

Host College

The Royal College of General Practitioners

HAVE YOU REGISTERED?

- Subjects to be covered include: Maternal and Child Health, Health Education, Nutrition and Community Participation
- Social events include: Guildhall Banquet, Reception at Science Museum by HM Government, Welcome Reception, Farewell Lunch
- Full Tours programme for accompanying guests and delegates

FULL DETAILS OF THE CONFERENCE AND REGISTRATION PAPERS ARE NOW AVAILABLE FROM:

Conference Secretariat
Conference Associates WONCA
27A Medway Street, London SW1P 2BD, United Kingdom

NOTE: All registrations received after 28 February 1986 are subject to a late booking fee of £50.

annonse

Hattfjelldal kommune:

Vikariat kommunelege II

I Hattfjelldal kommune, Nordland fylke er det ledig vikariat som kommunelege II fra 01.04.86, for ca. 5 måneder p.g.a. permisjon. Hattfjelldal er en fjellbygd ved grensen til Sverige, har 2 fast-lønnsleger, og det er 3-delt vaktordning.

I øyeblikket er det også ledig stilling for sykepleier i bygda.

Nærmere opplysninger hos helsesjef Claus Stærkær tlf.087-84019 (kontor) eller 087-84100 (privat). Søknad sendes Hattfjelldal administrasjonsutvalg, Hattfjelldal kommune, 8690 Hattfjelldal.

Referat fra det 1. veilederkurs i almenmedisin, Ustaoset 13.-18. oktober 1985

Henriette Kahn
almenpraktiserende lege,
Trondheim

Etter lang tids forarbeide ble spesialisten i almenmedisin godkjent den 1. jan. 1985. Hermed vil året 1985 bli stående som en milepæl innenfor norsk almenmedisin.

Utdanningskravene ble som følger:

Videreutdannelsen:

4 års almenpraksis, hvorav 2 år i et strukturert utdanningsprogram.

1 års sykehustjeneste.

300 kurstimer. (100 kurstimer etter eget valg)

Etterutdannelsen:

Fornylse hvert 5. år.

Minst 1/5 almenpraksis i perioden.

300 kurstimer etter nærmere bestemmelser.

(Mht. overgangsregler henvises til annen informasjon om emnet.)

Den understrekte del under videreutdannelsen, 2 års strukturert utdanningsprogram, skal organiseres av en utdannet veileder og består av 40 gruppe-møter a 3 timer. Dette er som kjent en nyskaps innenfor norsk almenmedisin og krever derfor opprettelsen av en utdanningsform for disse veiledere.

Spesialitetskomiteen i almenmedisin står for strukturen i utdanningsprogrammet. Det første kurs innenfor utdanningen ble avholdt på Ustaoset Høyfjells-

hotell 13.-18. oktober 1985. Komiteen hadde valgt å forme dette 1. kurs som et todelt kurs: et lederkurs og et faglig kurs.

For oss primærleger var det første skritt mot denne utdanning å finne i "Tidskrift for Den Norske Lægeforening" nr. 22/85. Her ble interesserte spesialister i almenmedisin oppfordret til å melde seg til kurset.

Det var i første omgang meningen å utdanne 2 fra hvert fylke, og ut fra dette var søkerne tatt ut. Etter denne uttaking ble følgende invitert til Ustaoset: 46 primærleger med spesialitet i almenmedisin, spesialitetskomiteen samt Steinar Westin (kjent av alle formoder jeg) og Bjørn Oskar Hoftvedt fra pedagogisk avdeling ved Soria Moria. Spesialitetskomiteen består av leder Arne Ivar Østensen, sekretær Arne Lie, Wenche Telstad, Jo Telje, Jacob Prytz og Ylf's representant Kjell Løvslet.

Knappt så mange som ventet hadde i første omgang vært interessert i å bli veiledere. Flere av de deltagende leger hadde også i utgangspunktet vært skeptiske - mest fordi man ikke helt forsto hva dette var for noe!

Skepsisen ble mindre da vi fikk tilsendt programmet. For det første ble det innledningsvis tatt store ord i bruk, - såsom: "Vi står foran en pimeroppgave - som vil bli oppmerksomt fulgt i inn- og utland."

Men ikke nok med det. På det vedlagte detaljerte program stod emner som: Joharivindu, Akvarium, Individuell feedback osv.. Javel, men nå hadde man altså tatt sjansen - meldt seg på kurset - høytidig benket langs sidene i en stor foredrags-sal - alle full av forventning. Enkelte kjente man fra før, men hilsmingene var preget av

reservasjon. Kl. 15.00 presis forkynte Arne Lie at det 1. veilederkurs i almenmedisin var startet.

En høytidsstemt Arne Ivar Østensen kom fram på gulvet og kunngjorde beveget at dette var et stort øyeblikk. Dette hadde han og de andre medlemmer i spesialitetskomiteen jobbet for i 2 år. Før dem igjen hadde mange andre jobbet, og vi fikk en historisk gjennomgang.

Arne Ivar hadde t.o.m. reist langt omkring for å oppta video av Mathisen fra "Mathisenkomiteen av 1967, og Larsen fra "Larsenkomiteen" av 1968. Jakob Prytz fra "Prytzkomiteen", trengte vi ingen video av, da han som medlem av spesialitetskomiteen var blant oss.

Disse komiteer gjorde en stor del av det forarbeide som ligger foran den nåværende komites resultater. Prytzkomiteen foreslo veiledet almenpraksis som en viktig del av utdannelsen til spesialiteten i almenmedisin.

Da Arne Ivar hadde ført oss gjennom historien og var nådd til dagen 13.10.85 på Ustaoset, kom kursets første klimaks.

Ute i manesjen sto Arne Ivar og markerte at dette var dagen man burde ta på seg finklærne - og hente fram nasjonalfølelsen. Med fikse tryllefakter trakk Arne Ivar gullslips fram på skjorten, iførte seg jakke med ordener og 17.-mai sløyfe. Med et elegant knips åpnet toflyede dører seg og 4 svart/hvite kelnere kom inn med boblende champagneglass. Akkurat da skjedde det en forløsning med hele salen, og den seriøse benkerad ble en gjeng boblende entusiaster. Herved var stemningen for kurset satt. Ikke misforstå, dette var ikke en lang fest, men en arbeidsuke preget av arbeidsiver og engasjement. ▶

Etter denne overraskende og stilige innledning startet vi en presentasjonsrunde, hvor alle i tur og orden berettet om sitt utgangspunkt for dette kurset, en gjennomgang av den enkeltes faglige fortid, spesielt med vekt på ens pedagogiske erfaringer.

LEDERKURS

Nå var innledningen over. Arne Ivar forlot arenaen, og 2 psykologer sto rede til å føre oss gjennom de neste dagers lederkurs.

Dette lederkurs var spesielt tilrettelagt med tanke for vår framtidige oppgave som veiledere for kollegaer på vei mot spesialiteten i almenmedisin. Vi ble inndelt i grupper på ca. 8 hvor tilstøtende fylker kom sammen. På den måten knyttet man kontakt med andre veiledere i ens nærhet, slik at man lettere i framtiden kan møtes for å utveksle erfaringer og eventuelt hjelpe hverandre over humper på veien.

Det ble lagt mange og underfundige øvelser i hendene på oss som det er vanskelig å gjengi i korthet og med full forståelse for leseren. Som et forståelig eksempel kan dog nevnes at vi gjennomførte flere rollespill hvor en spilte veileder og de andre gruppelemmer. Vi forsøkte dels å spille personer som kunne gi anledning til konflikter, dels forsøkte vi å gjennomføre roller som var mere "oss selv".

Undertegnede eksponerte seg (uheldigvis) som sjefete og lite fleksibel veileder som i løpet av få minutter hadde skapt en gruppe med så store aggresjoner at et framtidig samarbeide var lite sannsynlig. Etterpå hadde jeg stort behov for å overbevise mine gruppelemmer om at slik var jeg altså ikke.

Etter dette spill så jeg på den rolige, utrolige flinke veileder som på en glatt, diskret og klok måte fikk gruppen til å jobbe fint og hensiktsmessig. Denne veileder spilte seg selv og var Kjell Nordby fra Molde.

Utover rollespill ble vi konfrontert med oppgaver som skulle rette lyset mot enkeltpersonene i gruppen og få oss til å se hver enkelts posisjon i gruppen.

Vi jobbet intensivt i disse gruppene i 3 dager (døgn). Alle i gruppene utviklet fort sterk følelse av samhørighet og satt ofte lenge utover kveldene for å utforske gruppens muligheter og begrensninger. Veilednings-

funksjonen sto hele tiden sentralt i disse diskusjoner.

Mange gruppeproblemer ble synlige for oss, og vi fikk etterhvert øynene opp for våre egne og de andres sterke og svake sider. Dette skulle etter psykologenes utsagn føre til "personlig vekst" for oss som kommende veiledere. Ja, la oss håpe at vi er parat til å motta vordende almenmedisinere med kyndig hånd. Alle vi kursdeltagere syntes at vi etter disse dagene var bedre rustet til å håndtere veilederfunksjonen, men innså vel også at oppgaven til tider kan bli vanskeligere enn vi først hadde trodd.

KURSETS FAGLIGE DEL

Etter disse dagene med lederkurs, gikk vi over på kursets faglige del. Her konsentrerte vi oss om konkrete problemer i spesialistutdannelsen. Vi fortsatte i våre grupper og undervisningen vekslet mellom foredrag, gruppearbeide og plenumsdiskusjoner.

Diskusjonene var mange, lange og heftige, ja, til tider nesten hissige. Men våre første dagers "psykologiske veiledning" hjalp oss til å møtes igjen i all fordragelighet.

Spesialitetskomiteen innledet den faglige del av kurset med å ta for seg kjernespoørsmålene innenfor vår nye spesialitet.

Jacob Prytz fortalte om den almenmedisinske spesialitet i Norge i forhold til andre land. Spesielt med sammenligning med Danmark og Sverige. Svenskene har en stor del av utdannelsen henlagt til sykehusavdelinger. Likhetspunkt med en norsk utdannelsen er at det inngår en veiledet praksistid. Denne veiledning er en 1-1 veiledning, hvilket har vist seg vanskeligere å gjennomføre tilfredsstillende.

I Danmark har man likeledes en stor del av utdannelsen innenfor sykehusavd. Som avslutning på utdannelsen får man en stilling i praksis på 1 år, hvor man er under supervisjon av en utdannet spesialist. Den store svakhet her er at hovedvekten av utdannelsen er lagt på sykehusutdannelsen.

Norge er det første land som innfører spesialiteten i almenmedisin med hovedvekten lagt i almenpraksis. Den veiledende del av utdannelsen blir ikke som i Sverige 1-1 veiledning, men gruppeveiledning styrt av en utdannet veileder. På denne måten forventer man at den veiledende

del av utdannelsen blir mere praktisk gjennomførbar. Det forventes samtidig at gruppeveiledning blir mere engasjerende med mange forskjellige synspunkter og på den måten mere fruktbar.

Man har satt som krav at en veileder skal være i aktivt arbeide som primærlege for å unngå idealisering uten identifisering.

SELEKSJON AV KURS

Wenche Telstad kom inn på kursene. Argumenterte for hvorfor man foreløpig hadde valgt å være nok så streng med antall kurstimer, og hvilke kurs man ville godkjenne. Spesialitetskomiteen hadde funnet det viktig å holde høyt faglig nivå for å få anerkjennelse i andre legekretser. Dessuten måtte man ikke se bort fra at det var mange kurs i stedet for lang sykehustjeneste.

Reglene om at kursene må falle innenfor flere obligatoriske emner og med maksimalt tellende antall innenfor hvert emne er for å sikre bredde og for å unngå det som man har sett tendenser til: at enkelte velger et spesialfelt hvor de både har de fleste kurs og også deres sykehustjeneste.

Flere i salen mente at reglene for godkjenning av kurs var for strenge. Det burde være mulig å kunne søke om godkjenning av flere forskjellige kurser samt være mulighet for å få godkjent artikler, foredrag og forskningsarbeider.

Svaret fra Wenche Telstad var at spesialitetskomiteen hadde valgt å være strenge på dette området fordi det ville bli vanskelig å kontrollere samt å bedømme rettfærdigt. Spesialkomiteen avviste dog ikke at det var et spørsmål man kunne ta opp senere hvis flere fant det ønskelig.

Arne Ivar Østensen holdt et innlegg om muligheten for samtidig både å bli spesialist i almenmedisin, samfunnsmedisin og bedriftslege Dnlf.

På finurlig vis illustrerte Arne Ivar hvordan dette var mulig å få til. Spørsmålet om dette var en ønskelig retning, ble stilt til salen. Svar fra salen fortalte at det allerede er en slik trippelspesialist og at flere ville komme etter. Forøvrig kom det ingen kommentarer.

Kjell Løvslet holdt et innlegg hvor han sammenlignet utdannelsen til sykehusspesialister i forhold til utdannelsen mot almenmedisin.

Kjell Løvslet pointerte at selv om flere av oss synes at den nye spesialitet kan bli vanskelig å gjennomføre pga. mye reising, fravær fra praksis og også av økonomiske grunner, må vi ikke glemme at vi stadig er privilegert i forhold til våre yngre sykehuskollegaer. Disse må ofte reise rundt i mange år og flytte familien fra sted til sted, samtidig som de også har et stort fravær fra hjemmet pga. sterkt vaktbelastede stillinger.

OM PRAKTISKE PROBLEMER

Etter disse innlegg tilkjennega flere i salen at vi burde se i øynene at den nye spesialitet satte noen krav, som gjorde den praktiske gjennomførelse vanskelig eller nesten umulig i visse utkantstrøk i Norge. Dels det å reise ca. 2 ganger i måneden i 2 år til veiledningsgruppen, samtidig som man også måtte tenke på å få nok kurs.

Flere mente også at det kunne bli vanskelig å få kommunene til å godkjenne et slikt hyppig fravær. Dette kunne i verste fall føre til at kommunene ikke ville ansette primærleger som ikke allerede var spesialister. Og videre kunne man oppnå at leger som ønsket å bli spesialister ikke ville bosette seg i utkantstrøk.

Spesialistkomiteen markerte et par ganger at den diskusjonen kunne vi ikke ta opp nå. Dels har det ikke vært meningen at Norske Kommuners sentralforbund skulle få innflytelse på spesialitetens innhold, dels er det ikke rimelig å begrense vår spesialitet pga. vanskelig gjennomførbarhet i utkantstrøk.

Man vil heller fra spesialitetskomiteens side satse på å utdanne relativt flere veiledere i utkantene. Dessuten vil man forsøke å finne stimulerende tiltak slik at det ikke skulle bli umulig og ei heller spesielt vanskelig å oppnå sin spesialitet i utkantstrøk. Forsamlingen ga dog tydelig tilkjenne at nettopp denne diskusjonen ønsket man å ta opp. Spesialitetskomiteen godtok dette og etter en pause gjenopptok vi diskusjonen.

Arne Ivar Østensen innledet på spesialitetskomiteens vegne med beklagelse over den for prompte avvisning av diskusjonen i første omgang, men unnskyldte med at den diskusjonen hadde spesialitetskomiteen arbeidet med i 2 år, og derfor følte de seg ferdig med den. De hadde heller ønsket å få bruke tiden på å formulere innholdet i den nye spesialitet, men innså nå at man selvfølgelig måtte få lov å komme fram med bekymringer og kritikk overfor dens praktiske gjennomførelse.

Og heretter var ordet fritt for alle i et par timers diskusjon hvor mange i forsamlingen tilkjennega sin mening og hvor spesialitetskomiteen velvillig svarte.

Flere distriktsleger ga pånytt uttrykk for dyp bekymring og skepsis overfor reaksjonen fra deres arbeidsgiver: kommunen. Hva ville kommunene si til så mye fravær og hvordan skulle ikke den økonomiske konsekvensen bli? Men midt i all pessimismen reiste distriktslege Arne Vassbotn fra Sortland i Nordland seg opp og holdt en fengende tale: "Ofte har jeg, i mitt arbeide som distriktslege i Sortland følt meg nedslitt og faglig isolert. Dager med lite søvn, slitsomme, hyppige vakter og for mange pasienter på kontoret. Det som likevel har fått meg til å holde ut, og til å synes at det har vært moro, har vært kursene. Når flyet har lettet fra mitt fylke, og jeg har satt kursen mot et kurs, ja, da har jeg pustet ut og virkelig suget til meg av det faglige innhold og av diskusjonene med mine kolleger. Da har jeg reist tilbake med nytt mot og ny interesse - og ikke minst trygghet overfor mitt fag, min jobb. Og jeg vet (med en knyttneve i bordet og glød i stemmen) at dette støtter min kommune og også mine pasienter. Og derfor vet jeg også at når jeg kommer hjem nå og forteller om vår framtidige spesialitet og hva det vil bety av fravær, men også av faglig styrke, da vil både min kommune og mine pasienter at dette her: Det skal jeg få til!"



- Når jeg roper «FULL SPREDNING», er det ikke meningen at dere skal sprengre hverandre i luften med håndgranater...!!

Klappsalver fra salen.

Hermed var alle synspunkter: fra sterk pessimisme til sterk optimisme, gjennomgått i riktig fruktbar rekkefølge. Denne diskusjonen var sluttet til alles tilfredshet, og vi følte oss modne til å gå videre med nye emner.

GRUPPENE

Neste diskusjon ble utdannelsesgruppene: Deres hensikt, faglige profil og detaljer ved den praktiske gjennomførelse.

De fleste var enige om at gruppeveiledning var bedre en 1-1 veiledning bl.a. fordi man i en gruppe blir mindre avhengig av sympatier/antipatier blant enkeltpersoner. Dessuten blir korreksjon mindre "farlig" og mere bred. Ikke minst vil gruppeveiledning bli mere disiplinert enn 1-1 veiledning og sjansen for at kontakten løper ut i sanden mer eller mindre, eller for å si det mer direkte: at den ikke blir mulig.

FAGLIG PROFIL/UTDANNINGS- HÅNDBOK

M.h.t. den faglige profil fant alle at Steinar Westins utdanningshåndbok formulerte dette veldig dekkende, hvorfor alle anbefales å lese denne. Den mere detaljerte gjennomførelse står likeledes godt beskrevet i samme bok. Det kan nevnes at man anbefaler fast og uforstyrret møte-
sted. Det må settes som krav at lokalet har et ordentlig bord og et visst minimum av undervisningshjelpemidler.

Ang. tilretteleggelsen av de 40 x 3 timers møter, avhenger dette jo klart av hvor i landet man bor. Det ideelle ble satt til 10 x 3 timers møter i hvert semester i de 2 år det veiledende program pågår. Dog må man tillate at legene i utkantstrøk forsøker å legge 2 møter sammen.

Vi diskuterte hvordan man skal holde "disiplin" i gruppene. Vi var enige om å avstå fra kvalitetskontroll og at en utdannelseskandidat kun kan få refereres p.g.a. manglende oppmøte.

M.h.t. oppmøte kom vi inn på protokollen som veilederen får til oppgave å føre ved hvert møte. Det er meningen at protokollen skal opplyse om hvem som har vært tilstede, og likeledes inneholde et kort referat. Denne protokoll skal veilederen sende til spesialitetskomiteen og blir på den måte komiteens kontroll.

VEILEDEREN

Veilederens rolle i utdanningsgruppen ble diskutert lenge uten noen særlig uenighet. Man var enige om at man absolutt ikke skulle fungere som noe faglig overhode eller en faglig dommer.

Diskusjonen sluttet med følgende to innlegg:

Bjørn Oskar Hoftvedt fra pedagogiske avdeling ved Soria Moria siterte fra Stenhouse's Research as a Basis for Teaching:

"Lærere må utdannes til å utvikle sin kunst, ikke til å beherske den, for når man hevder at man behersker den, signaliserer man bare at man har gitt opp sine aspirasjoner. Undervisning må ikke betraktes som en statisk ferdighet, som å kunne sykle eller å føre regnskap, den er i likhet med alle andre kunstarter med høyt ambisjonsnivå en strategi i konfrontasjon med en umulig oppgave."

Gunnar Tellnes, Inst. for almen med., Oslo, sto for denne beskrivelse av en god veileder:

"Etter dette kurset for veiledere i almenmedisin har vi lært at en god veileder bør ha som ideal å være:

- En inspirator, men samtidig en koordinator.
- En katalysator og organisator.
- Hvis noen kjeder seg, så vær en defibrillator, respiator og aktivator.
- Blir det krise, så trengs sensitivator og radiator.
- Men kanskje det viktigste er å være en deltakende observator, modulator og protektor.
- Til slutt skal vi ikke glemme Arne Ivar som understatetor.
- Vi må også ha lov til å være feilbarator,
- og føle oss som en insuffisiensator."

VEILEDERKOMPETANSE

M.h.t. veilederkompetanse er det meningen at en veileder skal være spesialist i almen medisin. Alle skal ha gjennomgått Lægeforeningens veilederkurs. Veilederkurset er tiltenkt å løpe over 3 ganger. 1. etappe er den som dette kurs sto for. Etter et års veiledning kommer 2. etappe, hvor man møtes på nytt til et kurs for å utveksle erfaringer å evaluere

veilederfunksjonen. Etter dette 2. kurs ennå et års veiledning før 3. avsluttende kurs. Hermed vil de veiledere som har deltatt hele veien få såkalt kompetanse som veileder.

BEHOV FOR VEILEDERE

M.h.t. antall veiledere som skal utdannes er spesialitetskomiteen ennå usikker på behovet. Det er nå i gjennomsnitt 2 veiledere pr. fylke. Det ble forsøkt oppstillet framtidige behovet. Tabell 1.

Dette var altså tatt helt "på sparket", men passer forbausende godt overens med spesialitetskomiteen vurdering.

PRAKTISK GJENNOM- FØRING

Etter disse diskusjoner omkring gruppeveiledning og veilederens rolle gikk vi over til den mere konkrete del om igangsettelsen av veilederfunksjonen.

Arne Lie framlagde sin plan om informasjon for kommende utdannelseskandidater. Der vil i løpet av kort tid komme annonsering i "Tidsskrift for den Norske Lægeforening" over aktuelle veiledere innenfor hvert fylke. Interesserte vil bli anmodet om å stille sin søknad til spesialitetskomiteen. Aktuelle kandidater vil bli delegert til nærmeste veileder i sitt fylke og må være innstilt på å inngå et forpliktende samarbeide med de øvrige gruppelemmer.

Hermed var vi kommet igjennom kursets formål og intensjoner. Som en fin avslutning på kurset ble det arrangert en festmiddag hvor stemningen var fin, preget av glede og tilfredshet over kursets innhold og utbytte både fagligt og sosialt.

Mange holdt taler, bl.a. Apf's tidl. formann Tore Koksvik som naturlig fant det spesielt gledelig å se spesialiteten som en realitet.

Fagutvalget hadde alliert seg med spesialitetskomiteens medlem Kjell Løvslet og komponert uventet underholdning. Til munter forbauselse for alle ble Kjell Løvslet tatt til side og sminket som Oluf fra Tromsø med skinnlue og svart tann. Løvslet framsto som Oluf i en vellykket figur og kom med humoristiske innslag om alle og enhver i spesialitetskomiteen.

Således var både innledningen og avslutningen preget av kreativitet på et noe annet plan enn

vi leger vanligvis beveger oss på.

Vi tok avskjed i en mere fri og trygg atmosfære enn vi møttes. Vi var alle preget av pionerånd (denne gang mine egne store ord!). For det første følte vi inspirasjon til å starte som veileder og for det annet så vi frem til å møtes igjen om et år for å utveksle erfaringer og se om entusiasmen vår kan holde.

Som avslutning på referatet viser jeg til de lyriske ord Trygve Aanjesen fra Tvedestrand komponerte til avskjedsstunden (Se ramme)■

LITTERATUR

Westin S. Utdanningshåndbok for almenpraktikere. Gyldendal 1985.

Tabell 1.

	Antall veiledere utdannet nå:	Forventet ytterligere behov:
Finnmark	2	5
Troms	4	5
Nordland	3	5
N.Trøndelag	1	4
S.Trøndelag	3	4
Møre og Romsdal	3	1
Sogn og Fjordane	2	4
Hordaland	3	4
Rogaland	3	2
V. Agder	3	2
A. Agder	1	2
Telemark	2	2
Vestfold	3	1
Buskerud	2	3
Oppland	4	2
Hedemark	1	3
Østfold	2	3
Akershus	2	2
Oslo	4	20

Dikt til 1. veilederkurs i almenmedisin

□ Trygve Aanjesen □

Vi skulle samles til vyer på fjellet
champagnen sprang med det store smellet.
Spesialiteten den var nå født,
og alt konfliktstoff sku' legges dødt.
Løsnet var å vår gruppeprosess
så vi kan reise hjem med fire ess.

Men gruppene hadde stadier,
ein hette krise:
da var det lov hverandre rise.
Oppgjør og konflikt hadde vi lov te'.
Hva det it' no som het spesialitetskomite'
St. Bernhard ble ugle og ugle ble løve
det her mått' vi på komiteen prøve.

Komiteen prøvd' seg med orden og rede
veilederen måtte da seg lede.
Jakob han ville set' lokket på gryta
almen murra og noen sa "Fyda."
Det ble møte på dagsorden å sette
noe som måtte gjøres for trykket å lette.

Sekretær Arne Lie oppe fra Lie
Han har også litt å si.
Han gir helst ordet til de med dialekten
for da føler han det beholdes i slekten.
For når'n Arne Ivar begynn' å koke,
da kan det lett bli ei lita floke.
Men så svinge'n seg heilt til toppen
og løse knuten med språket til kroppen.

Så kjem'n Steinar, profeten med språket,
og lede oss ut av den tjukke tåke,
klar i tanken med sikker logikk.
Det blir like enkelt som å kjøre trikk.
Tyren snus med Steinar sin hoppe
også får'n oss alltid te' å klappe.
Kjell den jævlén (en advokat?)
han skulle sitt fra Vinstra-Jo få.
Mange fikk sagt sitt,
og trykket det sank litt
Da med ett ble det mulig å gi
rosen som satt å lurte på si':
Spesialistkomiteen den får en klam
så kan veiledera'n reise hjem!

Nå kan vi nesten tenkt på alt
dette kan ikke gå galt.

Nå skal vi hjem og dekke til fest
vise at spesialistan' blir best!

Litt markedsføring med smell og pang
så veilederan blir vældi' mang'.

Motiv og drivkraft kan vær så mangt
men spesialiteten skal vi driv langt.

Primærlegen og senil demente



"I haven't been able to get anything out of him since he said his Famous Last Words two years ago and then got better."

□ Jens R. Eskerud
bydelislege I ved Lindeberg
helse- og sosialsenter i Oslo

■ Hovedpunkter i debattinnlegg på kurs om sykdommer hos eldre (kurs 454/85 Universitetet i Bergen 180985).

Diskusjoner om helsepersonellens holdninger kan lett virke kjedelige og trettende. Av og til er imidlertid slike diskusjoner nødvendige. I vårt arbeid med de senil demente er helsevesenets og enkeltmenneskets holdning helt avgjørende. Mitt utgangspunkt er derfor at dette er et emne som er engasjerende og slett ikke kjedelig.

Andelen av eldre vil øke i årene som kommer. I 1990 vil Norge ha vel 600 000 mennesker over 67 år (1). Tall fra prevalensundersøkelser over senil demens viser spredning fra 4,4% til 8,0% over 65 år og 22% i aldersgruppen over 80 år (2). Etter min mening tilsier det økende antall demente pasienter at det bare er primærlegene som har en realistisk mulighet til på forsvarlig vis å diagnostisere og ta hånd om alle

disse. Det dreier seg om en krevende, men i seg selv ikke krevstor gruppe, som nettopp pga. sin sykdom ikke selv kan stille krav til helsevesenet. Den private helsetjenesten av typen Ringsenteret eller Klinikk 8 i Oslo vil neppe satse på denne gruppen. Derfor er det først og fremst primærlegene som må påta seg å være denne pasientgruppens advokater.

Skal dette lykkes, må vi ha et åpent forhold til og nært samarbeid både med pårørende og hjemmesykepleien. Vi må være årvåke, erkjenne de tidlige symptomene, kunne iverksette nødvendige behandlings- og støttetiltak og således hjelpe pasient og pårørende til å bevare livskvaliteten lengst mulig. Forutsetningen er at vi gjør oss tilgjengelige - senil demente har neppe særlig glede av automatiske telefonsvarere.

Dernest må vi være klar over at "når Petter roper at ulven kommer", så gjør den virkelig det. Pårørende venter ofte i det lengste med å ta kontakt, slik at det gjerne er krisepregede situasjoner vi må ta stilling til og forsøke å avhjelpe. Av og til er det en hjemkommet slektning som tar affære og ber om hjelp. Da

nytter det lite med 2-3 ukers ventetid.

Så over til den behagelige oppgaven å stille krav til andre, først og fremst sykehus og sykehjem. I vårt diagnostiske arbeid med senil demente er vi til en viss grad avhengige av tjenester og ressurser. Helst burde vi arbeide med disse pasientene i ro og mak, men hverdagen umuliggjør ofte dette. Høy alder er som regel en hemsko når pasienter skal innlegges i sykehus. Jo mer dement pasienten er, desto vanskeligere er det å komme innenfor sykehusets av og til nesten hellige og ukrenkelige 4 vegger. Ved andre tilstander er det som kjent helt omvendt: jo sykere man er, desto raskere får man hjelp.

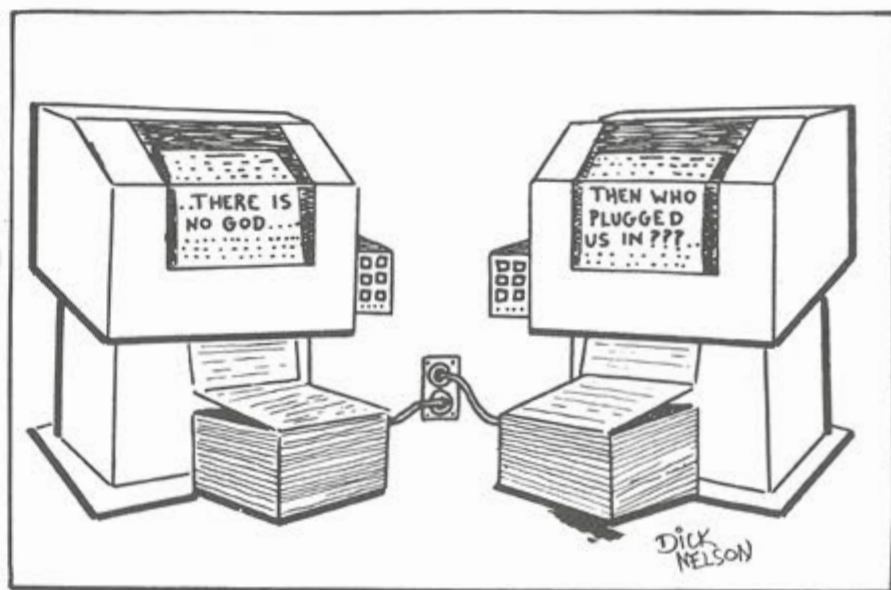
Selv om målet er å bevare livskvaliteten for pasient og pårørende lengst mulig, ligger det i sykdommens natur at plassering i institusjon kan bli nødvendig i et sluttstadium. Alle kan bli slitne av senil demente, også primærleger. Det kan være en stor belastning å rydde opp i en krisesituasjon, og det er viktig at også vi kan få avlastning ved at den senil demente raskt kan skaffes institusjonsplass for kortere eller lengre tid. Dette krever i høy grad samarbeid fra institusjonenes side.

Til slutt en parallell mellom livets start- og sluttfase. Den dementes sykdomsutvikling svarer på mange måter til den omvendte av barnets utvikling (3). I sluttstadiet kan demenspasienten være like avhengig av pårørendes hjelp som spedbarnet. For barna har samfunnet lovfestet sitt ansvar og omsorg gjennom barnevernslov og påbudte helsestasjoner. De demente har kun Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om psykisk helsevern å støtte seg til. Ingen av disse er vedtatt spesielt med tanke på vern av og omsorg for senil demente. Kanskje er tiden derfor inne til å foreslå en "Lov om eldrevern"?

LITTERATUR

1. Norges offisielle statistikk. Statistisk årbok 1984. Framskrevet folkemengde, 31. desember. 1985-2025.
2. Ladurner G, Llifff LD, Sager WD, Lechner H. A clinical approach to vascular (multi-infarct) dementia. *Exp Brain Res* 1982 (suppl 5): 243-50.
3. Roach M. Reflection in a fatal mirror. *Discover* aug. 85:76-85.

Svensk-norsk samarbeid gir gode datasystemer for primærhelsetjenesten



størrelse fra noen få linjer til flere fulle sider. En annen fordel med MUMPS er at det finnes i en standardisert versjon, såkalt ANSI-standard, hvilket minsker tilknytningen til en bestemt dataleverandør og letter utviklingen av programmene. Hele NOR*STAR omfatter ca. 1500 dataprogram. Systemet består av følgende moduler som er frittstående fra hverandre eller de kan kobles sammen:

- pasientregistrering
- medisinske data
- timebestilling
- rapportgenerator
- spørrespråk
- systemvedlikehold
- kontorautomasjon

Man kan begynne med selve journalen (medisinske data) og registrering av pasienter eller f.eks. timebestillingen.

JOURNALENS STRUKTUR NOR*STAR'S BEGREPSLEKSIKON:

I NOR*STAR får man den struktur som behøves ved hjelp av et begrepsleksikon. Begrepsleksikonet er helt enkelt en liste over de begrep (eller søkeord) som kan anvendes som rubrikker for den informasjon man vil mate journalen med. I leksikonet har man delt inn begrepene i 7 avsnitt:

- administrative begrep
- diagnoser og problem (ICD-8 og ICHPPC-lister)
- statusbegrep
- laboratorieprøver og andre undersøkelser
- legemidler
- tiltak (utførelser)

□ Aage Bjertnæs
spesialist i almenmedisin,
Risvolla legesenter,
Trondheim

Etter at Scandinavian Mumps Center AB og DOCTRON A/S underskrev en samarbeidsavtale i febr. 1985, har aktiviteten vært stor på begge sider av grensen. Resultatet har blitt at den svenske programpakken SWEDE*STAR nå foreligger i en norsk tilpasset og oversatt utgave: NOR*STAR, som en vesentlig del av IFP-konseptet (1).

Med dette har man både spart betydelig tid og sikret seg meget verdifulle ressurser i programutviklingen. I løpet av august i år blir de første installasjoner foretatt. Man tar i første rekke sikte på flerbrukerløsninger basert på minimaskiner.

I det følgende blir program og system beskrevet:

HVA ER NOR*STAR?

NOR*STAR er et databasert medi-

sinsk informasjonssystem som omfatter både den medisinske journalen og pasientadministrative funksjoner. NOR*STAR er en oversetting og tilpassning til norske forhold av den svenske versjonen SWEDE*STAR, som igjen er tatt fra det amerikanske systemet CO*STAR. Det finnes også en finsk versjon FIN*STAR og en dansk med betegnelsen MED*STAR. CO*STAR står for Computer-Stored Ambulatory Record og ble utviklet ved Laboratory of Computer Science i Massachusetts i midten av 1970-årene. NOR*STAR er skrevet i et spesielt programmeringsspråk MUMPS (Massachusetts General Hospital Utility Multi Programming System). Det er et interpreterende høynivå-språk spesielt tillempet interaktive utførelser som krever en stor felles database og hurtig håndtering av store mengder tekstdata. En utmerket egenskap i MUMPS er det hierarkisk oppbygde databesystem. Datafilene i MUMPS danner en trestruktur som er dynamisk, dvs. størrelsen på filene er ikke forutbestemt, men at de fylles på etter hvert som data fylles på. Dette er meget plassbesparende og spesielt tilpasset for et datajournalssystem, ettersom journalene varierer kraftig i

- medisinsk database (viktige medisinske og sosiale fakta).

Journalinformasjonen sorteres etter disse avsnittene og håndteres ulikt avhengig av hvilket avsnitt det gjelder. I dag er det ca 1.000 begrep. Leksikonet kan senere ved behov kompletteres med nye. Begrepene uttrykkes hele tiden i klartekst, men til hvert begrep fins en intern kode i systemet. Begrepene kan kompletteres med tillegg som man selv definerer som f.eks. "preliminær" foran diagnoser, "bestilt" foran laboratorieprøver osv.. Begrep som hører sammen uten å være identiske kan gjøres til underbegrep som f.eks. ESSENSIELL og MALIGN til begrepene HYPERTONI. For laboratorieprøver finnes resultatkontroll, alders-

og kjønnsdifferensiert informasjon der det er behov. Patologiske prøvesvar merkes i alle journalutskrifter med en stjerne. I konstruksjonen av begrepsleksikonet er det basert på tilgjengelige klassifikasjonssystem. For laboratorieprøver er det f.eks. fulgt nasjonal nomenklatur. For legemidler er Felleskatalogen hovedbegrep og varebetegnelse et underbegrep. For tiltak er inndelingen

- forebyggende
- behandlende
- omsorgstiltak
- rehabiliterende tiltak
- diagnostiske tiltak

- administrative tiltak

For øvrig er det fulgt anerkjente prinsipper for registrering av besøksdata og pasientdata.

Ved pasientens adkomst til f.eks. legesentret fylles ut et enkelt skjema som inneholder personalopplysninger; navn, adresse, personnummer., sivilstand, telefonnummer og evt. pårørende. Senere noteres dato for besøket, legens navn, grad av hast.

De medisinske data som er aktuelle ved pasientbesøket mates direkte inn via terminal; mesteparten av legen selv eller lege-sekretærer etter diktat, prøve-svar av laboratoriepersonale og kortere anmerkninger av leger eller annet helsepersonell som

Datasystem for bedriftshelsetjeneste

Et heilnorsk flerbruker program for bedriftshelsetjenesten, laget i et norsk 4. generasjons utviklingsverktøy, på norske flerbruker datamaskiner med norske skjermterminaler så dagens lys høsten 1984. Et år etter har programmet gjennomgått en god del finpuss, sju installasjoner har funnet sted og flere maskinstørrelser tilbys.

VERKTØYET

INFO 2000 er verktøyet som lege Bjørn Ydstebø brukte til å lage programmet BHT-INFO for bedriftshelsetjenesten. INFO 2000 er et såkalt 4-generasjons applikasjonspråk, utviklingsverktøy eller skjemaspråk. Kort sagt er dette et verktøy som gjør det mulig for EDB-interesserte personer å utvikle avansert fler-

bruker programmer uten å være dataekspert eller programmerer. Blant annet har Justisdepartementet i stor grad utnyttet dette.

Det tilbys en rekke ferdige løsninger basert på INFO 2000. Brukerne har da selv mulighet for videre utvikling og tilpasning til egne behov. Leverandøren kan trekkes inn i den grad brukeren ønsker.

BHT-INFO

Resultatet av Ydstebøs arbeid er blitt en relativt avansert applikasjon. Mer enn 50 skjemaer inngår i systemet. I hovedsak kan disse deles i to hovedgrupper: Person og helsedata på den ene side, og data vedrørende bedrift og arbeidsmiljø på den

annen side. Koblingen mellom disse to grupper av data foregår i arbeidsmiljøeksponeringen. Her kan man se sammenhenger mellom den enkelte arbeidstakers helse og vedkommendes arbeidsplass.

Skjemaene for Person, Bedrift, Arbeidsplass og Arbeidsmiljøeksponering er definert som hovedskjemaer. Til hovedskjemaene overføres konklusjoner fra underskjemaene.

I programmet ligger også fritekstjournaler.

ENTYDIGE BEGREPER

Både på person og miljosiden er det i et datasystem behov for forenkling av de mange konklusjoner som trekkes. Tallkoder fra 0 til 3 benyttes gjennom hele

Det koster penger å utvikle dataprogram

EDB utvikling til helsevesenet er ressurskrevende både hva gjelder fagkonsulenter og økonomi.

Å lage et EDB-program for helsevesenet krever:

- mange menneskers mening og faginnsett
- velfundert EDB strategi fordi programmet skal eksistere også "imorgen"

- kompetent EDB-stab, som arbeider hurtig og målbevisst

- hensyntagen til at intet EDB-program for helsevesenet noen gang blir innholdskomplett

- service og oppdatering som sentrale hensynsfaktorer

Følgelig trengs det ro, målbevisst programutvikling, testperioder og forsvarlig dokumentasjon for at sluttproduktet skal

bli tilfredsstillende. Det trengs også en betydelig økonomisk plattform slik at man slipper å arbeide mot rigide tidsfrister som må overholdes mer av hensyn til firmaøkonomi enn programkvalitet. Fordi vi som leger står overfor EDB-integrering enten vi vil eller ei, er det forståelig at mange (alle) brukere må være delaktig i utvikling og testing av programvare. Ingen enkelt EDB-forfatter vil kunne plante sitt historiske tre

har tilgang til systemet. Data lagres i systemet i en pasientfil, unik for hver pasient, sortert etter besøk og begrep. Denne lagringen og sorteringen av data muliggjør presentasjonen av innholdet.

SIKKERHET

Sikkerhetsfunksjonen i NOR*STAR er velutbygget. Det er tre sikkerhetsnivåer. For det første må hver bruker identifisere seg med sitt brukernavn for å få tilgang til systemet. Dette bestemmer hvilke særskilte deler av systemet som kan benyttes varierende med de spesifikke installasjoner. For det andre må man identifisere seg med et personlig passord som bør byttes ut regelmessig. For det tredje finnes

mulighet til å innføre restriksjoner for de ulike terminalene så visse deler av systemet ikke kan benyttes av alle terminalene. Det fins også en funksjon som kan sperre deler av journalinnholdet så de ikke kan vises fram for hvem som helst som leser i journalen. Dette kan være aktuelt f.eks. for visse psykiatriske diagnoser eller annen følsom informasjon. Et viktig problem i en EDB-basert journal er sikkerheten. Man må kunne stole på opplysningene i journalen, at data ikke kan forsvinne og skal de heller ikke skal kunne endres uten at dette merkes. En godkjenningsrutine er utviklet i NOR*STAR for nettopp dette formålet. Alle innskrevne diktater og prøvesvar leses og kontrolleres av den ansvarlige legen

og systemet holder rede på hva som er lest. Endringene som gjøres i journalen samles i en spesiell datafil og kan plukkes fram ved behov. For at informasjon ikke skal mistes ved driftstans skal det foretas jevnlig back-up (sikkerhetskopiering).

Som en ytterligere sikkerhetsforanstaltning lagres all informasjon som skrives inn i journalene på f.eks. 2 steder samtidig. Risikoen for at journalinformasjon skal gå tapt p.g.a. teknisk svikt er derfor så godt som "umulig". ■

Litteratur:

Utposten 1/85, s. 22.

Helsetjenesten

□ Bård Kongelf
Mycron Data-systemer

systemet. Dette gir entydige begreper som gir god oversikt. Verdien 0 angir mål-sone (endelig mål, meget bra, ingen smerte, ikke plaget) mens 3 angir risiko-sone (sikker helserisiko, meget dårlig, mye smerte, mye plaget). Tallverdiene gir kun en indikasjon på tilstanden. Imidlertid er alle tidligere konsultasjoner og målinger lett tilgjengelig i systemet.

RAPPORTER OG STATISTIKK

Den sterke rapportgeneratoren i INFO 2000 gir svært fleksible rapportmuligheter. Samtlige data som er registrert kan kobles med hverandre. Rapportgeneratoren gir også det man vanligvis forstår med statistikk.

For mer avanserte statistiske

beregninger tilbys en statistikk-pakke. Systemet kan også leveres med grafikk.

TEKSTBEHANDLING

Flerbruker tekstbehandlings-systemet MYTEKST kan knyttes til BHT-INFO. Data som ligger lagret i INFO 2000 applikasjonen overføres til MYTEKST for videre bearbeiding.

MYCRON

Det er A/S MYCRON som står bak dette systemet. MYCRON utvikler og produserer flerbruker data-maskiner. Maskiner fra MYCRON har siden 1978 vært brukt i helsesektoren. Konseptet er flerbrukersystemer hvor samme programvare kan anvendes på samtlige maskinstørrelser. En en-

bruker løsning koster under kr. 100 000,- eks. mva. Dette inkluderer programvare, data-maskin, Tandberg-terminal og matriseskriver. En slik løsning kan utvides til mer enn 30 terminaler uten ytterligere kostnad til programvare.

Kundestøtte og service gis gjennom datterselskaper og forhandlere over hele landet.

BRUKERFORENING

Ca. 100 ulike organisasjoner og institusjoner er representert i brukerforeningen MYCUS, som blant annet ivaretar medlemmenes interesser overfor A/S MYCRON. ■

kommer

□ Jon Brodwall
lege/styreformann i Data-Medicos A/S

i denne marken hvis programvaren også skal eksistere som standard inn i fremtiden.

At "ressurspersoner" og fagkonsulenter må brukes på de forskjellige nivåer er klart, og fagkonsulenter finnes over hele Norge innen hele helsevesenet. Data-Medicos A/S har vært i den heldige situasjon at mangel på fagkonsulenter har vært et ukjent begrep. Noen går og andre kommer! Programvaren forbedres

kontinuerlig. Vi ønsker at programvaren skal bli gjenkjent og akseptert på grunn av sitt innhold og ikke som N.N.'s program. Konsulenter som ikke forstår dette har lite å gi Data-Medicos! Dette er også i full forståelse med enhver leges akademiske oppdragelse.

En bred forankring i brukermiljøet er derfor etter vår mening et absolutt krav. Derfor lanserer vi også DM-flerbruker-

program for primærhelsetjenesten utviklet blant annet i samarbeid med Sundet Legesenter på Eidsvoll.

Vi har store forventninger til dette programmet som kontinuerlig vil bli oppdatert. DM-Flerbrukerprogram er et flerbrukerprogram under UNIX. Det kan brukes på fra en til 128 terminaler. ■

Infodoc - en EDB-journal

John Leer og
Johan Fredrik Krohn
kommuneleger i kombinert
stilling i Askøy. To-lege-
praksis.



John Leer er cand. med. fra Bergen 1974. Kommunelege i kombinert stilling i Askøy fra 1976. Almenpraktiker Dnlf.



Johan Fredrik Krohn er cand.med fra Bergen fra 1973. Bl.a. distriktslege i Leksvik i 3 år. Fra 1980 kommunelege i Askøy.

INFODOC er et journalsystem beregnet for almenpraksis og utviklet i Norge for norske forhold. Programmet kan benyttes på mange forskjellige maskiner og målet er å gjøre det maskin-uavhengig. Vi har brukt systemet i 2 1/2 år i flerbrukerversjon. Vi vil i det følgende beskrive systemet og gi uttrykk for positive og negative erfaringer.

ARKIVET

Alle journaler er lagret på en "hard-disk". Vår har kapasitet på 20 Megabytes. Journalen hentes fram ved å taste fødselsdato. Hvis flere klienter har samme fødselsdato vil neste journal komme fram ved å trykke på "mellomtastene". Hvis man ikke har klientens fødselsdato, kan en søke på navn. Det søkes da på de tre første bokstavene i etternavnet, og maskinen vil hente fram journalene i tur og orden til man finner det man leter etter. Søking på fødselsdato går meget hurtig - 1-2 sekunder, mens søk på navn tar noe lengre tid.

JOURNALEN

Journalene presenteres først med et "personalia-bilde" (Fig. 1). Her står navn, adresse, telefon, yrke, arbeidsgiver osv. Ved å taste "ok/del-tast" eller en av "avsnitt-tastene" går man videre inn i journalen som består av sju avsnitt:

Anamnese: Anamnestiske opplysninger skrives her i fri-tekst. Det er plass til å skrive 3 linjer a 80 tegn som normalt er mer enn nok.

Funn: Også her skrives i fri-tekst. Avsnittet brukes til å notere alle funn ved vanlig klinisk undersøkelse.

Laboratorium: Laboratorieresultat føres her.

Grafiske undersøkelser: Her føres Røntgenundersøkelser, EKG, EEG, Ultralydfunn, osv.

Behandling: All annen behandling enn medikamentell noteres her. Sykemeldinger føres automatisk i dette avsnittet når en sykmelding

eller sykepengeattest skrives ut.

Medikament: I dette avsnittet føres alle resepter. Dette skjer også "automatisk" når resepten skrives ut eller kopieres/reitereres.

Diagnose: Her føres diagnosen. Det er også plass til arbeidsdiagnose eller obs-diagnose som ikke skrives ut på regning til trygdekontor etc. Videre føres takstene til trygdekontoret i egen rubrikk i dette og egenandel. Her skal også markeres evt. garanti, krigspensjon, frikort, yrkesskade osv.

Når en arbeider i journalen, står man helt fritt til å gå til det avsnitt man ønsker. Hele tiden kan tidligere journal leses - også samtidig som det foretas notater i "dagens journal". Dette skjer ved at skjermen "deles" horisontalt i to deler: på den øverste halvdel leses tidligere journal ved å "bla" i de forskjellige avsnitt, og på nedre halvdel kan dagens journal skrives.

MENYER

Systemet har en rekke utskrifts-rutiner som er bygget opp i et "meny-system". Når man arbeider i en journal, kan det velges i en MENY og der få fylt ut alle vanlig brukte skjema i helse-tjenesten. Skjemabehvet vil selvfølgelig variere fra bruker til bruker og kan "skreddersyes".

Meny-systemet aktiveres ved å trykke en tast når man står inne i en journal. I en meny velger man så den rutine som ønskes ved å taste en tall (Fig. 2).

Alle menyer har 20 valgmuligheter. De ti første er fra 0-9 og de ti neste betegnes med bokstaver fra A - J.

F.eks. trykk "3"(Laboratorium). Det kommer da fram en MENY (Fig. 3). Her velges f.eks. "3" (Cytologi), og en får da fra skjemaet for utfylling. I dette skjemaet vil alle standardopplysninger som klientens personalia, diagnose, dato, legens navn osv. være forhåndsutfyllt. Prinsippet for journalsystemet er at all tekst

for almenpraksis

bare skrives en gang; når anamnesticke opplysninger, funn, osv. skal føres i en rekvisisjon, henvisningsbrev eller annet, kan teksten/opplysningene "hentes" direkte utfra journalen via et enkelt "tekstbehandlingssystem".

TEKSTARKIV

Menysystemet brukes også til å bygge opp egne registre, f.eks. medikamentregister, diagnoseregister etc. Slike registre kan man lage selv ved hjelp av "tekstarkivet". Dette innebærer egentlig at hver bruker programmerer selv. F.eks. lages et medikamentregister med forhåndsutfylte resepter på de medikamenter man benytter mest. Når en resept i dette registeret foreskrives, vil også denne automatisk bli registrert i journalavsnittet MEDIKAMENT.

Det er bare ens egen fantasi som setter grenser for hva dette tekstarkivet kan benyttes til.

(FIGUR 4)

ANDRE PRAKTISKE MULIGHETER

NB-funksjon

Joruanler kan merkes med "NB". Dette betyr at journalen lett kan finnes igjen senere. Hvis man i en travel arbeidsdag ikke har tid til å slå opp i litteratur, skriv henvisning, eller hva det måtte være, merker man bare journalen med "NB" og finner den raskt fram senere. Dette har altså omtrent samme funksjon som om man legger en papirjournal til side, i en skuff, vinduskarm eller på hylla.

"Telefon"-tast

Hvis man arbeider i en journal og får inn en telefon fra en pasient, eller spørsmål om en pasient fra en av medarbeiderne og må se i en annen journal enn den man står inne i, gjøres dette enkelt ved å taste vekk aktuelle journal og kalle fram den man vil se i. Når dette er avsluttet kommer automatisk den journal som man arbeidet med fram igjen og PÅ SAMME STED som man var i journalen før man gikk ut av den.

SØKERUTINER

Man kan "søke" etter nær sagt hva man vil i journalene. F.eks. søk på et enkelt ord, finne alle pasienter som bruker ett bestemt medikament, alle pasienter som i et bestemt tidsrom har hatt feks. SR større enn 20mm/t osv. I det hele kan denne rutinen finne hva det skulle være av det som er skrevet inn i journalene. Problemet er imidlertid at når det skrives i fritekst som i dette journalsystemet, vil det kunne oppstå stavefeil, skrivefeil, unøyaktigheter o.l. Denne rutinen er ikke et statistikkprogram men kan kun hente fram data som senere evt. kan bearbeides statistisk. Den samme søkerutinen brukes når pasienter skal innkalles til bestemte kontroller. Journalen merkes da med hvilken måned pasienten skal innkalles og ved slutten av hver måned kjøres så en søkerutine som plukker fram alle som skal innkalles neste måned.

TRYGDEKONTOROPPGJØR

Når som helst - ukentlig, månedlig eller sjeldnere - kan REGNINGSKORTRUTINEN kjøres. Alle konsultasjoner i aktuelle periode vil da blir skrevet ut som regningskort på "banepapir" og med samleregning. Denne rutinen kan settes i gang når man forlater kontoret og regningskort og samleregning ligger klar neste morgen.

EN DEL BEMERKNINGER

I det foregående er oppbygningen av INFODOCsystemet beskrevet. Vi vil nå ta for oss sider ved systemet som vi mener bør forbedres og utvikles.

Det første problemet som oppstår etter lengre tids bruk av systemet er håndteringen av de lange journalene. Klienter med kroniske sykdommer eller hyppige konsultasjoner får etter en tid såvidt lange journaler med vesentlige og uvesentlige opplysninger at de blir uoversiktlige. Det er behov for et REDIGERINGSSYSTEM som ivaretar følgende krav:

Det som er skrevet i journalen må ikke slettes.

Lage oversikt og sammenheng.

Dette kan løses ved at man ved gjennomgang av tidligere skrevet tekst kan usynliggjøre deler av teksten uten å slette den. Dermed kan journalen komprimeres. Teksten kan senere hentes fram ved behov for detaljert gjennomgang av journalopplysningene.

Dette kan være en måte å sammenfatte tidligere lange uoversiktlige journaler når det måtte være behov for det. Programmessig er det mulig å løse dette og det bør prioriteres.

En klar svakhet i systemet i dag er at det ikke gjøres bruk av KONTROLLRUTINER idet data skrives inn i journal. En løsning kan kanskje være at den enkelte bruker/flere brukere legger inn et kontrollregister over forkortelser, uttrykk, diagnoser, takster osv. Hvis det så skrives feil vil brukeren få beskjed og kan rette feilen før den lagres.

På denne måten kan en sikre at spesielle data skrives inn i journalene på samme måte. Det man får ut ved søkerutinene blir sikrere og mer fullstendig. Mest merkbart blir det i trygdekontoroppgjøret. I dag må evt feilskrevne takster korrigeres når utskriften foretas - med et "takst-kontroll-register" vil en kunne sikre at alle takster skrives korrekt ved innskriving.

Stikkordet blir behov for "INPUT-KONTROLL og KONTROLLREGISTER".

Det er også behov for å utvikle et referanseregister. Den enkelte bruker burde kunne bygge opp sitt eget referanseregister - eller arbeide videre fra et standard utgangspunkt.

Dette er en måte å bygge opp et register av "erfaringsmateriale" som man kan søke i ved problemstillinger av lignende karakter. Hvorvidt et slikt referanseregister kan bygges opp innenfor Infodocsystemet er ikke drøftet med firmaet som er programansvarlig, men ideen burde følges opp.

Diagnoser som brukes, burde kunne standardiseres i noen grad. Dette er ønskelig for å kunne skaffe best mulig oversikt over praksis, samt gi mulighet for å gi nødvendige epidemiologiske data til kommunehelsetjenesten.

Standardisering av diagnoser er nødvendig for å kunne sammenligne og samkjøre data fra flere legekontorer/legesentra til større statistiske bearbeidelser. ▶

Fig.1

Navn:		Adr.:	Stat:
Født:	Kjønn:	Sted:	Gar.:
Yrke:	Tlf:	Kommune:	Kode:
Arbeidsgiver. navn:		NB- dag/mnd./år/uke: . . .	
Tlf:	Adr.:	NB-angående:	
	Sted:	Arkiverte data:	
1 Dato -søk	2 Alfa -søk	-----	-----
-----	-----	-----	-----

Fig.2

1 sykemelding	1 sykepengeatt	3 laboratorium	4 røntgen	5 Henvisning
6 brev pas/kon	7 Resept	8 Diagnose	9 Sjemær	0 Journal

Fig.3

1 Bakteriolog	2 Biopsi Gade	3 Cyt LFP	4 Virologi	5 Serologi
6 Rhesus prøve	7 Furst	8 Med.analyse	9 LKB	0 prøvesvar

Diagnose-standard bør ta utgangspunkt i "International Classification of Health Problems in Primary Health Care". Infodoc er bygget opp slik at man kan operere med Hoveddiagnose(r) i henhold til en slik standard og tilleggdiagnoser/underdiagnoser/observasjons-diagnoser som ikke kommer med i utskrifter og oversikter.

Hoveddiagnosen(e) må også markeres med nummerangivelser i henhold til ICHPPHC. Gjennomføring av diagnosestandard gjøres enkelt ved å bruke tekstarkiv og diagnoseregister.

Framtidig bruk av Infodoc-systemet bør innbefatte tilkobling av telefonmodem for bruk av transportabel terminal i sykebesøk. Det bør startes opp forsøk med overføring av rekvisisjon og svar fra spesiallaboratorium via teletonlinje. Overtøring av resept via teletonlinje til det lokale apotek er aktuelt.

Samarbeid med lokalsykehuset bør prøves ut med overføring av inn-

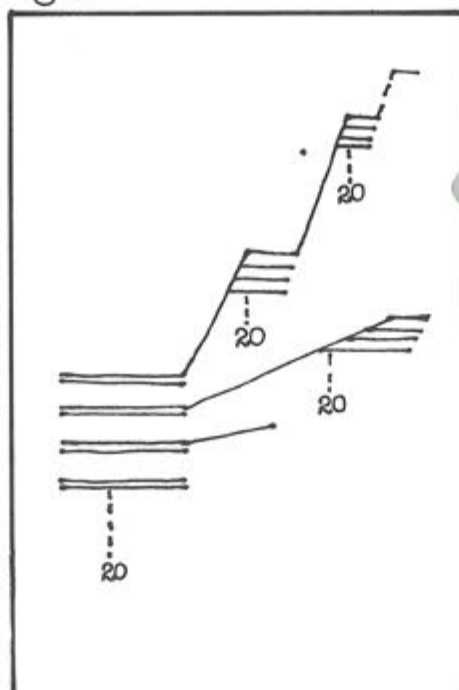
leggelsesskriv og epikriser.

Fiere brukere bør kunne samarbeide om større materialer.

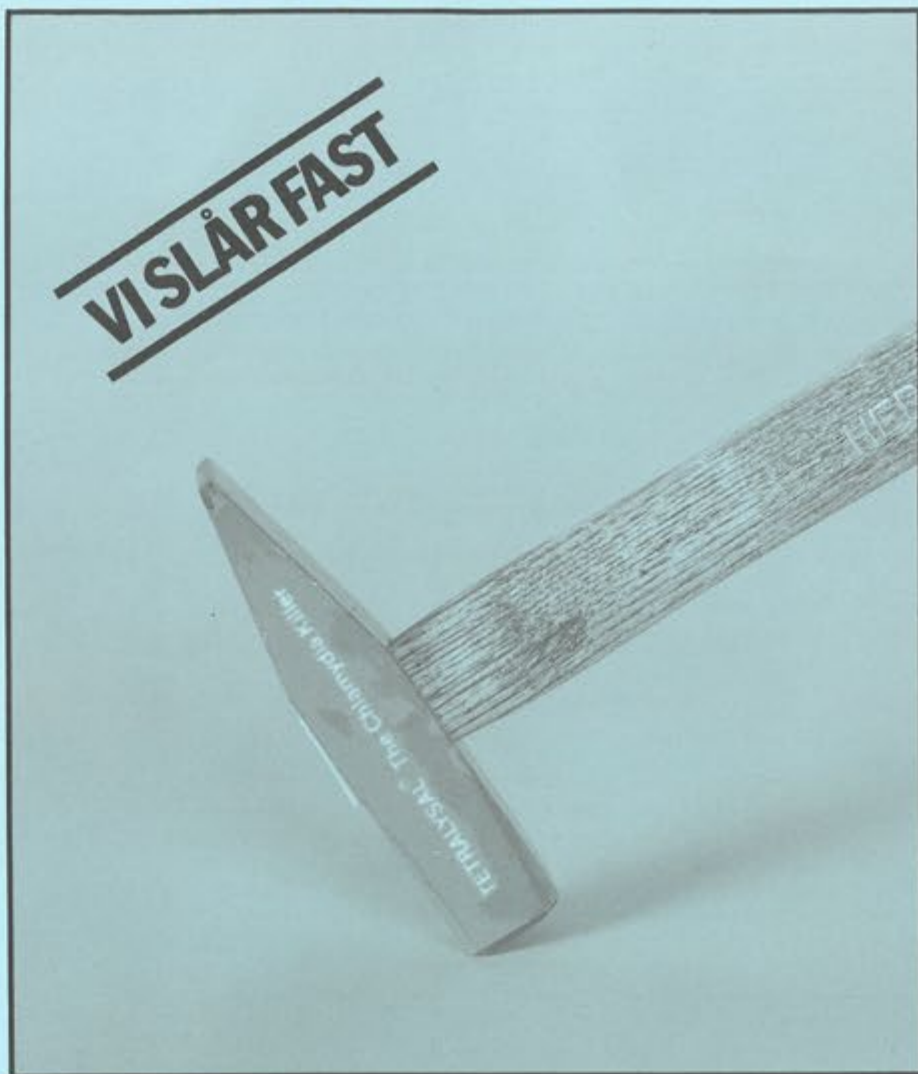
Bruken av EDB-journal i almenpraksis er bare i sin spede begynnelse. Vi har nå snart 3 års erfaring med bruk av Infodoc. Journalsystemet fungerer meget tilfredsstillende i daglig bruk. Rutinearbeidet med rekvisisjoner, resepter og forskjellige skriv rasjonaliseres. En er sikret god oversikt i journalmaterialet, men det har meldt seg et behov for å kunne redigere lange journaler.

Tekstarkivet gir enorme muligheter for videre utvikling og individuelle tilpasninger. Legene og medarbeiderne trives med hjelpemidlet. Arbeidsplassen blir oversiktlig og ryddig. Papirrot eksisterer ikke. Publikum kan få raskt svar på spørsmål og antakelig bedre service generelt. Infodoc er en oversiktlig løsning. Lett å bruke og har innebygget utviklingsmuligheter etter brukernes behov. ■

Fig.4



TETRALYSAL[®] (lymecyclin)



NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

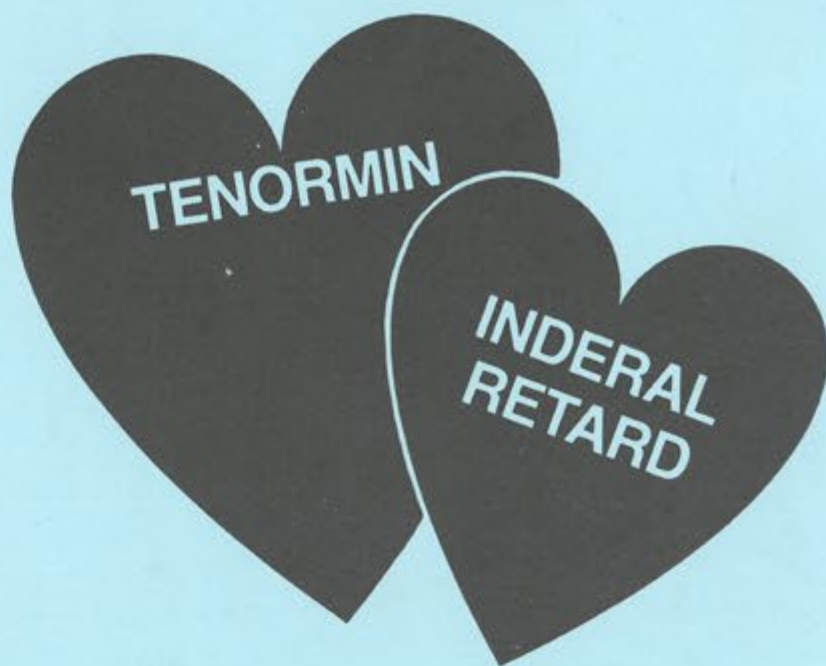
(Se ellers Felleskatalogen)

RUTLE OLAV
Slettmark 2
2050 Jessheim

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris

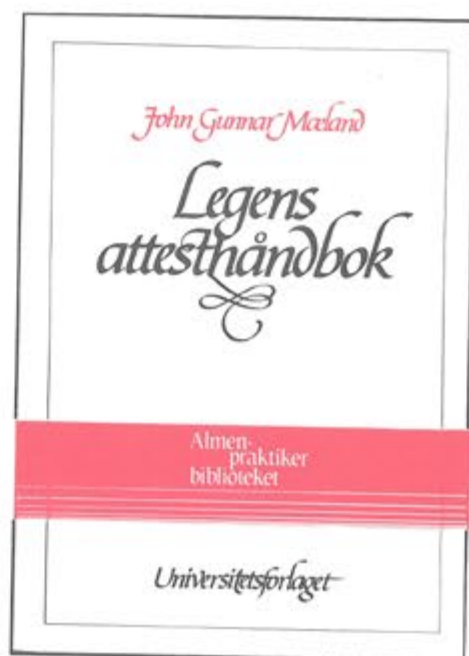


... begge er resultater av ICI's
originale legemiddelforskning



For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

Nå 6 bøker i Almenpraktiker- biblioteket!



NY

**Per Bergsjø, Sonja Irene Sjøli,
Janecke Thesen og Jo Telje
SVANGERSKAPSOMSORG I
ALMENPRAKSIS**

Det har i de siste årene vært en bred diskusjon om svangerskapskontrollens organisering og kvalitet i Norge, bl.a. som følge av den offentlige utredning om perinatal omsorg (NOU 1984: 17). Legene har vært nesten enerådende ned svangerskapskontroll, men jordmødrene hevder i kraft av sin utdanning og erfaring at de må være med, noe handlingsprogrammet i denne boken støtter dem i. Almenpraktikeren er imidlertid hjørnesteinen i arbeidet. Boken gir faglig oppdatering og egner seg som håndbok.

Universitetsforlaget
ISBN 82-00-07599-0

**John Gunnar Mæland
LEGENS ATTESTHÅNDBOK**

I denne boken er den informasjonen samlet som en lege trenger for å gjøre en god jobb med sine skriftlige erklæringer. De mest benyttede skjemaer er gjengitt sammen med kortfattede veiledninger. Boken inneholder også de generelle regler og lover som styrer legens rettigheter og plikter. Legeloven, Lægeforeningens etiske regler og Helsinkiavtalen om biomedisinsk forskning er sentrale dokumenter som det er nyttig å ha samlet.

Universitetsforlaget
ISBN 82-00-06619-3

**Per Fugelli og Kjell Johansen (red.)
LANGSOMT BLIR FAGET VÅRT
EGET**

Boken innledes med nærbilder av våre største professorer i almenmedisin. Chr. F. Borchgrevink og Sigurd Humerfelt. Så følger kapitler om norsk almenmedisins nære historie og det faglige utviklingsarbeidet fremover på områder som: klinisk praksis, organisasjonsformer, studentundervisning, spesialutdanning, forskning, m.m.

Universitetsforlaget
ISBN 82-00-06836-6

**Almen*
praktiker
biblioteket**



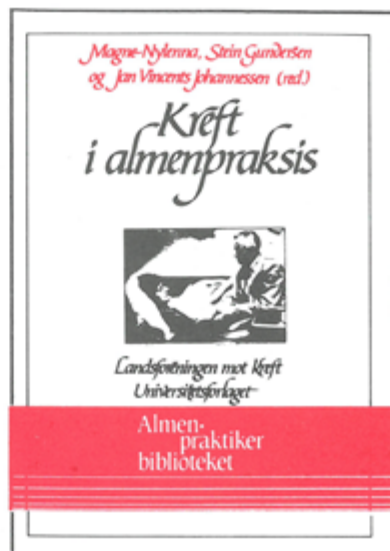
Tor Inge Tønnessen
SMERTER OG ANDRE SYMPTOMER HOS KREFTPASIENTER

Diagnose og behandling

Legevitenskapen er kommet langt i behandling av smerter og andre symptomer, men det er få som virkelig kan bruke de gode redskapene som finnes.

Boken omhandler smerteanatomi og smertefysiologi, diagnostikk av smerter, behandlingsprinsipper, metoder i smertebehandling, praktisk gjennomføring av smertebehandling, behandling av andre symptomer, behandling av smerte og andre symptomer de siste døgn før døden.

Universitetsforlaget
 ISBN 82-00-06606-1



NY

Magne Nylenna, Stein Gundersen og Jan Vincents Johannessen (red.)

KREFT I ALMENPRAKSIS

Behovet for et nært og godt samarbeid mellom de forskjellige delene av norsk helsevesen føles kanskje sterkere innen kreftomsorgen enn på de fleste andre områder.

Denne boken sikter mot en helhetlig og velfungerende kreftomsorg der almenpraktikerne spiller en stor og vesentlig rolle.

Landsforeningen mot Kreft
 Universitetsforlaget
 ISBN 82-00-07486-2

**Norsk selskap for almenmedisin
 Publiseringsutvalg**

**Steinar Westin
 Aage Bjertnæs
 Per Hjortdal
 Anne Shetelig**



Steinar Westin (red.)

FORSKNING I ALMENPRAKSIS

Interessen for å drive forskning i og omkring den primære helsetjenesten er økende. Samtidig reiser det seg mange problemer for den som vil systematisere sin nysgjerrighet, ikke minst når man arbeider langt fra de etablerte universitetsmiljøene.

Denne boken består av en samling artikler som tilsammen gir en praktisk innføring i de viktigste leddene i forskningsprosessen, fra den første idé til den ferdige publikasjon.

Universitetsforlaget
 ISBN 82-00-06675-4

Jeg bestiller

- eks. av Bergsjø: Svangerskapsomsorg i almenpraksis à kr. 150,-
- eks. av Fugelli: Langsomt blir faget vårt eget à kr. 120,-
- eks. av Mæland: Legens attesthåndbok à kr. 117,-
- eks. av Nylenna: Kreft i almenpraksis à kr. 180,-
- eks. av Tønnessen: Smarter og andre symptomer hos kreftpasienter à kr. 117,-
- eks. av Westin: Forskning i almenpraksis à kr. 220,-

Porto kommer i tillegg. Prisene gjelder til 1.1.86.
 Fritt gjennomsyn. Full returrett innen 8 dager.

- Jeg abonnerer herved på nye titler i ALMENPRAKTIKERBIBLIOTEKET
- Vennligst hold meg orientert om nye titler i ALMENPRAKTIKERBIBLIOTEKET

Navn:

Adresse:

Brev



Svarsending
 Avtalenr. 501000/441F

STUDIA
 5037 Solheimsvik - Bergen