

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 8

1995

ÅRGANG 24



**Langsamt blir
faget og studiet vårt eget...**

351

Helge Worren

Leder: Langsomt blir faget og studiet vårt eget...

Per Hjortdahl, Morten Finckenhagen,

Harriet Haukeland, Gisle Schmidt, Anna Stavdal

Nye utfordringer til allmennpraktikeren

352

Smil i hverdagen

Johnny Mjell

Allmennlegens faglige plattform

358

Harald Reiso, Nils Homb, Even Lærum

Hvilken plass har urindykning i diagnostikk og behandling av urinveisinfeksjoner i allmennpraksis?

362

Brev til leserne

Nidaroskongressen 1995

364

Nidarosprisen 1995

365

Medarbeiterprisen 1995

OLLS hederspris 1995

366

Hans Knut Otterstad

Primærlegedekningen i Norge 1994 – ti år etter iverksettelsen av kommunehelsetjenesteloven

369

Alf Proysen

Juleglans og innmatkake

370

Indeks 1995

372

Berit Tveit intervjuet av Helge Worren

Vi må ikke bli så bevisstløse at vi glemmer at legen selv er det viktigste redskap

374

Svein Slagsvold

Tale til medarbeideren

376

Tove Rød Rutle, Olav Rutle, Kari Svarttjernet

Medarbeiterprosjekt i allmennpraksis

379

Nanna Hauksdottir

Fastlegeordningen – et hinder for rehabilitering

382

Knut Arne Holtedahl

Scandinavian journal

383

Brev fra Periferien

Til Utposten

384

Bokmelding

Hjerterehabilitering

385

Bokmelding

Behandling av slagpasienter

386

Edb-spalten

Windows 95

388

Tor Carlsen

Kongress hos American Academy of Family Physicians

390

Forfatterveiledning

UTPOSTEN

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

Kontor:

RMR

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

Tlf.: 63 97 32 22 Fax: 63 97 16 25

Redaksjonen:

Geir Sverre Braut

Tuholen 14, 4340 Bryne

Tlf. privat: 51 42 63 69

Tlf. arbeid: 51 56 87 17

Fax: 51 53 00 79

Sonja Fossum

Svenstuvn. 2, 0389 Oslo

Tlf. privat: 22 14 11 97

Tlf. arbeid: 22 25 34 72

Fax: 22 14 11 97

Betty Pettersen

Krämmervikveien 5, 8373 Ballstad

Tlf. privat: 76 08 32 25

Tlf. arbeid: 76 06 02 64

Fax: 76 08 32 26

Eystein Straume

9550 Øksfjord

Tlf. privat: 78 45 81 18

Tlf. arbeid: 78 45 80 00

Fax: 78 45 80 01

Eivind Vestbø

4160 Finnøy

Tlf. privat: 51 71 22 74

Tlf. arbeid: 51 71 24 44

Fax: 51 71 26 64

Helge Worren

Langmyrgrenda 59b

0861 Oslo

Tlf. privat: 22 95 04 80

Tlf. arbeid: 67 06 00 83

Fax: 22 23 57 13

Petter Øgar

Elvebakken 1, Pb. 411

5801 Sogndal

Tlf. privat: 57 67 24 66

Tlf. arbeid: 57 65 55 00

Fax: 57 65 35 11

Annonser:

RMR

Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Tlf.: 63 97 32 22

Fax: 63 97 16 25

Abonnement:

Kr 300,- pr. år.

Bankgiro 3838.07.68248

Postgiro 0825 0835 397

Grafisk fremstilling:

Nikolai Olsens Trykkeri a.s.

Tlf.: 66 80 89 00. Fax: 66 80 08 47

Langsomt blir faget og studiet vårt eget...

Den nye studieplanen som innføres høsten 1996 for det medisinske studium i Oslo er både en revolusjon og en lenge etterlengtet formalisering av noe som har pågått i svært mange år. Det har i mange år vært i formålsparagrafen for det medisinske studium at studiet skulle utdanne «leger til alminnelig praksis». Gjennom flere studier har det allmennmedisinske faget i studiet utviklet seg fra å være en slags sum av de andre kliniske fag til nå å ha kommet til full modenhet med allmennmedisin som ett av tre hovedfag ved siden av indremedisin og kirurgi. Det ligger mye arbeid og sikkert også kamp bak dette gjennombruddet, såvel fra Institutt for allmennmedisin som fra det arbeid og den prosess som ligger bak utviklingen av faget utenfor instituttet, eksempelvis fremveksten av spesialiteten i allmennmedisin. En takk og gratulasjoner til de mange!

Det medisinske studium i Oslo utdanner flest leger av de fire norske universitetene og studieplanen er på den måten interessant for hele allmennpraktiker-Norge. I dette nr. av UTPOSTEN (1) skriver Arbeidsutvalget hvordan studiet tar sikte på å trekke allmennpraktikere ennå mer aktivt med i undervisningen.

Langt fra å hvile på laurbærerne, er det nå utfordringenes og mulighetenes tid stater. Mulighetene ligger i den formalisering som nå har skjedd, de mange og gode kretter instituttet rår over og ikke minst det engasjerte allmennmedisinske miljø i Norge.

Hva er utfordringene?

Utfordringene ligger i å arbeide videre med å etablere allmennmedisin som et fag som står på egne ben – et fag som på den ene siden henter impulser og kunnskap nærmest fra alle de øvrige fag, men samtidig har metoder, innfallsvinkler og en ideologi som er dens egen (2, 3, 4, 5, 6). Videre blir det viktig å ta Olav Rutles utfordring (7) alvorlig mht. hvordan vi lærer faget vårt, hvor problembasert læring, læring gjennom kollegamodeller og kollegial utveksling blir viktige hovedprinsipper. Å arbeide tverrfaglig må bli mer enn et honnørord – ikke bare på tvers av profesjonene, men også på

tvers av spesialitetene. Dette må læres tidlig, ikke først etter at det formelle studiet er forlatt. Det dreier seg om viktige holdninger, verdier og ikke minst aferdsmonstre. Skal vi ikke bli spilt av banen og bli redusert til tekniske reparatører på et kroppsverksted, må det helsefremmende og forebyggende arbeid få en langt mer sentral rolle. Her vet man mye, selv om deler av det medisinske inklusive det allmennmedisinske miljø til tider kan virke fjernet fra denne kunnskapen. Ikke minst i dette arbeidet vil kommunikasjon med våre omgivelser pasienter såvel som andre være av stor betydning. Det er fristende å si det retorisk slik at fagene norsk og presentasjonsteknikk bør bli hovedfag innenfor det nye hovedfaget.

Instituttet har foruten undervisning av vordende leger en viktig oppgave innenfor forskning. Nylig ble Nidaroskongressen avholdt under mottoet «Fra vitenskap til hverdagsmedisin» (8). Dette kan være en god formålsparagraf for enhver medisinsk forskning. Det bør tilføyes: «og fra hverdagsmedisin til vitenskap». Det allmennmedisinske miljø må trekkes ennå mer aktivt med i studiet og forskningen, noe som ligger implisitt i den nye studieplanen gjennom bruk av allmennmedisinere som lærere, gjennom praksistid ute hos allmennpraktikere, gjennom fellesklinikker med sykehusklinikere. Dette er ikke nytt, men den nye studieplanen setter denne oppgaven ytterligere på prøve. Det vil være en drøm at ennå større deler av det allmennmedisinske miljø trekkes inn i universitetenes allmennmedisinske undervisning. Vi må prøve å unngå å få et A-lag og et B-lag innenfor allmennmedisin. Det er kun gjennom en aktiv og engasjert medvirkning fra alle parter at dette kan være mulig.

Som allmennmedisinere blir vi fra tid til annen kritisert for at vi handler mer enn vi tenker (9). Reflekterer vi nok over det vi ser og det vi gjør? Filosofi var for lenge siden en mer sentral del av vårt studium. Det er trolig uklokt at dette nærmest er sterilisert bort, selv om det gjøres modige om enn spede forsøk på å få medisinsk etikk høyere og tydeligere opp på dagsordenen.



Ikke minst med de enorme medisinske tekniske fremskritt som gjøres og de problemer vi møter av ikke minst eksistensiell og verdiladet karakter, gjør vi lurt i fokusere mer på etikk, kultur og filosofi (9).

UTPOSTEN har tidligere satt instituttet i fokus (10, 11, 12). Det har vært etterlyst større kontakt mellom instituttene og hverdagsmedisinerne som allmennpraktikere er. Instituttet i Oslo strekker nå ut etter oss og ber oss engasjere oss på ulikt vis, bl.a. som praksislærere, lærere på instituttet på deltid, gjennom diskusjoner og tilbakemeldinger. Da må vi alle både i og utenfor instituttet vise aktivt engasjement. Da først kan faget og studiet bli vårt eget.

Litteratur:

1. Stavdal, Anna m.fl.: «Oslo96 – ny studieplan i Oslo: Nye utfordringer til allmennpraktikeren.» UTPOSTEN, 1995;24(8), s. 352–354.
2. Mjell, Johnny: Allmennlegens faglige plattform. UTPOSTEN, 1995;24(8), s. 355–357.
3. Generalplanutvalget for almenmedisin: Generalplan for almenmedisin i Norge. Oslo: Den norske legeforening, 1982.
4. APLF, OLL, Tensekommittéen: Tanker omkring morgendagens primærlegjetjeneste. Oslo: Den norske legeforening, 1978.
5. APLF, NBLF, NSAM, OLL: Primærlegen mot år 2000. Lysaker: Den norske legeforening, 1991.
6. Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I (red.): Allmennmedisin. Fag og praksis. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1991.
7. Rutle, Olav (intervju): «Korleis lærer vi faget vårt?» UTPOSTEN, 1995;24(6), s. 260–261.
8. Wærn Helge (brev til leserne): «Nidaroskongressen 1995 – noen stikkprover fra det allmennmedisinske supermarkedet!» UTPOSTEN, 1995;24(8), s. 362–363.
9. Nessa, John: «Korleis kan filosofi bli et matnyttig reiskap for klinikaren?» UTPOSTEN, 1994;23(6), s. 158–159.
10. Straume, Eystein: «Hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi?» (leder). UTPOSTEN, 1994;24(6), s. 223.
11. Lærum, Even m.fl. (leserbrev): Svar på en leder. UTPOSTEN, 1994;23(8), s. 309.
12. Redaksjonen, UTPOSTEN: Pidestaller og sladrehanker. UTPOSTEN, 1994;23(8), s. 309.
13. Lærum E, Rutle O: Opgaver, aktiviteter og veivalg. UTPOSTEN, 1995;24(1), s. 30–32.

«Oslo96» – ny studieplan i Oslo: Nye utfordringer til allmennpraktikeren

Forfattere: Per Hjortdahl,
Morten Finckenhagen,
Harriet Haukeland,
Gisle Schmidt, Anna Stavdal

Allmennmedisin blir ett av tre hovedfag likestilt med indremedisin og kirurgi. Allmennpraktikeren får privilegiet å følge studenten til det første møtet med pasienten. Vi trenger lærere til denne viktige oppgaven.

Medisinsk fakultet ved Universitet i Oslo (UiO) forbereder seg på innføring av ny studieplan kommende høst-»Oslo 96». Institutt for Allmennmedisin (IAM) har nedsatt et arbeidsutvalg som skal gjøre forarbeidet for undervisningen i «tidlig pasientkontakt». Utvalget har vært i arbeid fra mars 95, og består av fire allmennpraktikere i Oslo-området, som til daglig er i allmennpraksis ispedd ulik grad av forebyggende og -samfunnsmedinske oppgaver. Utvalget arbeider under ledelse av professor Per Hjortdahl. Vi skal rekruttere allmennpraktikere til 20 x 1/5 stillinger ved IAM, tilrettelegge forberedelse til undervisningen både hva pedagogisk opplæring og faglig innhold angår.

I det følgende vil vi først skissere generelle trekk ved den nye studieplanen, dernest beskrive allmennmedisinens plass i landskapet. Hovedhensikten med artikkelen er imidlertid å skape blest om undervisning i grunnutdanningen, og

om utfordringen den nye studieplanen gir til et fag som har relativt korte tradisjoner ved universitetet. Studieplanene ved de andre universitetene i landet har gjennom de siste årene i ulik grad gjennomgått liknende forandringer som nå vil skje i Oslo, og vi ønsker og tror at oppgavene som følger med interesserer kolleger på både sentrale og usentrale utposter.

I våre naboland har man opp til 10 års erfaring (København og Göteborg) med tilsvarende undervisning i «tidlig pasientkontakt». Tilbakemeldingen fra studentene er gjennomgående svært positiv.

Generelle hovedprinsipper ved «Oslo96»:

- integrert undervisning av basalfag og kliniske fag
- organisert i blokker etter organsystemer, alle blokkene gjentaes minst 2 ganger gjennom studiet med progressiv andel kliniske fag og minskende andel basalfag
- gruppeundervisning, bl.a. etter prinsippet problembasert læring (PBL), et minimum antall kateterforelesninger pr uke (2-3), og da primært oversiktsforelesninger, «front-line»-stoff m.v.
- integrerte klinikker med allmennmedisin og ulike sykehusspesialiteter, utgangspunkt i symptomer, ikke diagnoser, eks. «sår hals», «rødt øye», «vond skulder» m.v.
- allmennmedisin er ett av tre kliniske hovedfag ved siden av kirurgi og indremedisin, og undervises i 11 av 12 semestre

- studenten skal ha kontakt med virkelige pasienter i en klinisk sammenheng fra første semester
- utplassering i allmennpraksis i 10. semester tenkt utvidet fra 4 til 6 uker
- todelt karakterskala: bestått/ikke-bestått.

Spesielt interessant i allmennmedisinsk sammenheng:

Det skal rekrutteres 20 amanuenser i 1/5 stilling ved Institutt for Allmennmedisin (IAM) ved Universitetet i Oslo (UiO), som skal ivareta undervisningen i tidlig pasientkontakt. Dette er ment organisert som følger: hver amanuensis tar i mot 2 grupper à 2 studenter 4 ganger à 4 timer i sin praksis i løpet av studentens første studiesemester. Studiet skal omfatte 160 studenter pr kull pr år, det starter 80 studenter høst og 80 studenter vår.

Studenten skal introduseres for en kronisk syk pasient, utdype kjennskap til ham/henne i løpet av studiets to første semestre, fortsatt under veiledning av samme amanuensis.

Vi tenker oss også at allmennpraktikeren skal kunne fungere som en slags faglig «fadder» for studenten fremover i studiet. Hva denne funksjonen eventuelt vil innebære diskuteres i utvalget nå, og er således ikke fastslått enda.

Utplasseringen skal:

- gi studenten et første innblikk i konsultasjonen og dens ulike elementer, hvorav kommunika-

- sjon som redskap er av avgjørende betydning
- inspirere til en bevisst og kritisk holdning til legerollen, samt søke å gi studenten gode rollemodeller tidlig i studietiden
 - skal være et praktisk korrelat til den parallele teoretiske undervisningen i allmennmedisin og medisinske atferdsfag
 - skal gi rom for samtale omkring studentens tanker om egen yrkesutøvelse i fremtiden

Følgende forhold skal også søkes belyses i løpet av aktuelle periode:

- legekontoret og dets organisering
- legesøkningsatferd / forventninger til legen
- hvordan det er å ha en kronisk sykdom
- introduksjon av den fysiske undersøkelse

IAM trenger 20 allmenn-praktikere som ansettes i 1/5 amanuensisstilling til å ivareta denne undervisningen

Vi tenker oss å lyse ut stillingene ultimo januar, ansette lærere ca medio april, og starte forberedelse av lærerne umiddelbart etter.

Kriterier tenkt lagt til grunn for ansettelse:

- inntil full stilling og minimum 1/2 stilling som allmennlege / kommunelege/bydelslege som hovedbeskjeftegelse
- fortrinnsvis spesialist i allmennmedisin og/eller samfunnsmedisin
- evt. vitenskapelige meritter vil bli tillagt vekt
- deltakelse i gruppepraksis er fordelaktig
- variert engasjement i kommunehelsenesten viktig
- praksis bør være lokalisert relativt Oslo nært, slik at lang reisevei ikke er til unødig hinder for arbeidet for lærer og student

Forberedelse til undervisning, pedagogisk opplæring og faglig



Fra venstre: Morten Finckenhagen, Anna Stavdal, Per Hjortdahl, Harriet Haukeland, Gisle Schmidt.

egenutvikling pedagogisk og allmennmedisinsk, skal inngå i 1/5 årsverk.

Hvilket utbytte kan amanuensisene få av et slikt engasjement utover

- lønn etter universitetsregulativet
- tittel
- kurstimer tellende med inntil 100 i relasjon til spesialiteten i allmennmedisin?

Nevnt er allerede pedagogisk opplæring, og med denne følger mulighet til å utvikle seg selv som lærer, noe som i høyeste grad angår vår hverdag som leger i forhold til pasienter og samarbeidspartnere.

Lærerne vi snakker om her vil være de første «ordentlige doktorer» studenten møter i studiet; og vil på sin side møte entusiastiske, nysgjerrige unge mennesker som er sugne på inntrykk fra legehverdagen. Tilbakemeldingen fra student til lærer er i seg selv inspirerende, og kan bidra til å sette egen klinisk atferd i et nytt perspektiv. Dette kan være med til å forebygge utbrenning i egen legegjerning.

Vi nevnte erfaringer fra andre fakulteter i Norden, hvor tilbake-

meldingen fra studentene har vært tildels overveldende god. Like viktig er at lærerne opplever undervisningen som svært meningsfull; i det de har stort stort personlig utbytte av å dele den smule «legekunst» som de utøver i sin hverdag med kommende, ennå uformede yrkesbrødre-og søstre.

Vi har påpekt allmennmedisinens fremtredende plass i studieplanen, samt at faget introduseres ved begynnelsen av studiet og gis oppgaven med den praktiske undervisningen i «tidlig pasientkontakt». Å delta i denne undervisningen vil samtidig være å påvirke utviklingen av faget vårt. Praktikernes viktigste oppgave som amanuenser blir å bringe den praktiske hverdagen inn i den akademiske sammenheng faget ellers presenteres i.

IAM ser betydningen av å skape et faglig miljø for eksterne lærere i allmennmedisin, og har gjennom gjeldende studieordning allerede et korps av praksislærere som tar imot studenter i 16. termin for 4 ukers utplassering. Det vil med «Oslo96» være behov for praksislærere som nå. Praksisen utvides til 6 uker og blir fortsatt tilknyttet IAM mere på engasjementsbasis fra semester til semesters, og kan ikke pålegges oppgaver

utover dette. Praksislærerne og amanuensene vil representeret til ulike typer tilknytningsformer til instituttet. Vi tenker oss at noen muligens vil ønske begge typer oppgaver, og ser intet prinsipielt hinder for det.

Vårt håp er å lage et miljø knyttet til instituttet som kan gi grunnlag for gjensidig utbytte mellom lærergruppene, og mellom lærerne ute i felten og IAMs faste stab. Her er vi enda på planleggingsstadiet, men innser fullt ut viktigheten av dette for å opprettholde et godt og entusiastisk lærerkollegium. En aktivitet å bygge videre på er allerede eksisterende «Akademisk Forum», – et uformelt forum for allmennpraktikere som ønsker kontakt med IAM.

Forøvrig tenker vi oss mulighet for tilknytning til universitetets informasjonsbaser /Internet, invitasjon til kurs/faglige sammenhenger innen-og utenlands, mulig-

het til å knytte seg til andre undervisningsoppgaver ved IAM, herunder oppgaver i forbindelse med avvikling av eksamen. Amanuensis-betegnelsen er en kvalifiseringsstilling i universitetssystemet, og amanuensene kan om ønskelig få knytte seg til den forskning som foregår. Den pålagte undervisningstid utgjør kun en del av 1/5 årsverk, resterende tid kan bl.a. brukes til forskning.

Allmennmedisin skal som sagt undervises i nesten alle semestre. Det vil bli behov for «pasientleveranse» til klinikker, enkeltoppdrag som forelesere i spesielle kliniske emner m.v.

Avtakning:

Undervisning i allmennmedisin er en utfordring til hele det allmennmedisinske miljø, Oslo 96 spesielt til kolleger i Oslo-området. UiO utdanner ca. halvparten av landets leger, og rekrutterer dermed leger

til stillinger i hele landet Den fremtredende og tidlige plass allmennmedisin er gitt, vil påvirke rekrutteringen av morgendagens leger til allmennmedisin. Faget får med denne studieplanen økt legitimitet, og det er i stor grad opp til oss praktiske utøvere å vise at denne legitimitet er berettiget ved å kvalifisere oss til undervisningsoppgaver i grunnutdanningen og utføre dem med glede!

Vi i Arbeidsutvalget Oslo 96 ved IAM samler ennå mange løse tråder når det gjelder læreplan, praktisk gjennomføring, formelle sider ved ansettelse m.v.

Vi tar gjerne imot gode ideer og innspill, og ønsker med dette fremfor alt å spore til diskusjon om og interesse for undervisning i grunnutdanningen i hele fagmiljøet.

*Institutt for allmennmedisin
Pb. 1130 – Blindern
0318 Oslo*



Allmennlegens faglige plattform

Tekst: Johnny Mjell



Født 1954 i Bergen. Spesialist i allmennmedisin, arbeider halv tid som allmennpraktiker og halv tid med et kvalitetsforbedringsprosjekt i primærhelsetjenesten. Var i fire år leder av Fagutvalget i Aplf. Nyvalgt medlem av sentralstyret i Den norske lægeforening fra 1996.

En allmennpraktiker stående på en plattform med tre bein. Slik tenkte jeg da jeg ble bedt om å beskrive allmennlegens faglig plattform. Men før jeg beskriver hva disse tre «beina» består av, vil jeg gå litt bakover i allmennmedisinens historie.

Hva er egentlig en allmennlege? Hvem er vi? Hva kan vi? Dette er sentrale spørsmål som våre ideologiske og praktiske forgjengere har forsøkt å svare på. Innen jeg

våger meg inn på min versjon av allmennlegens faglige plattform vil jeg gjerne dele med dere noen av de tanker andre har gjort om allmennlegen.

Allerede Hippokrates

Som vi vel «alle» husker fra studietiden begynte forelesningene innen så og si alle fagområder med «allerede Hippokrates...». Men Hippokrates var allmennpraktiker, og dette slås fast allerede i første kapittel av læreboken i allmennmedisin (1). Hippokrates drev uselektert praksis i første linje, han fulgte kontinuerlig pasientene sine over måneder og år og han brukte en pasientsentrert arbeidsmetode der hele det syke menneske ble behandlet.

Vi er mange, og vi er ulike

Det er mange allmennleger i Norge. Nesten 3.500 leger definerer at de i minst 50% av sin arbeidstid driver allmennmedisin. Men vi praktiserer under svært ulike arbeidsforhold og organisatoriske former.

Noen arbeider alene, andre sammen med en eller flere leger i en gruppepraksis. Flere og flere har driftstilskudd, andre arbeider med fast lønn, og etter andre har ingen av delene. Noen får refusjon fra trygden, andre gjør det ikke. Det er allmennleger på den «ytterste nøgne ø», og det er allmennleger i byer og tettsteder. Det kan for noen være timer, og i dårlig vær dager, til nærmeste sykehus, mens andre praktiserer like utenfor porten til en universitetssykehus. Mange steder i Norge er det legemangel, enkelte steder er det konkurransen om pasientene. Noen av

oss kjører legevakt, andre får fritak på grunn av alder eller omsorg, og noen får vikarer til å kjøre vaktene for seg.

Dette var bare noen få av svært mange forhold som skiller allmennlegene i Norge fra hverandre. Kan vi med så mange ulike organisatoriske, geografiske og personlige forskjeller i arbeidsvilkår og arbeidsform virkelig finne noen felles faglig plattform?

Hva er en allmennpraktiker?

For norske allmennleger står dokumentet «Generalplan for almenmedisin i Norge» sentralt (2). Dette er et meget lesverdig dokument, som blant annet beskriver allmennmedisinens historie i Norge. Faget allmennmedisin og den allmennpraktiserende lege beskrives slik:

«Almenmedisin er den generelle, forebyggende og behandelnde medisin. Almenmedisin er individ- og familierettet. Almenpraktikeren trer inn i en forpliktende rolle som medfører et personlig ansvar for de individer, familie- og befolkningsgrupper som søker almenpraktikeren hjelp. Dette ansvar gjelder både art av helse-tjenester og kontinuitet. Almenpraktikeren bestreber seg på å fremme individets helse uansett sykdommens art eller pasientens livssituasjon. Almenpraktikeren står med sin profesjonelle bakgrunn, og ved hjelp av samfunnets helseapparat forøvrig, som formidler og koordinator av tjenester innen alle deler av helsevesenet.»

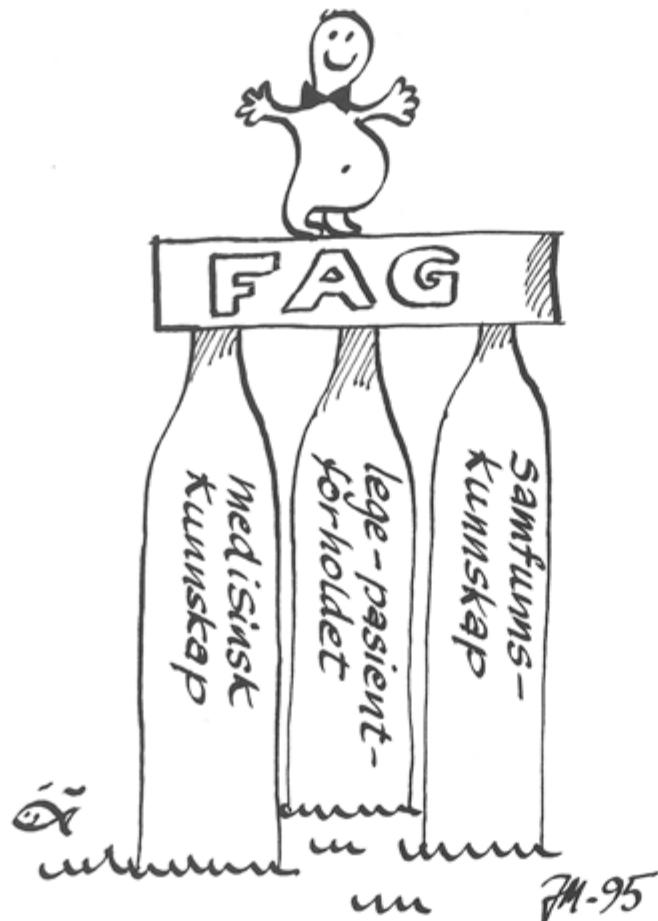
Men også andre har beskrevet allmennlegen. Jeg har tillatt meg å forsøke å oversette WONCA's definisjon av allmennpraktikeren/familielegen (3):

«Allmennpraktikeren/familielegen er:

- den legen som er hovedansvarlig for å skaffe allsidig helse-tjeneste til hver enkelt person som søker medisinsk hjelp, og om nødvendig ordner hjelp fra annet helsepersonell.
- en generalist som aksepterer alle som søker hjelp, mens andre som sørger for spesielle helsetjenester, kan begrense adgangen til sine tjenester på bakgrunn av alder, kjønn og/eller diagnose.
- har omsorg for enkeltmenneskene innen familien, og familien i samfunnet, uavhengig av rase, religion, kultur eller sosial status. Han/hun er faglig kompetent til å besørge størstedelen av deres behov for helsetjeneste når man tar hensyn til deres kulturelle, sosioøkonomiske og psykiske bakgrunn. I tillegg tar han/hun personlig ansvar for å skaffe allsidig og kontinuerlig helsetjeneste for sine pasienter.
- utøver sin faglige rolle ved å besørge helsetjenester enten selv eller fra andre, i samsvar med behovene for helsetjeneste og ressursene som er tilgjengelige innen det samfunnet han/hun arbeider.»

Dette er ikke lite! Overfor denne type definisjoner kan noen hver av oss miste pusten og føle oss både utilstrekkelige og mislykkede.

Men det er ikke nok med den ambisiøse beskrivelsen/definisjonen av en allmennlege; WONCA mener at allmennlegene har forpliktelser overfor samfunnet og overfor enkeltpasientene (3). I forhold til samfunnet skal vi blant annet søke å ha maksimal påvirkning av helseproblemer i kommunen, vi skal identifisere problemer i samfunnet og vi skal søke støtte og hjelp fra andre deler av helsetjenesten i behandlingen av pasientene. I forhold til pasientene skal vi blant annet være pasiententrerte i vår tilnærming, vi må ha familieperspektivet for øye, vi



må ha et godt lege-pasientforhold, og vi må kunne gi pasientene en allsidig tjeneste. På mange måter synes jeg her at WONCA fletter samfunnsmedisin og allmennmedisin mer sammen enn vi tradisjonelt har gjort i Norge.

Krav til allmennlegen

For å oppfylle disse forpliktelsene mener WONCA at allmennlegen/familielegen må oppfylle disse spesifikasjonene (3):

1. Comprehensive care
2. Coordination with other services
3. Advocacy role
4. Information base
5. Doctor-patient relationship
6. Accessibility
7. Resource management
8. Clinical decision making
9. Other disciplines relevant to general practice

Ian McWhinney, som flere ganger har vært i Norge, og som er kreert til æresdoktor ved Universitetet i Oslo, mener at allmennpraktikerens/familielegens ferdigheter kan deles i fire punkter (4):

- løsning av udifferensierte problemer
- ferdigheter i forebyggende arbeid
- terapeutiske ferdigheter
- ferdigheter i ressursforvaltning

Våre akademiske kolleger har i læreboken i allmennmedisin beskrevet allmennpraktikerens åtte roller (1):

1. Den personlige legen
2. Generalisten
3. Pragmatikeren
4. Ressursforvalteren
5. Koordinatoren
6. Primærklinikeren
7. Helsefremmeren
8. Nærmiljølegen

Hvis jeg i min hverdag som allmennpraktiker skal forsøke å oppfylle alle disse kravene og rollene blir det ikke lett. Det er fort gjort å få følelsen av at man da må være en slags krysning mellom Espen Askeladd (med alle vennene), en nobelprisvinner i medisin og statsministeren.

Allmennmedisinske idealer

Og følelsen av utilstrekkelighet blir ikke mindre av våre allmennmedisinske idealer. Ved to ulike anledninger har vi i Norge hatt såkalte «tenkekomitéer» som har fremkommet med allmennmedisinske idealer.

«Tenkekomiteen» fra 1978 fremkom med følgende idealer, senere forkortet «KOPF» (5):

- Kontinuerlig
- Omfattende
- Personlig
- Forpliktende

Den andre tenkekomiteen reviderte i 1991 våre idealer, og gruppen fremkom med «kopf» som skulle beskrive allmennlegens funksjoner (6):

- koordinering
- omsorg
- prioritering
- forebygging

Ikke så rent sjeldent hører jeg kolleger som uttrykker misnøye over disse idealer. Mange hevder at ved å sette så høye idealer vil ingen forsøke å strekke seg etter dem. Jeg tror likevel at «kopf» fra 1991 ganske treffende beskriver de viktigste av våre funksjoner i hverdagens allmennmedisin.

Allmennlegens faglige plattform

Etter alle disse vakre ord og ambisiøse idealer skrevet av nasjonale og internasjonale guruer innen faget, hvordan kan jeg så våge å beskrive en allmennmedisinsk faglig plattform med «bare» tre bein?

Våre idealer er ikke vår faglige plattform. Heller ikke «17.-mai-taler» om allmennlegens ferdigheter og oppgaver kan sies å være vår faglige plattform. Min faglige plattform er de kunnskaper, ferdigheter og holdninger jeg har, og som tildels skiller meg som allmennlege fra leger innen andre medisinske fagområder. Når jeg

samler mine ulike faglige kunnskaper og ferdigheter vil jeg oppsummere dem i tre punkter:

1. Grunnleggende medisinsk fag-kunnskap
2. Kunnskap om lokalsamfunnet og øvrige tjenester
3. Ferdigheter i lege-pasientforholdet

Fra vår grunnutdanning har vi alle en grunnleggende medisinsk fag-kunnskap. Gjennom viderutdanningen i allmennmedisin har vi tildegnert oss ytterligere kunnskaper og ferdigheter i faget. Dette er en av våre grunnpillarer. Vi kan med rette være stolte av vår spesialistutdanning. Det er få land i verden som har en videre- og etterutdanning i allmennmedisin som kan måle seg med vår.

Gjennom vårt arbeid i lokalsamfunnet får vi en unik posisjon i og kunnskap om den øvrige helse- og sosialtjeneste. I tillegg får vi også svært god kunnskap om alle de øvrige tjenester i samfunnet. Samtidig gir vår kommunikasjon med enkeltpasienter et meget godt grunnlag for å vurdere hvordan ulike forhold i samfunnet påvirker enkeltpersoners helse. Dette er den andre grunnpillaren vår. Få om enn noen andre medisinske spesialiteter har en slik oversikt og kunnskap om forholdet mellom enkeltindividet og samfunnet.

Den siste og kanskje viktigste grunnpillar i vår faglige plattform er lege-pasientforholdet. Vi kan og må strebe etter å bli bedre, men jeg våger likevel å påstå at vi innen norsk allmennmedisin har kommet svært langt når det gjelder kommunikasjon med våre pasienter. Vi har fortsatt stor faglig og personlig tillit blant både politikerne og pasientene.

Vil jeg noe med dette?

Hos meg har det vært en lang prosess å komme fram til disse tre pillarene. Allmennmedisinens faglige plattform er bygget på disse

tre pillarene. Det er dette som skiller oss fra de andre medisinske fagområder. Denne plattformen står stødig, selv i dårlig vær.

Men jeg er også klar over at leger innen andre medisinske spesialiteter, særlig samfunnsmedisinerne, kan provoseres over mine pillarer.

Jeg starter gjerne en debatt om noe som har oppattet meg i mange år. Samfunnsmedisinerne i Norge sitter «ensomme» i sine kommunale stoler, de fleste av dem med bakgrunn fra allmennmedisin. Vi må få til et mye tettere samarbeid mellom allmennlegene og samfunnsmedisinerne. Allmennpraktikere i en kommune trenger en dyktig samfunnsmedisiner som kan være legenes talerør overfor politikerne, samtidig som samfunnsmedisineren er avhengig av allmennpraktikernes betydelige kunnskaper om forhold i samfunnet som påvirker enkeltmenneskers helse.

Hvorfor ikke begynne med spesialistreglene; allmennpraktikerne og samfunnsmedisinerne må delta i de samme kollegagruppene og veiledningsgruppene.

*Johnny Mjell
Tørfestvn. 6b
3100 Tønsberg*

Litteratur

1. Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Araas I (red). Allmennmedisin. Fag og praksis. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag, 1991.
2. Generalplanutvalget for almen-medisin. Generalplan for almen-medisin i Norge. Oslo; Den norske lægeforening, 1982.
3. World Organization of Family Doctors (WONCA). The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems, 1991.
4. McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford; Oxford University Press, 1989.
5. Aplf, OLL, Tenkekomiteen. Tanker om morgendagens primærgetjeneste! Oslo; Den norske lægeforening, 1978.
6. Aplf, NBLf, NSAM, OLL. Primærlegen mot år 2000. Lysaker; Den norske lægeforening, 1991.

Hvilken plass har urindyrkninger i diagnostikk og behandling av urinveisinfeksjoner i allmennpraksis?

Tekst: Harald Reiso, Nils Homb, Even Lærum



Harald Reiso. F. 1955, oppvokst på Sunndalsøra. Cand. med. Bergen 1981. Kommunelege II i Vågå 1985–1993. Spesialist i allmennmedisin 1983. Rådgivende lege ved Fylkestrygdekontoret i Aust-Agder siden 1993. Hovedfagfelt nå er prosjektarbeid i forhold til sykemeldinger.



Nils Homb. F. 1953, oppvokst på Ås. Cand. med. Trondheim 1979. Kommunelege II i Vågå fra 1985. Spesialist i allmennmedisin 1985. På vei ut av allmennmedisin etter noen år med rekrutteringsvansker og dårlige arbeidsforhold i kommunene. Familieterapi er morsommere for tida.



Even Lærum, 50 år, cand. med. fra Oslo 1970, allmennpraktiserende lege ved Nedre Eiker legekontor 1972–1980. Dr. med. 1984, Forskningsveileder NAVF-program for allmennmedisk forskning 1986–89, professor i allmennmedisin ved Institutt for allmennmedisin i Oslo fra 1987, spesialist i allmennmedisin samme år, har nå legepraksis ved Tanum legekontor en dag i uken. Har drevet forskning og forsknings-

veiledning bl.a. knyttet til nyresten, urin- og luftveisinfeksjoner i allmennpraksis, pasientopplevelser ved sykdom, helse og livskvalitet og utgitt ca. 110 vitenskapelige publikasjoner. Er for tiden instituttbestyrer ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

Forekomst av urinveisinfeksjoner

Nedre urinveisinfeksjon er en vanlig sykdom hos kvinner. Minst 50% av alle kvinner opplever dysuri en eller annen gang i løpet av livet. Insidensen av dysuri hos kvinner er fra 10 til 25 % per år (1).

Rikstrygdeverket opprettet i forbindelse med takstforhandlingene for 1995 en «Legeregning-database». Den inneholder opplysninger fra et månedsoppgjør for 1.823 privatpraktiserende leger i perioden januar – mars 1995, i alt 633.000 lege-pasientkontakter. Av enkle pasientkontakter (takst 1ad) var 9,4 % i diagnosekapittel U i ICPC. For takstene telefon/brev (1bd), undersøkelse av blod og urin (1ed) og legekonsultasjon (2ad), var tilsvarende tall henholdsvis 3,8 %, 43,3 % og 2,1 % (personlig meddelelse, Utredningsavdelingen, Rikstrygdeverket).

Diagnose

Diagnosen urinveisinfeksjon baserer seg på kliniske symptom fra urinveiene og på funn av leukocyturi og bakteriuri.

Etter kvalitativ bakteriologisk undersøkelse, kan urinprøver gruppertes til å ha «signifikant bakteriuri» eller «ikke signifikant bakteriuri». Et bakterieinnhold i en urinprøve på (10^5 , alternativt: 100.000 bakterier per ml urin regnes vanligvis som «signifikant bakteriuri», men grensen er omdiskutert (1–5).

Usikkerhet i forhold til diagnostikk og behandling

Klinik og funn ved urinveisinfeksjoner varierer. Symptom eller leu-

kocyturi kan mangle. Ved dysuri/pyuri-syndromet har pasientene symptom og leukocyturi, med eller uten «signifikant bakteriuri». Kriteriene for begrepet «signifikant bakteriuri» anbefales revurdert, mange mener en grense på 10^4 alternativt: 10.000 bakterier per ml urin bør gjelde. Men selv da vil en del pasienter som har urinveisinfeksjon ikke vise bakteriuri, og problemet med falsk positive dyrknings vil øke (1, 3 – 5).

Om lag halvparten av kvinner med symptom på urinveisinfeksjon oppsøker ikke helsetjenesten (6).

Urindyrkning – egen undersøkelse

Urindyrknings utgjør om lag en tredjedel av alle prøver som sendes til mikrobiologiske laboratorier i

Norge. I 1985 ble det i norsk allmennpraksis utført vel 470.000 inkuberinger av urin på agar (2, 7).

Vi ønsket å registrere bruken av urindyrknings i allmennpraksis og konsekvensene dyrkningssvarene fikk for behandlingen.

Metode

I ett samarbeid med fire legekontor, ble alle urindyrkningsprøver fra kvinner og menn med øvre eller nedre urinveisinfeksjoner registrert. Prøvene ble tatt i perioden november 1989 til mars 1990.

Dyrkningsene på legekontorene ble utført ved inkubering av urin på dyppeagar (Uricult®), med unntak av ett legekontor som konserverte de fleste dyrkningsprøvene ved tilsetning av borsyre og brukte dyppeagar i noen tilfeller. Urinagaravlesningene 16–24 timer

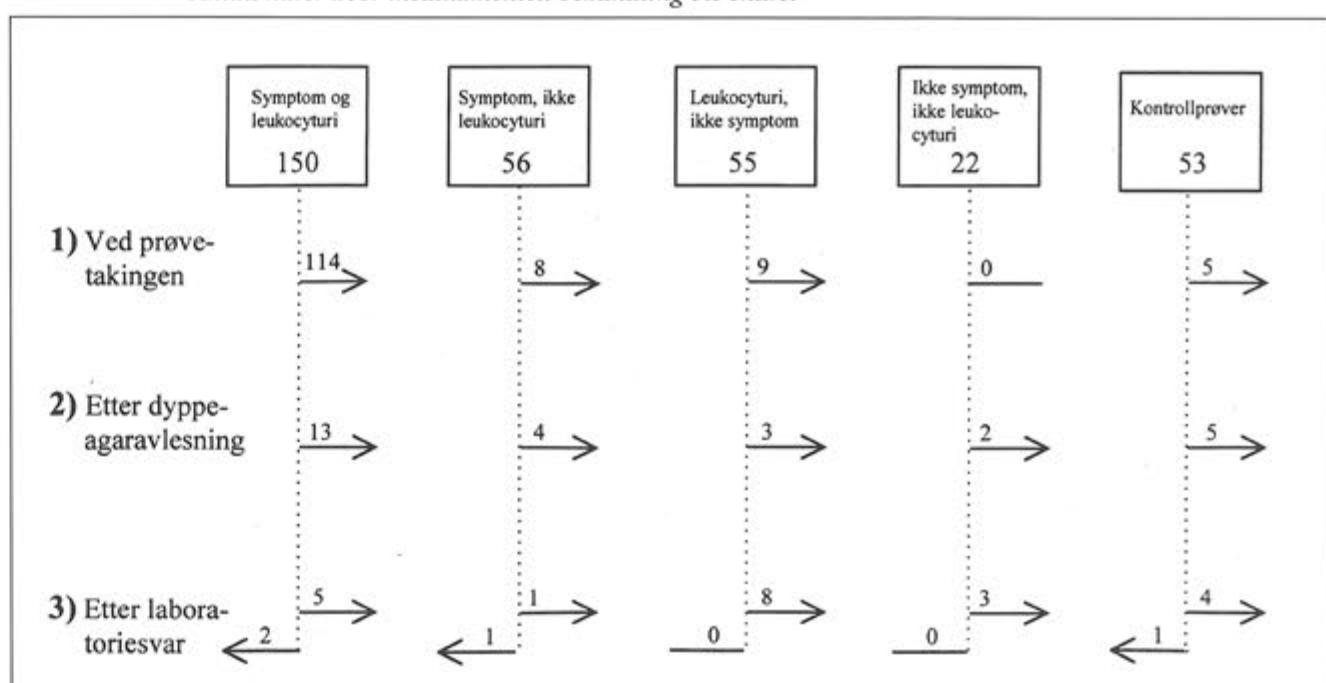
etter prøveoppsettet ble klassifisert som positive, usikre eller negative etter agarprodusentens anvisninger. Positive agarprøver og borsyrekonserverte prøver ble sendt til Lillehammer mikrobiologiske laboratorium. Dyrkningssvarene der ble klassifisert som positive, usikre eller negative etter tradisjonelle Kass-kriterier (1–4).

Terapeutiske tiltak ved oppsett av urindyrkning, etter agaravlesning og etter svar fra mikrobiologisk laboratorium ble registrert.

Prøvene ble gruppert utfra pasientenes symptom på urinveisinfeksjon og urinfunn. Symptom på urinveisinfeksjon var definert som hyppig vannlating og/eller smerte ved vannlating. Urinfunn var definert som utslag på leukocytesterasefeltet ved urinstrimmelundersøkelse av usentrifugert urin

Figur 1 Terapeutiske handlinger for 336 urindyrkningsprøver gruppert i forhold til pasientenes symptom på urinveisinfeksjon og leukocyturi (manglende data om gruppering for 2 av 338 prøver). 1) Ved prøvetakingen 2) Etter dyppeagaravlesning 3) Etter svar fra mikrobiologisk laboratorium

- Leukocyturi = Utslag på leukocytesterasefeltet ved urinstrimmelundersøkelse av usentrifugert urin, eller >5 leukocyter per synsfelt ved mikroskopisk undersøkelse av sentrifugert urin ved 400 ganger forstørrelse (8)
- Symptom = Symptom på urinveisinfeksjon definert som hyppig vannlating og/eller smerte ved vannlating
- Kontroll = Kontrollprøve etter, eller mens det ble gitt medikamentell behandling mot urinveisinfeksjon
- = Antall medikamentkurer gitt. Alle kurer gitt etter svar på urinagarprøver eller labprøver var basert på positive vekstsvær
- ← = Antall kurer hvor medikamentell behandling ble endret





Pasienten med urininkontinens.

(Ecur4Test®), eller som >5 leukocytter per synsfelt ved mikroskopi av sentrifugert urin ved 400 gange forstørrelse (8). Kontrollprøver etter eller mens det ble gitt medikamentell behandling mot urinveisinfeksjon, utgjorde en egen gruppe.

Resultater

Materialet bestod av 338 urindyrkningsresultat fra 277 pasienter, 234 kvinner og 43 menn. Aldersfordelingen var 0–93 år. Flest pasienter var kvinner i alde-

ren 15–40 år. Hovedfunnene i registreringen angis i figur 1. Av 336 tilfeller ble medikamentell behandling mot urinveisinfeksjon startet umiddelbart i 136 tilfeller, etter dyppeagaravlesning i 27 og etter laboratoriesvar i 21 tilfeller. Ingen medikamentell behandling ble gitt i 152 tilfeller.

Spesielt om gruppen symptom og leukocyturi

Prøver fra gruppen symptom og leukocyturi utgjorde 150 tilfeller, eller 44 % av hele materialet. I

114 (76 %) av de tilfellene ble medikamentell behandling mot urinveisinfeksjon gitt ved prøvetakingen, i 13 (7 %) av tilfellene etter dyppeagaravlesning og i fem (3 %) av tilfellene etter at laboratoriesvaret var vurdert av lege.

Blant de 114 tilfellene hvor medikamentell behandling mot urinveisinfeksjon ble gitt ved prøvetakingen, viste 88 prøver positiv, seks usikker og 19 negativ vekst, en prøve ikke avlest. Ingen av de negative eller usikre prøvesvarene medførte seponering av medikamentkurene.

I totalt sju tilfeller ble medikamentell behandling mot urinveisinfeksjon ikke startet selv om dyrkningene var positive.

Endret medikamentell behandling

I totalt fire tilfeller ble medikamentell behandling endret etter at behandelende lege hadde vurdert svaret på mikrobenes in vitro resistensstest ved det mikrobiologiske laboratoriet – jf. figur 1. I ett av tilfellene var mikroben følsom for gitt medikament, men pasienten hadde vedvarende plager, og behandlingen ble endret til et annet medikament som mikroben var følsom overfor. I de tre andre tilfellene viste laboratoriesvaret resistens mot gitt medikament og medikasjonen ble endret. Men det ble ikke innhentet kliniske opplysninger om de tre pasientene før endringene. Kanskje var deres urinveisinfeksjoner allerede kurert, eller en antatt terapisiktig ikke reell? In vitro testing av medikamenter resistensforhold avspeiler jo ikke nødvendigvis forholdene in vivo.

Konklusjon

Legenes terapeutiske beslutninger for pasienter med symptom og leukocyturi ble i denne undersøkelsen hovedsakelig tatt utfra kliniske vurderinger og urinundersøkelser ved primærkonsultasjonene, og i liten grad etter resultat av urindyrkninger. Hos pasienter

med symptom og leukocyturi kan dyrkning reserveres kompliserte urinveisinfeksjoner, eller tilfeller med terapisvikt. Det er i tråd med andres anbefalinger (5).

I og med diagnostisk usikkerhet ved urinveisinfeksjoner, er kanskje pasientenes plager det viktigste kriterium å bruke i forhold til avgjørelser om undersøkelser og behandling, slik det ser ut til at

legene har forholdt seg til problemet i vårt materiale (9).

Det synes ikke faglig nødvendig å ta urindyrkningsprøver fra pasientgruppen som har symptom og leukocyturi så hyppig som det i dag gjøres i norsk allmennpraksis.

Takk til samarbeidspartnere ved Vågå helsecenter, Otta legekontor, Kommunelegekontoret i Nord-Fron, Sør-Fron

legesenter og til Einar H. Aandahl ved Mikrobiologisk laboratorium Lillehammer fylkessykehus. Den norske lægeforenings Kvalitetssikringsfond I støttet undersøkelsen økonomisk.

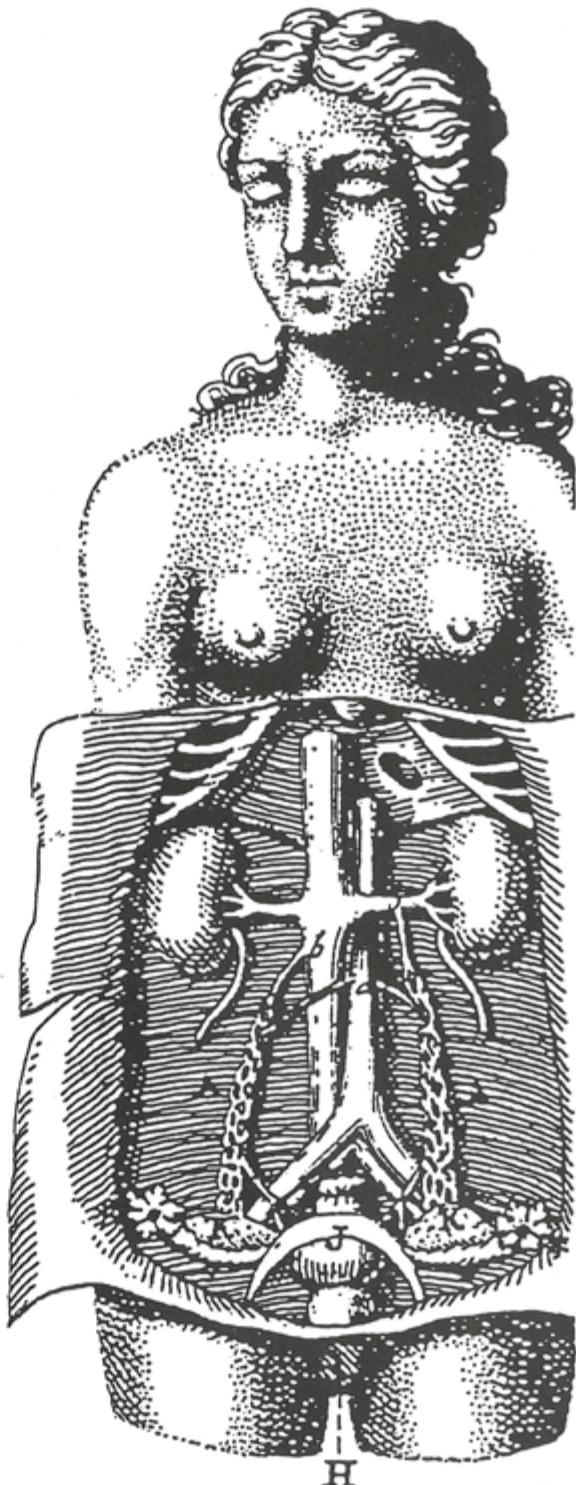
Harald Reiso
Pynten 19
4800 Arendal

Nils Homb
2680 Vågåmo

Even Lærum
Institutt for allmennmedisin
Postboks 1130, Blindern
0318 Oslo

Litteratur

1. Bærheim A. Lower urinary tract infections in women. Aspects of pathogenesis and diagnosis. Division for General Practice. Department of Public Health and Primary Health Care. The University of Bergen Norway. Bergen: 1994.
2. Digranes A. Bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjoner. Nyere synspunkter. Sandoz informasjon fra forskning og praksis 1987; 3: 1-4.
3. Kass EH. Asymptomatic infections of the urinary tract. Transactions of the association of american physicians 1956; 69: 56-64.
4. Kass EH. Pyelonephritis and bacteriuria. A major problem in preventive medicine. Ann Intern Med 1962; 56: 46-53.
5. Hovig B. Urinveisinfeksjoner. Anbefalinger spesielt rettet mot allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 44-6.
6. Waters WE, Elwood PC, Asscher AW, Abernethy M. Clinical significance of dysuria in women. BMJ 1970; 2: 754-7.
7. Nilsson F. Primærlegens ytelsel og takster i 1985. Forslag til statistikksystem for primærlegetjenesten. SIFF avdeling for helsesteforskning rapport nr. 4/1989. Oslo: Statens Institutt for Folkehelse, 1989.
8. Lærum E, Bærheim A, Hunskår S. Urinveisinfeksjoner hos eldre. Norsk Tidsskrift for Geriatri 1990; 6: 20-3.
9. Schultz HJ, McCaffrey LA, Keys TF, Nobrega FT. Acute cystitis: a prospective study of laboratory tests and duration of therapy. Mayo Clin Proc 1984; 59: 391-7.



Kjære UTPOSTEN-leser

NIDAROSKONGRESSEN 1995

- noen stikkprover fra det allmennmedisinske supermarked!

Nidaroskongressen er over (23.10-27.10) for denne gang. Jeg er imponert over vareutvalget på dette allmennmedisinske supermarkedet – ikke bare tilbudet av kurs, men måten de bys frem på, hvor smidig alt går med over 800 deltakere (!) og ikke å forglemme innpakningen i form av lokaler, kulturelle og sosiale arrangement. Men «itt' no kjæm tå sæ sjøl» – her står det arbeidssomme kvinner og menn bak! Det er forståelig at mang en vennlig og omsorgsfull (og bekymret?) tanke ble sendt deres respektive familier.

UTPOSTEN håper at mange av foredragsholderne vil dele sitt bidrag med de av UTPOSTENS leser som ikke var i Trondheim eller som ikke var på akkurat det kurset. Alle har fått den sosialdemokratiske appell: del med andre!

Selv plukket jeg ut kursene «Psykiatri i allmennpraksis» og «Risikointervensjon» som mine hovedkurs. Noe referat vil jeg ikke gi, men noen gode sitat, noen spørsmålstege og noen utropstegn vil jeg dele.

Aller først må jeg si litt om kongressens motto «Fra vitenskap til hverdagsmedisin» (under festmiddagen omdøpt til «Fra vinskap til hverdagssvin»). Jeg kunne frykte det verste med et slikt motto. Her skulle vitenskapen fortelle oss ex catetra hvordan allmennpraksis skulle drives. Jeg har ikke direkte noe imot vitenskapen, men liker hverdagsmedisin best – i beste UTPOSTENSke ånd. Min frykt ble slått til skamme på de kursvarene jeg smakte på. Her hadde

man sansen for å gjøre vitenskapen om til en hverdagsmedisin vi praktikere kunne kjenne oss igjen i og identifisere oss med. Jeg frydet meg over et utsagn fra kollega Eli Berg: «Vi begynner å undres ute i hverdagen....», hvor hun satte fingeren på den vekselvirkning som må være mellom teori og praksis – mellom hverdagsmedisin og vitenskap.

Åpningsseremonien er som vanlig storlagen. Ordfører Marvin Wiseth er ikke bare en av de ivrigste Trondheims-patrioter, men han er faktisk ganske morsom. Han minner meg unektelig om betydningen av presentasjonsteknikk og humor. Med dette som glidemiddel må det meste kunne fordøyes. Han etterlyste et tema på kongressen, nemlig behandling av nyrestein. «Det krever sin mann, kan jeg fortelle». Presentasjonsteknikk og humor demonstrerte også til fulle forfatter Anne B. Ragde. Hun hadde også hatt opplevelsen som pasient og ville gjerne at mottoet for denne kontakten skulle være: «Du skal ikke ha andre pasienter enn meg!». På sin humoristiske måte klarte hun også å få formidlet et alvorsbudskap: «Helsetjenesten er for overfladisk, for fort og for dømmende!». Galgenhumoren skal heller ikke foraktes. På sin gravstøtte kunne hun godt tenke seg inskripsjonen «Game Over!».

Tilbake til de kursene jeg nevnte.

Psykiatri i allmennpraksis

Her var det duket for kognitiv terapi, mye om B-preparater og om angst og depresjon.

Det jeg hadde vanskeligst for å svegle var den kognitive terapien. Muligens er jeg for mye opphengt i psykoterapien og syns vi bør grave litt både i sjela og barndommen for å finne svar og løsninger. Jeg skjønte jo etterhvert at det gikk an å gjøre begge deler, men at her- og nå-terapien som den kognitive terapien står for, har sine fordeler, ikke minst i forhold til panikkangst og hypokondri. Sannsynligvis driver vi allmennpraktikere dette hver dag, men kanskje ikke så systematisk som psykolog Tore Stiles underviste oss i. Er det rart at vi får mange hypokondre når helse-Norge sier: «Selv om du ikke har et eneste symptom, kan du være dødssyk!».

Professor Alv A. Dahl ga faktisk honnør til norske allmennpraktikere for å kunne mye om depresjoner. Nå håpet han at vi kunne bli bedre på angst. Det skal komme en opplæringspakke til norske allmennpraktikere (via APLF) primo 1996, og muligens skal det også lages et «MADRS» for angst.

Kollegaene Per Arne Gjelsvik (Røros) og Gunnar Moulund (Arendal) imponerte med sin kunnskap om B-preparater og deres arbeid med nedtrapping hos pasienter. De viste at dette er mulig med enkle midler og strukturert samarbeid mellom kolleger og mellom lege og pasient.

Risikointervensjon

Jeg fryktet det verste da jeg møtte opp. Jeg er ikke glad i kurver, skje-

maer og signifikansprat. Men mye var faktisk forståelig.

Eivind Meland har utvilsomt hode rett skrudd på, og han har faktisk fått endel pedagogiske evner i tillegg til sin milde Rogalandssialet. Til tider kan man tro han er predikant – så godt blir budskapet. Han har tidligere skrevet endel i UTPOSTEN, bl.a. «Myten om det ufeilbarlige helsevesen». Dette holdt han et plenumsforedrag over som det var sus i. «Vi må lære å leve med å gjøre feil – det hører til selve livet». Kritikk av medikaliseringen kan lett føre til nihilisme. Begge er grøfter vi må unngå. Midt inne i alt det vitenskapelige, var det godt å høre at fremtidstro, optimisme og godt humør var noe av den viktigste ballast å bekjempe risiki med.

Jeg klarte også å få med meg fra Stein Vaaler at jeg snarest bør dra til et JERNIA-utsalg å skaffe et målbånd (ikke av tøy) for å måle midje-hofte-index, som angående var den aller beste prediktive indikator for om man har insulinresistens. Han understrekte også at fysisk inaktivitet sannsynligvis var den viktigste risikofaktor. Jeg ble personlig bekymret etter hans inn-

legg. Målebånd er innkjøpt og joggeskoene er funnet frem!

Peter F. Hjort er ikke bare en begavet mann. Han er også en pedagog av dimensjoner. Jeg liker ham ekstra godt når han kommer med en god historie eller et godt sitat.

«En gammel dame på 90 år sa en gang til meg ‘Hadde jeg visst jeg skulle bli så gammel, hadde jeg tatt bedre vare på meg.’»

«Fordelen med å bli gammel, avtar med årene»

«Den tykke legen til pasienten han prøver å slanke:’ De spiser fordi De er dum. Jeg spiser fordi jeg har greie på god mat!»

Også han kom med skjemaer og kurver. En av formlene kom fra fjellklattreren Arne Næss (formel for fjellklatrere). Jeg skjønte den godt. Den har god overføringsverdi:

$$\frac{G^2}{Pb + Pm}$$

Her står over streken for Glow (glød). Det under streken for henholdsvis ‘bodily pain’ og ‘mental pain’

Elisabeth Swensen fra NSAM (leder risikoprosjektet) og fra Seljord poengterte viktigheten av å tenke på hvordan pasienten opplever risiko: 0% eller 100% – enten er jeg frisk eller så er jeg syk. Jeg husker godt også hennes vitsetegning hvor en lege står overfor en mann som ser ut som han har alle de risikofaktorer det går an å ha og utbryter noe makabert: «You’re a mess. It’s better to knock you down and start from scratch.»

Eli Berg var også sterkt på banen med 2 innlegg med tittelen «Er jeg på feil jorde?» Det var hun avgjort ikke i sine kommentarer. Bl.a. understrekte hun flere ganger hvor viktig det er å bygge opp pasientens selvbiilde: «Hvor mange kan se seg i speilet og si ‘Jeg er åleit’» «Begynn med å styrke pasientens selvbiilde, så faller det meste på plass etterhvert». Hun var optimistisk på mulighetene som ligger

i tverrfaglig samarbeid. Hun refererte bl.a. til trekantsamtaler med pasient, en psykolog og seg selv – gjerne overfor pasienter hun selv hadde slitt med uten resultat i mange år: «Det er jo ikke som på Jesu tid – blinde ser, lamme går – men: det er ikke langt unna».

Tor Claudi er en klok og kunnspapsrik mann, som jeg lærte en god del av. Jeg vil allikevel nøye meg med å komme med et engelsk sitat han viste:

«In hospitals, diseases stay, patients come and go -
In general practice, patients stay, diseases come and go.»

Åge Aleksandersen

Det manglet ikke på kunstneriske tilbud under Nidaroskongressen. Det jeg likte best, var utvilsomt tirsdagskonserten med Åge Aleksandersen. Når han sang «Det er min dag i dag» var det nok mang en publikummer som følte at «Det er min kveld i kveld».

Ord til farvel

Brevet ble lengre enn jeg hadde tenkt, og lengre kunne det ha blitt. Jeg ser gjerne frem til å komme hjem fra en slik uke – uthvilt og med nytt mot. Uthvilt var jeg ikke, men nytt mot fikk jeg, selv om mye er ufordøyd. «Hvordan lærer vi faget vårt?» kunne gjerne ha vært motto for minikurset «Kritisk lys på spesialiteten». Jeg tror på den sosiale og mentalhygieniske nytten av kongresser som Nidaroskongressen. Nytten av kateterkurs bør man imidlertid rettmessig stille spørsmål ved. «Å lære av hverandre» og «å tilte inn bak hverandres lukkede rom» er stikkord for viktige læremåter. Er dette en utfordring Nidaroskongressen kan ta? Da har kongressen et nytt liv i 1997 og videre.

Og husk: Livet er en seksuelt overført tilstand/lidelse/nyttelse (stryk det som ikke passer) med dødelig utgang.

Med vennlig hilsen
Helge Worren



Nidarosprisen 1995 – Utposten gratulerer!



Anders Grimsmo og Jostein Holmen.

Igen ble Nidarosprisen delt mellom to verdige prisvinnere. Prisutdelingen skjedde under Nidaroskongressen tidligere i høst.

Tidligere prisvinnere:
1990: Bjørn Tansem og Anders Forsdahl
1991: Jan Otto Syversen
1993: Christian Borchgrevink og Bent Guttorm Bentsen.

Årets pris ble delt mellom to kjente skikkelser i norsk primærmedisin, Anders Grimsmo og Jostein Holmen.

Anders Grimsmo

Anders Grimsmo er kjent for sin forskningsaktivitet og sitt forskningssenter i Surnadal. Han er videre ikke minst kjent for sin banebrytende bok om Skolehelsestenesten.

I sitt prisforedrag skisserte han en ønskelig dreining av samfunnsmedisinens slik:

FRA

Administrasjon/planlegging
Forvaltning/saksbehandling
Budsjett/regnskap
Teknisk hygiene
Tilsyn/kontroll

TIL

Tverrfaglighet
Nærmiljøarbeid
Nettverksbygging
Mobilisering
Integrering

Jostein Holmen

Jostein Holmen er kjent ikke minst for sitt forskningsarbeid om blodtrykk i Nord-Trøndelag, hvor det i Verdal er etablert et forskningssenter. Han er videre kjent for sin rolle i NSAMs Handlingsprogram for blodtrykksbehandling. Iflg. Arne Ivar Østensen, som introduserte denne prisvinneren, festet Jostein Holmen blikket tidlig. Jostein Holmen holdt et prisforedrag over temaet «Bingo og blodtrykk – allmennmedisinske betraktninger» og avslørte en annen side av seg selv. I Verdal (som mange andre steder?) er bingo den viktigste kulturinstitusjon i bygda. Bingo er en forutsigbar hendelse, nærmest for et rituale å regne. Bingoen har uante virkninger på trivsel og helse, og han ser ingen andre alternativer til bingo enn høyteknologisk medisin og alternativ medisin. De sistnevnte kan neppe klare å konkurrere med bingo når det gjelder oppslutning og effekt. I en tid hvor man ikke lenger bare skriver ut medisiner til alt som er ille men også «alt» som kan bli ille, ble nedenstående reseptforslag for en befrielse å regne:

Rp. Bingokveld
D.s.s.n. 1 kveld pr. uke mot ensomhet og kjedsomhet
(obs. passiv røyking! ; ellers ingen bivirkninger)

Medarbeiderprisen 1995



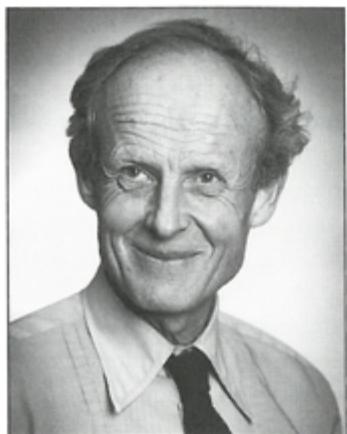
Kunstner Håkon Gullvåg og prisvinner Kari Håvelsrud.

Etterutdanning for medarbeidere i allmennpraksis stod i fokus på Nidaroskongressens medarbeiderdag. Ikke uventet gikk derfor Medarbeiderprisen 1995 til en sentral person i etterutdanningen. Kari Håvelsrud fra Lørenskog ble velfortjent tildelt prisen under festmiddagen.

Som representant for Norske Legesekretærers Forbund, har Kari Håvelsrud deltatt i arbeidet med å utforme etterutdanning for medarbeidere. Med gode, faglige kunnskaper og stor inspirasjon har hun lagt ned mye av sin fritid i dette arbeidet. Som en konkret del av arbeidet, har hun vært medforfatter til håndboken – «Allmennpraksis i utvikling – Håndbok i etterutdanning av medarbeidere». Hun er selv veileder og er ferdig med første veiledergruppe til våren.

Kari Håvelsrud er utdannet hjelpepleier og har mange års erfaring fra allmennpraksis i Gjerdrum. Nå kombinerer hun arbeid i allmennpraksis og i bedriftshelsetjenesten på Ringnes i Oslo.

Utposten gratulerer!



OLLs hederspris 1995

Professor Peter F. Hjort ble tildelt OLLs hederspris 1995 for sin faglige innsats i norsk samfunnsmedisin.

Han var blant annet med å etablere det medisinske studium i Tromsø – der primærmedisin fikk en betydelig større plass enn det hadde hatt ved andre fakultet.

Han startet, og engasjerte seg i Gruppe for Helsetjenesteforskning og har ledet denne gruppen frem til han gikk av for aldersgrensen.

Han er en fremragende pedagog og foreleser. Som foreleser har han en egen evne til å ta opp nye ideer, og også evnen til å vinkle gamle temaer på nye og spennende måter.

Utposten gratulerer!

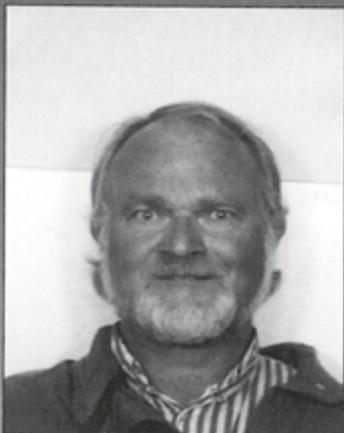
Primærlegedekningen i Norge 1994 – ti år etter iverksettelsen av kommunehelsetjenesteloven

Hva har skjedd med den geografiske fordeling?

Hvilken betydning har de ulike grupper av leger for de forskjellige typer av oppgaver?

Tekst:

Hans Knut Otterstad,
ass. fylkeslege i Vestfold



Cand. med fra 1968 og spesialist i samfunnsmedisin. Har arbeidet i førstelinjetjenesten i flere sammenhenger, som distriktslege og helserådsordfører i Røde/Onsøy, samt ass. fylkeslege i Østfold før kommunehelsetjenesten ble innført og som helsesjef og kommunaldirektør for helse- og sosialsektoren i Tønsberg etter at loven ble iverksatt. Ass. fylkeslege i Vestfold siden 1988.

Innledning

Utgangspunktet for denne artikkelen er å beskrive primærlegedekningen i Norge med utgangspunkt i datagrunnlaget som benyttes i

fylkeslegenes medisinalmeldinger og som årlig samles inn av Statistisk Sentralbyrå.

1994 er et hensiktsmessig år for en slik oversikt idet loven om kommunehelsetjenesten nå har virket i ti år. En av hovedhensiktene med loven var å føre til større geografisk likhet i fordelingen av legeressursene i kommunene. I hvilken grad har dette målet blitt oppfylt når en ser på legetilbudet i de enkelte fylker?

Et like vesentlig spørsmål er hva kommunene bruker legeressursene til.

En ny problemstilling har dukket opp etter at loven ble gjort gjeldende: Hva med de avtaleløse legene? Hvor har de etablert seg og hva bruker de sin arbeidskraft til?

Metode og materiale

Dette materialet omfatter alle de legetimer som er registrert i en normal arbeidsuke i kommunehelsetjenesten. I alt ble det registrert 128992 legetimer fordelt på fire virksomhetsområder: Kurativt legearbeid, forebyggende legetjenester i helsestasjon og skole, legetjenester i alders- og sykehjem samt administrativt- og miljørettet helsearbeid.

En slik grov oppdeling av primærlegetjenesten vil gi en relativt god oversikt over hva legene benytter sin arbeidskraft til, og det er nyttig å kunne skille mellom kurativt pasientrettet arbeid og de øvrige helsetjenester som kommunen har ansvaret for.

Resultater

1. Det er fremdeles store forskjeller i primærlegedekning, men det er ikke en sentrum-periferi fordeling

Tabell 1 viser at det i gjennomsnitt var opprettet legestillinger tilsvarende 29,8 legetimer per uke per 1000 innbyggere i kommunehelsetjenesten i 1994. Dette betyr en primærlegedekning på 1258 innbyggere per lege.

Imidlertid er det overraskende stor fylkesvis spredning sett på bakgrunn av lovens intensjoner. Finnmark toppler statistikken med en dekning som er 49 % over landsgjennomsnittet, mens fire fylker ligger ca 15 % under gjennomsnittet: Akershus, Rogaland, Vestfold og Østfold.

Denne rapporten baserer seg på tverrsnittsdata slik de ble tallfestet i 1994. Longitudinelle data for legedekningen fra Vestfold viser at ekspansjonen i kommunenes legetjenester så å si utelukkende har gått til styrking av kurative tjenester (1).

Det synes derfor som om etterspørselen etter sykdomsbehandling har vært det dynamiske og drivende element i utviklingen i kommunehelsetjenestelovens første ti-år.

Norsk medisinalstatistikk inkluderer turnuskandidatene i kommunenes legedekning. Det er tvilsomt om dette gir et riktig bilde av dekningen av den kurative allmenlegetjenesten i kommunene all den tid kontinuitet er en vesentlig kvalitet i dette arbeidet. På denne bakgrunn har jeg derfor sett på alternative dekningsrater for kurative tjenester som ikke

Fylke	Dekningsrate	Prosent
Østfold	26,3	88,2
Akershus	25,7	86,4
Oslo	30,2	101,6
Hedmark	30,6	102,8
Oppland	33,3	111,9
Buskerud	29,4	98,8
Vestfold	25,6	86,1
Telemark	30,8	103,4
Aust-Agder	33,8	113,6
Vest-Agder	31,9	107,2
Rogaland	25,6	86,1
Hordaland	28,8	96,9
Sogn og Fjordane	33,6	112,9
Møre og Romsdal	31,5	105,8
Sør-Trøndelag	28,7	96,4
Nord-Trøndelag	30,3	101,7
Nordland	34,0	114,1
Troms	34,4	115,5
Finnmark	44,3	148,8
Norge	29,8	100,0

Tabell 1. Fylkesvis oversikt over primærlegedekningen i Norge. Antall legetimer per uke per 1000 innbyggere. Prosentvis dekning i forhold til landsgjennomsnittet

inkluderer turnuskandidatene. Dette behandles i punkt 4 og 6.

2. I alt 80 % av alle legetimene benyttes til kurative tjenester
Følgende oversikt gir beskjed om hvor kommunene har endt opp etter ti års ansvar for primærlegetjenesten :

- Kurative tjenester : 80,3 %
- Administrasjon / miljørettet helsevern etc. : 8,1 %
- Helsestasjon / skolehelsetjeneste: 6,0 %

- Tilsynslegearbeid i eldreinstitusjoner : 5,6 %
- Totalt : 100,0%

Kurative tjenester er det dominerende innslaget i legetjenesten i kommunene. I tillegg kommer legevaktarbeid som utføres utenom normal arbeidstid og som derfor ikke er inkludert i denne oversikten.

3. Fastlønnslegene skiller seg ut fra de andre legegruppene

Statistikken opererer med fire grupper av leger i kommunene : Fastlønnede leger, avtaleleger, turnuskandidater og leger uten driftsavtale. Det er av interesse både å vite hvor stor del av legetjenesten som utføres av hver gruppe og hva de bruker arbeidskraften sin til. Dette framgår av tabell 2.

I 1994 var avtalelegene den største gruppen med nesten 55 % av totalen. Fastlønnslegene utgjorde 34 %, mens andelen for de avtaleløse legene var 5,8 % og turnuskandidatene 5,6 %.

Tabellen viser at fastlønnslegene bruker ca. 2/3 av sin tid til kurative tjenester og de skiller seg derved klart ut fra sine øvrige kolleger som bruker rundt 90 %. Det synes derfor å være en markert forskjell i funksjonene til fastlønnslegene og de øvrige gruppene.

4. Når en ser bort fra turnuskandidatene blir legedekningen jevnere

Turnuskandidatene er midlertidig plassert i et distrikt i 6 måneder og representerer derfor en annen type av tilbud enn de faste legene. Dette er et argument for å se på legedekningen i kommunene uten å

regne med turnuskandidater. Tabell 3 viser at en da får en litt annen og noe jevnere fordeling enn i Tabell 1. Denne beregningen viser at det var Finnmark, Oppland og Vest-Agder som hadde den beste primærlegedekningen i Norge i 1994, mens det kun var to fylker, Akershus og Rogaland, som lå mer enn 10 % under landsgjennomsnittet.

5. De avtaleløse legene har først og fremst slått seg ned i Akershus og Oslo

Tabell 4 viser at avtaleløse leger hadde etablert seg i alle fylker unntatt Nord-Trøndelag. Tilbuddet oppgis til nesten 7500 timer per uke dvs. 200 legeårsverk. Det er store geografiske forskjeller og det er særlig i Akershus og Oslo at denne etableringen har skjedd. Her har nesten halvparten – 46% – av denne legegruppens timer blitt lokalisert.

Tabell 4 viser hvilken andel de avtaleløse legene utgjorde av det kurative primærlegetimene (turnuskandidater ikke medregnet) i 1994 fordelt på fylkene. I Oslo og Akershus utgjør denne gruppen en så stor andel at dette tilbuddet vil påvirke pasientstrømmen i primærlegetjenesten lokalt.

6. Primærlegedekningen for kurative tjenester er best på Sørøstlandet

Figur 1 gir oversikt over den fylkesvis legedekningen i kommunene når en kun inkluderer kontinuerlig allmennlegetjeneste for kurative tjenester, dvs. etablerte praksiser og ikke temporære turnuskandidater. Bortsett fra Finnmark, ligger alle de sju fylkene med best legedekning på Sørøstlandet.

Tabell 2. Legegruppene fordeling av arbeidsoppgaver. Timer og prosent

Grupper	Kurativt arbeid	%	Helsest. skole	%	Alders-sykehj.	%	Adm. etc	%	Totalt	%
Avtale	61456	87,4	3404	4,8	2558	3,6	2927	4,2	70342	100,0
Fast	28858	65,7	3809	8,7	4103	9,3	7136	16,3	43905	100,0
Turnus	6325	87,1	387	5,3	260	3,6	292	4,0	7264	100,0
Uten avt	6948	92,9	168	2,2	330	4,4	36	0,5	7481	100,0
Totalt	103587	80,3	7768	6,0	7251	5,6	10391	8,1	128992	100,0

Fylke	Dekningsrate	Prosent
Østfold	21,3	95,2
Akershus	20,1	89,7
Oslo	23,8	106,0
Hedmark	23,9	106,6
Oppland	26,9	119,8
Buskerud	23,6	105,3
Vestfold	20,6	92,0
Telemark	22,8	101,4
Aust-Agder	24,3	108,1
Vest-Agder	25,5	113,7
Rogaland	20,1	89,7
Hordaland	21,5	95,7
Sogn og Fjordane	22,6	100,7
Møre og Romsdal	22,4	100,0
Sør-Trøndelag	22,1	98,7
Nord-Trøndelag	20,6	92,0
Nordland	22,8	101,6
Troms	22,7	101,2
Finnmark	26,4	117,8
Norge	22,4	100,0

Tabell 3. Fylkesvis oversikt over primærlegedeckningen i Norge (Turnuskandidater er ikke medregnet). Antall legetimer per uke per 1000 innbyggere. Prosentvis dekning i forhold til landsgjennomsnittet

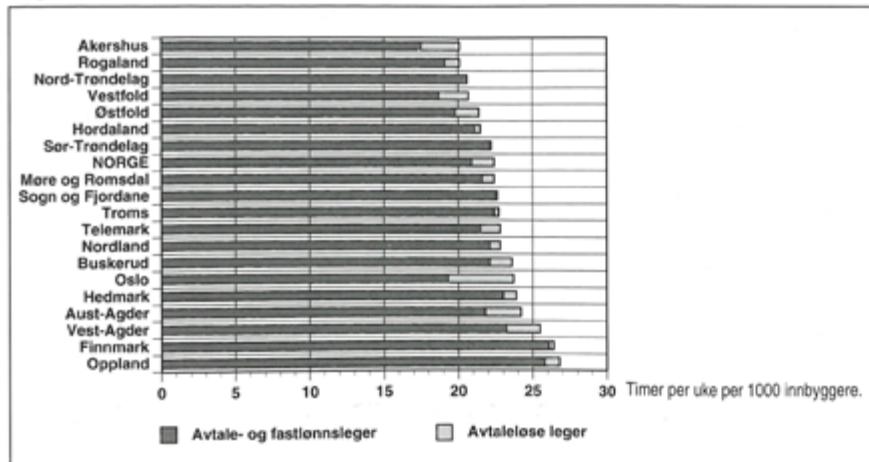
Rogaland og Akershus er de to fylkene som skiller seg ut med spesielt lav dekning av kurative allmennlegetjenester. For Akershus er den geografiske plassering som omland til hovedstaden en sannsynlig forklaring. Dersom Akers-

Fylke	Kurative legetimer uten avtale	Prosent
Østfold	375	7,3
Akershus	1127	12,9
Oslo	2126	18,7
Hedmark	170	3,8
Oppland	192	3,9
Buskerud	353	6,5
Vestfold	399	9,5
Telemark	208	5,6
Aust-Agder	240	9,9
Vest-Agder	343	9,0
Rogaland	354	5,0
Hordaland	595	6,6
Sogn og Fjordane	16	0,7
Møre og Romsdal	200	3,7
Sør-Trøndelag	20	0,4
Nord-Trøndelag	0	0,0
Nordland	164	3,0
Troms	47	1,4
Finnmark	22	1,1
Norge	6948	7,1

Tabell 4. Fylkesvis oversikt over kurative legetimer uten avtale per uke og prosent av landsgjennomsnittet i forhold til primærlegedeckningsratene (Turnuskandidater ikke medregnet).

hus og Oslo behandles som ett fylke vil den kombinerte kurative legedeckning være 98 prosent av landsgjennomsnittet. Rogaland særmerker seg som et fylke med lav dekning både av sykehustjenes-

Figur 1. Fylkesvis primærlegedeckning 1994.



ter og primærlegetjenester og er i helsetjenestesammenheng et bemerkelsesverdig fylke.

Figur 1 viser at det ikke er noen sammenheng mellom kommunenes avtalefestede legedeckning (fastlønn eller driftsavtaler) og størrelsen på avtaleløs praksis. Som det framgår av punkt 5 synes det som om legenes geografiske preferranser er mer avgjørende for etablering enn størrelsen på allmennlegedekningen for kurative tjenester.

Honklusjoner

Denne oversikten viser at data inn samlet til fylkeslegenes medisinal meldinger kan gi et detaljert bilde av status for legetjenesten i kommunene. Statistikken vil imidlertid bli mer verdifull når den kan viser utviklingen over tid slik som jeg har demonstrert i oversikten fra Vestfold (1).

Landstallene viser at kurative tjenester dominerer i primærlegetjenesten i kommunene. Dette har blitt forsterket ved framveksten av gruppen avtaleløse leger som særlig har eksplandert i Akershus/Oslo. Dette har gitt betydelig større statlige overføringer til endel kommuner enn det som loven forutsatte.

I 1994 var legedeckningen i Norge 1258 innbyggere per lege årsverk (37,5 timer per uke), men for kurative tjenester må en skille mellom fastlønnsleger som i gjennomsnitt bruker ca. 2/3 av arbeidstiden til slikt arbeid og de øvrige lege grupper som bruker 90 %.

Tar en for seg kurativ allmenn legetjeneste og ekskluderer turnuskandidater viser statistikken for 1994 at dekningssatene er best på Sørøstlandet.

Hans Knut Otterstad
Fylkeslegen i Vestfold
Pb. 2353, 3103 Tønsberg

Referanser

- Otterstad H K : En rapport om kommunehelsetjenestens ti første år i Vestfold. Hvorledes har kommunene fordelt legeressursene til de ulike arbeidsområder? «Utposten» 7/95 s. 338-340.

Juleglans og innmatkake

Alf Prøysen

Det peneste juletreet je har sett i mitt liv, var juletreet i Svingen. Og det juletreet vart penere og penere for hårt år. Det rakk helt oppi taket og var dryssfullt ta glitter og glasskuler, papirkørjer og lys.

Åtte daer før jul pynte dom juletreet i Svingen: Mæinn og kjærringa, den vaksne sønn og de tre onga. Og æille vi andre onga som bodde i grenda omkring Svingen, fekk vara med og sjå på.

– Sett dekk pent på senga nå, så ska de få sjå på, sa kjærringa. Og vi klopte oss ihop oppi senga, skubbe og flotte oss, så det skulle bli plass tel æille. Vi sa itte et ord, vi bærre såg.

Helt tel det var noen som banke på ruta og ropte navnet våres. Det var utsendinger hemanifrå, store søsknen som skulle få oss tel-bars att tel hverdagen. Tel vedhogginga og kveldsgrauten og skuleleksa.

Og da var det itte moro å fortælja at vi hadde vori i Svingen. Ingen skulle gå dit, folket i Svingen var mørksamme og domme, dom kunne itte hæindtere pengar, itte hadde dom gris så det vart no julkveldsmaat, vedtomt var det i skålen der nesten støtt. Og et nytt klesplagg hadde itte onga der fått på mange år. Hadde dom tjent litt ekstra tel jul, så kjøpte dom juletrepynt.



– Åffer kæin itte vi ha slikt juletre som dom har i Svingen da? kunne vi onga seja der vi satt i tjukke gensera og åt blodklubb.

– Jo – ville du heller sitta her og frysja og itte ha noe mat så –. Og det var forklaring nok for

oss. Vi godtok den. For da skjonte vi at vi hadde det bedre enn folka i Svingen. Vi hadde det bedre enn mange andre og, hu mor delte ut en fleskebæta og litt mjølk tel dom som itte hadde. – Slik var det å ha god råd, tenkte vi onga der vi gikk i tussmørke og delte ut tel dom som satt «trångt i det». Den gamle kjærringa inni skauen folde henda og gret da vi kom, vi følte oss nessten som engler der vi stod ved døra og hørde å snille vi var. Og den giktbrøtna kæillen oppå loftet i Svestugna, hæin sa både takk og ære.

Så hadde vi bære Svingen att. Hu mor hadde sendt med ei pølse som vi skulle levere der og.

– Men det er vel itte stort hjelpe i det, dom greie itte å gjømme noe tel julkvelden kjem, sa hu mor da hu putte pølsa i kørja.

– Vi kjæm med litt julemat vi, sa vi da vi kom inn.

– Takk for det, legg pølsa på bordet, sa kjærringa. Mæinn sette fram stol åt oss, vi belaga oss på såmå takksamheten som vi hadde møtt hos de andre som fekk julesmak.

Men så flaug den vesle dotter der over golvet og slo opp døra ut i den kæilde stuua.

Der sto juletreet med den peneste og blankeste juletrepynten som tenkjes kunne.

Og så var vi onga like fattige att. Det var oppi Svingen dom hadde juleglansen, tenkte vi.

Og så gikk vi sakte hematt og åt innmatkaker.

UTPOSTEN
BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN
NUMBER 3 1995 ARKANG 28

Rollelæring eller scenceskifte på livets teater

Nummer 2

Rollelæring eller scenceskifte på livets teater. *Leder. Petter Øgar*
 Livets teater – vårt bord? *Knut Lindtner*
 Forebygging hos forebyggeren. *Eystein Straume*
Interview med Anne Alvik. Vi er kommet opp av depresjonen!
 Den tause reformen. *Mari Hafting*
 Hvordan unngå at telefonen blir telef...? *Helge Worren*
 Bruk av tvang i psykiatrien, – overgrep eller til pasientens beste?
Samtale med Georg Hoyer
 Kva vil vel fylkeslegen sei? *Geir Sverre Braut*
 Kinas helsejeneste anno 1994. *Tor Kåre Håberg*
 Blant barfotleger og andre leger. *Bjørg-Helene Renaa*
 Brev fra Galicia sensommeren 1994. *Brev fra periferien*
 Diabetes i primærhelsetjenesten – slik gjør vi på Hjelmeland. *John Cooper*

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMBER 3 1995 ARKANG 28



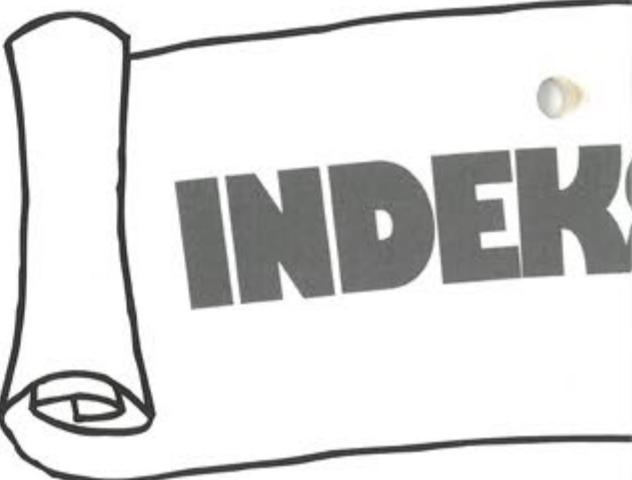
**Folkehelse og fridom;
risiko og livsverdi**

UTPOSTEN
BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN
NUMBER 3 1995 ARKANG 28

Når garantien blir kvalitetsmål

Nummer 1

Når garantien blir kvalitetsmål – om tryggleikens grenser. *Leder. Eivind Vestbø*
 Myten om det ufeilbarlige helsevesen (1). *Steinar Hunskår, Eivind Meland*
 Myten om det ufeilbarlege helsevesen (2). *Steinar Hunskår, Eivind Meland*
Interview med Arne Vassbotn Veiledning og veileder i fokus
 Astmaskole – en miniklinikk i allmennpraksis. *Ola Storø*
 Allmennmedisinsk forskningsutvalg. *Geir Jacobsen*
 Evaluering av psykiatriske pasienter i kommunene. *Petter Bigge, Torleif Ruud*
 «Kan man ha flere sykdommer samtidig, doktor?» *Tabbespalten*.
 Falk og muldværp: Essayistiske refleksjoner etter Primærmedisinsk uke. *Pål Guldbrandsen*
 Oppgaver, aktiviteter og veivalg. *Eiven Lærum og Olav Rutle*
 Hjelp og penger å hente? *Leserbrev*
 Mange kan bidra til gode utprøvinger av lokale helsetiltak. *Leserbrev*
 På tur til eventyrland. *Arnulf Heimdal*



For

Vi har faste spalter som «Bokmeld», «Smil i hverdagen», «

UTPOSTEN
BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN
NUMBER 3 1995 ARKANG 28

Langsomt blir faget og studiet vårt eget...

Nummer 8

Langsomt blir faget og studiet vårt eget... *Leder. Helge Worren*
 Nye utfordringer til allmenpraktikeren. *Per Hjordahl, Morten Finckenhausen, Harriet Haukeland, Gisle Schmidt, Anna Stavdal*
 Allmennlegens faglige plattform. *Johnny Mjell*
 Hvilken plass har unndykning i diagnostikk og behandling av urinveisinfeksjoner i allmennpraksis? *Harald Reise, Nils Homb, Eiven Lærum*
 Nidaroskongressen 1995. *Brev til leserne*
 Nidarospriisen 1995
 Medarbeiderprisen 1995
 OLLs hederspris 1995
 Primerlegedekningen i Norge 1994 – ti år etter iverksettelsen av kommanhelsetjenesteloven. *Hans Knut Østerstad*
 Juleglans og innmatkake. *Alf Prosten*
 Indeks 1995
 Vi må ikke bli så bevisstløse at vi glemmer at legen selv er det viktigste redskap. *Berit Treit intervjuet av Helge Worren*
 Tale til medarbeideren. *Svein Slagvold*
 Medarbeiderprosjekt i allmennpraksis. *Tove Rød Rutle, Olav Rutle, Kari Svartjernet*
 Fastlegordningen – et hinder for rehabilitering. *Nanna Hauksdóttir*
 Scandinavian journal. *Knut Arne Holtedahl*
 Til Utposten. *Brev fra Periferien*
 Kongress hos American Academy of Family Physicians. *Tor Carlsen*

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMBER 3 1995 ARKANG 28



**Kreativitet,
kontroll og tilsyn**

Nummer 3

Folkehelse og fridom; risiko og livsverdi. Leder. Geir Sverre Braut
 Trå vorsomt – helsearbeider bli ved din lest. Jan Helge Solbak
 Likegyligheten – hva gjør vi med den? Carl Ditlef Jacobsen
 Risiko – ikke til å spoka med i allmennpraksis! Eivind Vestbo
 Medarbeiderens mote med flyktninger og innvandrere. Laila Solli
 Å snakke med ungdom. Finn Magnussen
 Helhetstekning og kreativitet innenfor natur, kultur og helse. Gunnar Tellnes
 Utposten for 10 år siden
 «*Utpost i Telemark*. GRUK-gruppe for kvalitetsutvikling
 På jakt etter landmann Hansen. Jan Ormulf Melbostad
 Når pasienten er for «fisk» til å innlegges. Når noe går galt...»

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

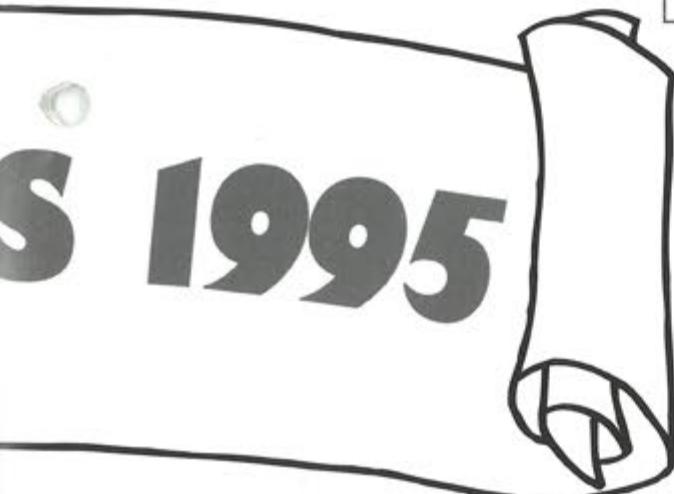
NUMMER 3

24

ÅRSTIDEN 1995



Det empatiske imperativ – mellom omsorg og risiko



ovrig:

ing», «edb-spalte», «Slik gjør vi det»,
 Kursannonsering» m.m.

Nummer 7

Kreativitet, kontroll og tilsyn. Leder. Eystein Straume
 «Når fylkeslegen kommer på tilsynsbesøk». Hans Petter Schjonsby
 Et sted å møtes. Sissel Steihaug
 Ammetake? Elin Listeth
 Utpostens tekstspris 1995
 Utpostens illustrasjonspris 1995
 «Det er viktig å gi foreldrene et positivt bilde av de fine ungene de har». Ole Sverre Haga intervjuet av Helge Wørren
 Trygdeytelser ved barns sykdom. Elin Gjerstad
 Hypokonder blues. Harald Dykkorn
 Belastningslidelser til besvar? – Ikke på Hernes Institutt! Hilde Nitteberg Teige og Christoffer Vig
 Den allmennmedisinske vitenskapen. Linn Getz
 Sokelys på samfunnet. John Nessa
 Virkningen av kommunehelsetjenestelovens ti første år for primærhelsetjenesten i Vestfold. Hans Knut Otterstad
 Helsekontroller til besvar. Debatt
 Inneklima og sykdom – endelig napp? Morten Laudal

Nummer 4

Det empatiske imperativ – mellom omsorg og risiko. Leder. Eivind Vestbo
 Hur kan man studera patient-läkarrelationen och vad får man fram? Elisabeth Arborelius
 Sykdomsdefinisjoner – et moralisk anliggende. Eivind Meland
 Asymptomatisk bakteriuri hos gravide skal oppdagast, behandlast og kontrollerast. Steinar Hunskår og Anders Berheim
 Mellom omsorg og risiko. Torstein Gjerlow
 Metodebok i Hammerfest. Peter Prydz
 «Kulturbetjent» Odd Kvamme
 Er kombilagen en udryddelsestruktur art? Nils Kolstrup
 Tore W. Steen intervjuet av Per Stensland. Vi møter lederen i NSAMs nyetablerte u-landsgruppe
 Helsestasjonen liv laga? – Goda metoder for samarbeid mellom lege og helsesester. Elin Amodt Rygge
 Ny referansegruppe i NSAM: Primærhelsetjeneste i U-land
 Rygg til besvar. Bård Natvig
 Utposten for 10 år siden
 Allmennpraktikere gjør det annerledes. Sonja Fossum

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

25

ÅRSTIDEN 1995



Er fastlegeordningen løsningen?

Nummer 6

Treng vi ein «klinik» samfunnsmedisin? Leder. Eivind Vestbo
 Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisin i en ny kommunestruktur? Olls Samfunnsmedisinske pris 1995. Petter Øgar
 Tilfellet Anna – en samarbeidsmodell i allmennpraksis. Eli Berg
 Synsforstyrrelser hos barn. Erling Strand
 «Korleis lærer vi faget vårt?». Intervju med Olav Rutle
 En «ung» leges erfaring med fastlegeordningen. Sirin Johansen
 Hvordan organisere helsetjenesten for de eldre? Peter F. Hjort
 Signifikant bedring. Brev fra periferien.
 Fastlegesystemet – forbilde eller skremmebilde? Jacques Honore
 Hvordan påvirker fastlegeordningen arbeidet på legekontoret? Lars Helling
 Helsestasjonens legekontroller. Bjørg Bjoertveit
 Paviljongen; et gjestehus. Ivar Hartviksen, Helga Holter, Ingeborg Pedersen, Eiliv Lund og Tom Andersen
 Vi trenger oto/oftalmoskop i Latvia. Øyvind Juris Kanavin

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

26

ÅRSTIDEN 1995



Treng vi ein «klinik» samfunnsmedisin?

«Vi må ikke bli så bevisstløse at vi glemmer at legen selv er det viktigste redskap»

Intervju med Berit Tveit

Intervjuer Helge Worren

Berit Tveit har jobbet som allmennpraktiker i Fyllingsdalens siden 1971. Hun er kjent som en klok, glad og engasjert allmennpraktiker. Hun er vinner av årets Solstrandpris med bidraget «Min syke mor – helse-tjenesten». Foredraget er brukt som springbrett for dette intervju.

UTPOSTEN: Du skal ha sagt at du har vært sannspådd mange ganger. Hva ser du nå?

Berit Tveit: Jeg vet ikke hvor sannspådd jeg er. Jeg ønsket meg i sin tid hjelpepersonale, legegrupper og timebestilling. Det kom. Jeg foreslo «grunnlønn» og fikk driftstil-skudd. Jeg ønsket at legene skulle se på seg selv som en slags kniver: noe som trengte vedlikehold og ble dårlige av misbruk. Foreløpig har vi i alle fall fått Legekårsundersøkelsen. Jeg er ikke sikker på hva vi får fremover. Muligens må vi tilbake til en slags øremerking av offentlige midler – denne gang til den kurative helsetjeneste («Stat-helse»?). I et slikt system vil virke-

lig pengene følge pasientene: de kommer fra enkeltmennesker og går tilbake til dem når det trengs. Driftsansvaret tas vekk fra stressede kommuner og fylkeskommuner og gis til de enkelte institusjonene selv.

UTPOSTEN: Er du nostalgisk? Berit Tveit: Både og. Jeg kan selv sagt ha sans for medisinske frem-skritt, men vi har nå så mye avansert utstyr og labprøver at vi blen-des av dette. Datamaskinene kan også være en plage, hvor legene har sin oppmerksomhet og øyne rettet mot skjermen og tastaturet. Reseptblokken kan også for den saks skyld være i veien. Før hadde vi stetoskopet, hanske og alle våre sanser. Glemmer vi det vesentlig-ste? Vi må ikke bli så bevisstløse at vi glemmer at legen selv er det viktigste redskap. Vi må mer tilbake til klinikken. Det kliniske system er gammelt og grunnleggende. Gode journalopptak er viktige. Normale funn er også funn. Jeg er selv datter av en distriktslege og jeg tenker ofte tilbake på hva han hamlet opp med ute i distriktet med lange reiseavstander og lange dager og netter.

UTPOSTEN: Men har ikke sykdomspanoramaet forandret seg mye?

Berit Tveit: Jeg syns ikke sykdoms-

bildet har forandret seg mye, bort-sett fra infeksjoner da. Det som imidlertid har forandret seg dras-tisk er forventningene. Jeg tror faktisk folk var mer realistiske før. Man visste f.eks. at det gikk an å få vondt i magen av å sørge. Fibro-myali f.eks. er jo ikke noen ny til-stand, selv om det er gitt et navn og mange spesialiteter er inne i bil-det. Totaliteten er viktig, og den ser den gode allmennpraktiker. Køene i helsetjenesten er også et uttrykk for økte forventninger. Jeg spør meg selv hvor nødvendig alle kontrollene er. Rutle viste jo i sin tid at 50% av konsultasjonene i allmennpraksis var kontroller.

UTPOSTEN: Er vi som allmenn-praktikere blitt detronisert til rene sorterere?

Berit Tveit: Jeg ser ikke nødven-digvis noe galt i sortererfunksjo-nen. Poenget er måten vi sorterer på. Det dreier seg om en forvalter-rolle. Vi må bruke spesialistappa-ratet fornuftig. Vi kan ofte bli for lite bevisst på prosessen som ligger bak en avgjørelse om henvise/ikke henvise – ofte henvisning til dyre prosedyrer. Å være «intenst ekspektativ» er i høyeste grad en aktiv og bevisst handling. Jeg har selv mange eksempler på at vi også har en nyttig rolle bare ved at vi er der vi er uten at det – ihvertfall til-synelatende – skjer så mye.



UTPOSTEN: Du har sagt at vi har et kompleks overfor penger. Hva mener du med det?

Berit Tveit: Jeg hører fra tid til annen kolleger som gremmer seg over at de må ta penger fra pasientene. Dette skjønner jeg ikke. Det er jo dette vi lever av – tross alt. Jeg har ikke noe imot tak på egenandel, men jeg tror det ligger noe symbolsk viktig og psykologisk riktig for pasientene å få betale for seg. Det gjør pasientene mer likestilt med legene. Pasientene føler at de kan stille rettmessige krav.

UTPOSTEN: Hvilke ønsker har du for fremtiden?

Berit Tveit: Jeg ønsker meg en bedre fordeling av legene – geografisk og i forhold til der folk bor. Jeg ønsker meg større åpning for øyeblikkelig hjelp og bedre tilgjengelighet i form av kortere ventetid. Jeg skulle ønske meg at vi som leger funderer og reflekterer mer over det vi ser og gjør, og ikke alltid er så opptatte av å handle med en gang.



En tale til medarbeideren

v/allmennpraktiker
Svein Slagsvold,
Bogerud legesenter, Oslo

(Tale holdt på festmiddagen under APLF-kurset «Primærlegen og Medarbeideren» august 1995)



Kjære medarbeidere – jeg hadde et mareritt

Det var en mandag i slutten av november. Kontoret var ganske tomt – de andre var på kurs. Det var smått med ledige timer og en travel årstid, men Medarbeideren (som vi for anledningen kan kalle henne) og jeg hadde vært alene før og klart oss godt.

Det regnet og var enda mørkt da jeg ankom legesenteret. Jeg låste meg inn og satt en stund ved PC-en, så gjennom dagens pasienter og lot en stille grå morgenvlund slepe seg hen mot kontorets åpningstid.

Og klokken ble åtte –

og klokken ble ti over åtte ...

Alt var stille – merkelig ... En svak uro steg opp – fra mellomgulvet etsted ... Jeg tenkte: «Hva om hun ikke kommer...» Jeg slo tanken fort fra meg.

Og klokken ble ti på halv ni ... Da hørte jeg en som kom gjennom korridoren. Uroen stilnet og vek plassen for en ... ja var det ikke en ... glede ... «Selvfølgelig – kommer hun», sa jeg til meg selv. Lettet stakk jeg hodet ut gjennom den halvåpne kontordøren og så ned korridoren ...

Presist som et børseskudd traff blikket mitt det velkjente blikket til «Leggsåret». Hun hadde fått det navnet den gamle fruen med et kronisk leggsår vi hadde stelt i 19 måneder (eller var det år?). Jeg hadde hilst kort på henne for så å overlate videre håndtering til medarbeideren. Leggsåret! Det var altså den dagen. Med et lite gys – så jeg henne sitte der, med leggsåret demonstrativt strukket ut fremfor seg ... «Jada! jeg ser at bandasjen er gjennomtrukket ... » mumlet jeg for meg selv.

I et elektrisk øyeblikk før krystalfioletten, zinkbandasjen, kompressionsstrømpen, salvestrømpen, fucidinkompressen og Gud vet hva – gjennom tankene mine.

Jeg sa (halvt til meg selv) «Javel! Et lite øyeblikk så kommer ... legesekretæren. Hun kommer alltid ... »

Ved ordene mine trakk Leggsåret opp et underlig smil, som om hun ante noe jeg ikke ante. En illevarslende følelse steg opp i meg fra mellomgulvet et sted og spredte seg litt utover denne gangen. «Bare et lite øyeblikk ...» stotret jeg frem. Hun smilte igjen ... dette underlige smilet ... «Faen ta ...» mumlet jeg for meg selv.

Litt urolig gikk jeg inn på kontoret, slo opp timelisten på skjermen ... «Hvorfor i all verden var det nødvendig å gjøre den så lang! Så tett! Så ugjennomtrengelig! Det var jo

ikke en luke ... ingen ledige timer noe sted ... ! Hvem er det som har!»

I samme øyeblikk hørtes lyder fra korridoren gjennom den åpne døren ...

«Der! Der kommer hun!» Jeg styrket ut på korridoren

... Langt dernede sto Fatima med vondt overalt og gamle provisor Andersen med verdens mest ubøyelige krav om korttidsplass på sykehjemmet for kona. De sa ingenting – bare sto med store bedende øyne og så på meg.

Da sa jeg: «Hva gjør dere her! ... Jeg mener ... Hvorfor kommer dere nå!?!» Provisor Andersen svarte med sin sedvanlige formelle korrekthet (hvorfor hadde jeg ikke lagt merke til hvor idiotisk den var før?): «Doktoren har selv bedt oss bestille time.»

Jeg sa: «Jasså, har han det ...!»

Og igjen møtte blikket mitt Leggsårets øyne, og dette underfundige smilet... Pokker! I et halvt fortrilende øyeblikk ble korridoren til en klissete salvestrømpe.

Jeg kastet et raskt blikk på klokken Ti på ni ... I samme øyeblikk slo det i ytterdøren enda en gang og enda to pasienter veltet inn på venteværelset.

I det samme begynte telefonene å kime! Det kimte overalt!

Jeg var blitt stående i korridoren ... urolig og i villrede. En fortvilelse hadde grepet om hjerterøttene. Jeg festet det stiveste doktorblikket mitt i de sist ankomme og sa: «Og dere har kanskje også bestilt time! Eller hva?!» En mor med en snørrete jentunge for hånden festet sine lyse blå øyne i meg og sa (for

en vanvittig ting å si!): «Du har jo sagt at det er bare å komme hvis det dukker opp noe akutt».

Jeg sa: «Jasså, så det har jeg sagt! Og når har jeg liksom sagt det? Jeg mener ... Jeg kan da umulig ha sagt noe så vanvittig! Se her... det sitter jo en hel horde her allerede ... Og jeg er alene her – helt alene.» En vag følelse – fra et sted langt tilbake i barndommen blinket til – som et øyeblikks déjà vu og stoppet meg midt i setningen ... Et uendelig dypt sukk steg opp i meg.

Den blåøyde snørrunge-moren så et øyeblikk med vantro på meg inntil blikket hennes roet seg ved ordene mine... Jeg sa: «Det blir nok en orden på dette skal du se ... Hun kommer snart... Hun er nok bare forsiktig.» Snørrungemoren sa: «Men kjære deg doktor – vi vil bare ha en legetime ... Det skal ikke ta lang tid.» Uroen, kaoset og fortvilelsen ble et øyeblikk fordrevet av en refleks som krevet handling og orden. Jeg strammet meg opp, tørket svetten av pannen, rettet på håret, stupte inn i kontoret og kastet på meg den aller mest stivede hvite frakken. «Herregud – jeg får fibromyalgi!!» – for det gjennom meg mens jeg brettet opp kravnen på frakken (noe jeg ellers aldri gjør) – for å tilrane meg noe av min tapte autoritet.

Ganske kort etter befant jeg meg ute i korridoren igjen. Lege-refleksen sto for første setning: «Ja! Værsågod... Det er doktor Slagsvold... Og hvem var først her?» Før jeg fikk fullført setningen – ble jeg klar over fadesen. Leggsåret reiste seg umiddelbart og med en uventet kraft forsvant hun inn gjennom den åpne døren til skiftestuen.

Og omkring meg – overalt – kimte telefonene!!!

Leggsårets energiske forsvinningsnummer fikk meg til med full

kraft å styre etter. Jeg rundet hjørnet med frakkeskjøtene flagrende og så umiddelbart Leggsåret satte i sin vante stol med benet på en irriterende passiv og utrolig provoserende måte lagt opp på krakken.

Jeg sa: «Jamen kan De ikke gjøre noenting selv De da!» Jeg innså i et glimt at jeg var iferd med å miste kontrollen.

Og omkring meg – overalt – kimte telefonene!!

«Er ikke det der akuttelefonen som ringer?» dristet Leggsåret seg frem på og pekte på den røde telefonen. Jeg snerret: «Det skal De bare ikke bry dem om frue,» og fortsatte: «Si meg bare fort hva slags behandling De pleier å få på benet Deres!» Jeg var kommet ned på kne og rev bandasjen av med en rask bevegelse. Hun sa: «Krystallfiolett først.»

I samme øyeblikk dukket Provisor Andersen og snørrungemoren opp: «Jeg vet det blir en korttidspllass ledig til onsdagen ...» «Hun hadde 38,9 – jeg tror det er ørebettelsen»

Jeg sa: «Krystallfiolett!? Var det det du sa» «Hvabehager», svarte Provisoren. «Ørebettelsen», sa Snørrungemoren.

Og omkring meg – over alt – kimte telefonene !

I desperasjon trev jeg krystallfioletten fra hylla og i kastet løsnet korken – og i en uendelig langsom bevegelse – (som i en reklamevideo produsert i helvete) – sprutet den fiolette væskeren i et langt splash over hele den stive hvite autoriteten min....

Og omkring meg – over alt – kimte telefonene!

Fra knestående, med håret i vill uorden, svetten pliplende og med en masse triggerpunkter og tenderpoints og dyspepsi kastet jeg et bedende blikk opp på himmelen (og det pleier jeg heller aldri å gjøre) – og der, på himmelhvelven – mellom Snørrungemoren og Provisoren – sto en engel ... med hvite fjærkledd vinger som beveget seg nesten umerkelig ... svevende med en svak sitring ... Og et stort hvitt lys fylte rommet. Triggerpunktene og dyspepsien smeltet som dugg for en sol...

Og så sa hun (de vakreste ord jeg noensinne husker å ha hørt):

«Jeg ordner det der ...»

«*Jeg ordner det der ...*» (min mor kunne ikke sagt det vakkere).

«Takk for at du kom «Medarbeider» – fikk jeg hvilet frem... «Og lov meg en ting ... Gjør ikke det der en gang til»...



Medarbeiderprosjekt i allmennpraksis



Tove Rød Rutle er utdannet legesekretær og har 20 års praksis som medarbeiter i allmennpraksis. Har interessert seg og arbeidet mye for etterutdanning og motivering av yrkesgruppen.



Olav Rutle er allmennpraktiserende på Jessheim og førsteamannusis ved Institutt for allmennmedisin i Oslo.



Kari Svartjernet er utdannet legesekretær. Praksis fra kommunalt/privat legesenter i Lørenskog. Nå redaktør for Legesekretærtidsskriftet.

Medarbeiderprosjektet er i gang. Sist i juni mottok drøyt 1500 medarbeidere fra hele landet et spørre-skjema.

Spørreundersøkelsen skal kartlegge medarbeidergruppen i allmennpraksis, deres bakgrunn, arbeidsforhold og trivsel.

Disse dataene vil gi kunnskap som er av stor nytte for å sikre medarbeidernes kompetanse og arbeidsforhold, og som gjør det mulig å utføre en god jobb.

Legens medarbeider er ofte en glemt og/eller gjemt gruppe. Vi synes det er mange grunner til at dette bør forandres og ikke minst må medarbeiderne selv ta initiativ.

For ikke mange tiår siden arbeidet primærlegen alene på sitt kontor, uten kolleger og uten medarbeidere. Etter hvert fikk legene medarbeidere. I begynnelsen var det gjerne legens kone som hjalp til, og for ca 30 år siden begynte legene å slå seg sammen i gruppe-praksiser. I dag er det nesten ingen lege som arbeider uten medarbeider, og langt over halvparten arbeider sammen med kolleger i en gruppe-praksis. At legene i stadig større grad har organisert seg i gruppe-praksis har gjort at medarbeiderne i enda større grad er uunnværlige.

Man kan rett og slett ikke drive en gruppepraksis uten medarbeidere. Denne utviklingen ble fanget opp av Lægeforeningen som i 1968 tok initiativet til en egen utdanning for medarbeidere på legekontor – legesekretærer.

Nye krav til medarbeidere?

Men ikke bare den praktiske organiseringen av primærlejetjenesten nødvendiggjør bruk av medarbeidere. Andre utviklingstrekk har vært medvirkende til, og vil i fremtiden føre til, at medarbeiderne får en enda mer sentral posisjon. Sykdomsmønsteret i allmennpraksis har i økende grad blitt dominert av folk med kroniske sykdommer og eksistensielle problem. Mange

trenger like mye en samtalepartner som medisinsk ekspertise, en man kan dele sine bekymringer og problemer med. Her vil legens medarbeider kunne få en sentral rolle, både ved å være samtalepartner, ved å gi råd og veiledning, og være en silefunksjon for hvem som har behov for medisinsk ekspertise.

Arbeidsformen på legekontorene vil trolig forandres. Fra en ren individuell tilnærming er det en trend mot behandling av grupper av pasienter, der man, gjerne for å styrke egenomsorgen, tilbyr veiledning og informasjon. Blir fastlegesystemet den nye organisasjonsformen vil dette bli enda mer aktuelt, særlig med tanke på forebyggende aktiviteter. Her blir medarbeideren sentral, både som organisator og deltaker i aktiviteten. Fordi presset på sykehuseiene øker, må man også regne med at flere og flere pasienter blir henvist til primærhelsetjenesten for kontroll og oppfølging. I denne situasjonen blir også medarbeideren sentral ved f. eks. veiledning om rettigheter og tilbud, ved sårbehandling, kontroll av prøver, osv.

Arbeidet på legekontoret er et teamarbeid. Skal et team fungere godt er det viktig at hvert medlem av teamet er klar over sin oppgave, er skolert og har tilstrekkelig erfaring for å utføre denne. På primærlegekontoret er medarbeiderne ansiktet utad. De har en viktig oppgave i organiseringen av tjenesten, møte med pasientene og siling og prioritering av oppgavene. Svikter medarbeideren i noen av disse oppgavene lider kvaliteten og effektiviteten i hele teamets, legekontorets, arbeid. Fordi legekontoret som regel er en liten enhet vil en slik svikt bli svært godt synlig.

Primærlegene er pålagt ansvar for å kvalitetssikre sine tjenester. Men kvalitetssikring av legekontoret er mer enn å sikre legens kompetanse og arbeidsoppgaver. Legens medarbeidere er en viktig del av dette, både når det gjelder å kvalitetssikre rutiner og arbeidsoppgaver, men også når det gjelder å sikre egen kompetanse og utvik-

ling. Legekontoret blir aldri bedre enn det det svakeste ledd tillater. Det er i dag liten kunnskap om den kompetanse medarbeiderne på legekontorene har. Det er også et spørsmål om de har mulighet for å utvikle og vedlikeholde sin kompetanse. Særlig med tanke på de oppgaver som er beskrevet ovenfor er det viktig at ikke bare legene men også medarbeiderne settes i stand til å ta på seg disse oppgavene og gjennomføre dem med høy kvalitet.

Et annet moment som er viktig for å oppnå høy kvalitet er arbeids-takernes arbeidsforhold og trivsel. Dyktighet og kompetanse gir ikke alene et godt fungerende legekontor. Arbeidsglede, tid til å utføre oppgavene, vennlighet, innlevelse og forståelse er viktige elementer for at legekontoret skal fungere godt. Spørsmålet er om medarbeiderne har arbeidsvilkår som muliggjør dette?

Arbeidet som medarbeidere er et omsorgsarbeid, det er et underordnet arbeid og det er et typisk kvinnearbeid. Som kvinner er medarbeiderne i stor grad avhengige av gode relasjoner i sitt arbeid, både til overordnet og til de som skal betjenes (1). Kvinner kan også ha vanskelig for å skjerme seg, såkalt være profesjonelle, i forhold til både medarbeidere og pasienter. Dette kan gi positive effekter med mange relasjoner og mye vennskap, men kan også virke negativt. Hvordan klarer medarbeiderne denne posisjonen, hvilken effekt har det på trivsel og helse?

I løpet av de siste 30 årene har medarbeiderne blitt en viktig gruppe i primærhelsetjenesten. Det gjelder både i kvantitet og kvalitet. Det er derfor etter vår mening på høy tid at det gjøres en kartlegging av medarbeidere i allmennpraksis, deres bakgrunn og deres arbeidsforhold. Bare ved å få slik kunnskap kan man sette inn tiltak som kan sikre kvaliteten på denne delen av helsetjenesten, sikre medarbeidernes kompetanse og muligheter for å utføre en god jobb.

Vi vet veldig lite om medarbeidergruppen

Det er sparsomt med kunnskap om denne gruppen av helsetjenestearbeidere. Mathisen og Ruud (2) intervjuet i 1977 medarbeidere og leger i 15 legepraksiser om medarbeidernes bakgrunn og arbeidsforhold. I 1978 kartla Rutle (3) allmennpraksis, innhold og organisering, gjennom et spørreskjema til 1300 allmennpraktiserende leger. Begge undersøkelsene viste stor variasjon i mengde medarbeidere per lege, medarbeidernes bakgrunn og hvilke arbeidsoppgaver de utførte. Organisering av arbeidet, ledelse og vedlikehold av kompetanse syntes det å skorte en god del på. I en annen undersøkelse fant Rutle og Forsen at mengde hjelpepersonell ikke hadde stor betydning for hvilke tiltak legen satte i verk, men det økte bruken av laboratoriet og antall pasientkontakter, men reduserte antall sykebesøk.

Utenom disse undersøkelsene, som snart er 20 år gamle, vet man lite eller ingen ting om denne gruppen av helsetjenestearbeidere. Så langt vi vet er det heller ikke undersøkt hvordan denne gruppen har det i andre skandinaviske land. Fordi organisering av helsetjenesten og av allmennpraksis er forskjellig fra land til land, og type medarbeidere og deres funksjon også varierer, er det i allefall vanskelig å bruke resultater fra andre land.

Vi ønsker å gi svar på spørsmålene:

Hjem er medarbeiderne i allmennpraksis? Hvordan trives de med sitt arbeid, og hva påvirker trivselen?

Hvordan er helsetilstanden deres, påvirker arbeidsforholdene helsa?

Er utbrenhet et problem blant medarbeidere?

Hvordan er medarbeidernes mulighet til medbestemmelse på arbeidet?

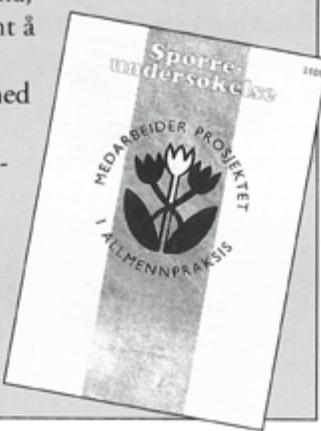
Det er ikke for sent å besvare spørreskjema!

Er du en av dem som har mottatt spørreskjema, men ikke har besvart, er det ennå ikke for sent å gjøre det.

Har du mistet spørreskjema, ta kontakt med oss i prosjektgruppa så sender vi et nytt.

Lurer du på noe i forbindelse med skjemaet, svarer vi gjerne på spørsmål.

Tove Rutle, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22 Fax 63 97 16 25 (jobb)
Kari Svartjernet, Harald Sohlbergsvei 28,
1064 Oslo Tlf. 22 05 36 49 (jobb)



Vi har sendt ut 1500 spørreskjemaer til medarbeidere over hele landet

Spørreskjema er utviklet av prosjektgruppa. Spørsmålene er dels nye og spesielt tilpasset svarergruppa, dels tatt fra Legekårsundersøkelsen som ble utført i 1993. Grunnen til at vi har brukt spørsmål fra Legekårsundersøkelsen er for det første at den er rettet mot personell i helsetjenesten. Den berører således mange av de samme tingene vi er interessert i å få kunnskap om. For det andre vil det være interessant å sammenligne de to undersøkelsene, fra to ulike personellgrupper i helsetjenesten.

Vi startet arbeidet på ideologisk grunnlag høsten 1994 og er selv-

sagt veldig spent på resultatet. Foreløpig er vi noe skuffet over svarprosenten som per dags dato er 60%. Men vi håper at med ytterligere purringer og økt omtale, vil både leger og medarbeidere se at resultatene vil kunne påvirke arbeidet på legekontoret på en positiv måte.

Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Den norske legeforenings kvalitetssikringsfond som sier at «det er legen som er ansvarlig for driften av sitt kontor og sine medarbeidere. Det er viktig å sikre medarbeidernes kompetanse og arbeidsforhold. Fondsutvalget forventer at prosjektet vil gi verdifulle opplysninger med tanke på senere tiltak». Vi er svært glad for denne

støtten. Prosjektet har også fått økonomisk støtte fra Norsk Helsesekretærforbund og fra Kommunalansattes fellesorganisasjon. Dette er til stor oppmuntring for prosjektarbeidet.

Tove Rutle og Olav Rutle
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Kari Svartjernet
Harald Sohlbergsvei 28, 1064 Oslo

Litteratur

1. Hammarström A, Hovelius B. Kvinnors hälsa och ohälsa ur et könsteoretiskt perspektiv. Nord Med 1994; 109: 288-91.
2. Mathisen R, Ruud A. En studie av hjelpepersonellets rolle i almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1979; 99: 479-81.
3. Rutle O. Primærlegen ut av skyggen. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 1-1981.
4. Rutle O, Forsen L. Allmennpraksis – tema med variasjoner. Ein analyse av årsaken til ulike arbeidsmåtar i primærlegetjenesta. Oslo: Statens institutt for folkehelse, Gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 8-1984.
5. Aasland OG, Falkum E. Legekårsundersøkelsen. Responsen på spørreskjemaundersøkelsen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3052-8.

Redaksjonen ønsker
alle leser en
Riktig God Jul!



Fastlegeordningen – et hinder for rehabilitering?

Tekst: Nanna Hauksdottir



Nanna Hauksdottir, Studieleder ved fysioterapeututdanningen, Høgskolen i Tromsø. Født på Island 1949. Utdannet fysioterapeut i Oslo 1972. Har div. arbeids erfaring som fysioterapeut, blant annet kommunefysioterapeut ved Mortensnes helse- og sosialsenter i Tromsø 1976-83, og sjeffysioterapeut i Tromsø kommune 1983-90. Høgskolelærer ved fysioterapeututdanningen fra 1991. Studieleder fra 1994. Folkehelsekandidat UiTØ 1988.

Fastlegeforsøket har vært tema i de siste numrene av «Utposten», og vi har fått belyst forskjellige sider ved ordningen utifra de erfaringer man hittil har gjort i forsøkskommunene. Såvidt jeg kan se har ingen tatt opp hvilke konsekvenser et fastlegesystem kan få for rehabilitering i kommunene. Derfor ser jeg behov for å skissere erfaringene vi har i Tromsø på dette området.

Offentlige utredninger har de senere år vektlagt medisinsk rehabilitering som et viktig innsatsområde for helsevesenet. I kommunehelseloven pålegges kommunen et betydelig ansvar for å utvikle slike tiltak (1-3). Men som det fremgår av blant annet Helsedirektoratets veileder 3-91 «Medisinsk rehabilitering» (4), har det skjedd svært liten utvikling av rehabiliteringstiltak i kommunene siden loven kom i 1982.

Flere offentlige utredninger fremhever fastlegeordning eller lisstepasientsystem som en måte å bedre tilbuddet til de eldre, kronisk syke og funksjonshemmde på (1,4,5). Det er disse gruppene som har størst behov for rehabiliteringstiltak. Om fastlegeordninga har bedret kontakten mellom den enkelte lege og disse brukerne er det vanskelig å si. Imidlertid er min påstand at innføring av fastlegeordninga i Tromsø har virket direkte hemmende for arbeidet med rehabilitering.

Jeg skal her prøve å begrunne denne påstand, med utgangspunkt i hvilke forutsetninger som må være tilstede for å få til rehabilitering, samt hvilke konsekvenser for organisering av helsetjenesten fastlegeordningen har resultert i.

Hva er rehabilitering?

Medisinsk rehabilitering er blitt definert som: «Helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser» (4).

Medisinsk rehabilitering er med andre ord helsevesenets

bidrag til rehabiliteringsprosessen i en fase hvor helseproblemene er dominerende for den enkelte pasient, og hvor disse begrenser pasientens ønskede livsutfoldelse.

Rehabilitering er en prosess der den funksjonshemmde står i sentrum. Prosessen omfatter både den funksjonshemmde og hans/hennes totale livsvilkår. Det vil alltid kreve medvirkning fra flere sektorer innen helsevesenet, evt. også fra andre etater.

Det som karakteriserer rehabiliteringsprosessen er:

- vektlegging av funksjon
- vektlegging av den enkeltes ressurser mer enn mangler
- fokus på individet i den sammenheng det lever i

Rehabilitering er dermed hverken behandling eller pleie, men en egen virksomhet, som alltid vil innebære tverrfaglig eller også tverrstatlig samarbeid. Nøkkelpersonell vil være leger, fysioterapeuter og sykepleiere, i tillegg til ergoterapeuter, sisionomer og psykologer.

Til tross for at dette har vært et satsingsområde, har lite skjedd i kommunene. Hittil har kun en tredel av kommunene opprettet samarbeidsteam, og enda færre har laget plan for rehabilitering. Det er nok mange grunner til at denne prosessen går så tregt. Det er tungt å få dreid den tradisjonelle behandlings- og pleievirksomheten over mot mere rehabiliteringsrettet tilnærming.

I St.meld. 50 (1993-94) Samarbeid og styring (5) fremheves behovet for hensiktsmessig organisering av rehabiliteringsvirksomheten, og det står videre: «...Målrettet samarbeid kan, i mange tilfeller, gi et bedre tilbud til brukerne uten at ressursene må økes.»

Hjem er rehabiliterings-pasientene?

De som trenger rehabiliteringsrettede tiltak kan deles inn i 4 kategorier:

1. De som har hatt et brått fall i funksjonsevne, der man kan regne med full gjenvinning av funksjon (eks. ukomplisert lår-halsbrudd).
2. De som har fått brått fall i funksjonsevne, men hvor det ikke er mulig å gjenvinne full funksjon (eks. sequele etter apopleksia cerebri).
3. De som får gradvis tap av funksjonsevne (eks. eldre, pas. med langvarige belastningsplager, fibromyalgipasienter).
4. De med kronisk progredierende sykdom (eks. MS-pas., andre neurologiske lidelser).

Legen har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet overfor alle disse pasientene.

Pasienter i kategori 3 er kanskje

de som sjeldnest blir møtt med rehabilitering, men som det nettopp er viktig å få tak i, før rollen som hjelptrengende har skjøvet andre viktige og verdsatte roller i bakgrunnen. Som «portvakt» kan legen fange opp disse pasientene på et tidlig stadium, og sørge for at rehabiliteringstiltak settes igang før funksjonstapet er blitt for stort.

Situasjonen før innføring av fastlegeordninga i Tromsø

Tromsø kommune har lang tradisjon med regionalisert helse- og sosialtjeneste og tverrfaglig samarbeid. Det første helse- og sosialsenteret ble åpnet i 1974; to nye fulgte senere. Alle kommunens helse- og sosialplaner har bygget på regionaliseringsprinsippet, et prinsipp som etterhvert er blitt befestet både blant helsepersonell og innbyggere.

Etter betydelig arbeid og bevisst satsing har man klart å justere sammen virksomhetsgrensene

for sosialtjenesten, helsesøster-tjenesten, hjemmesykepleien, kommunefysioterapeutene og kommunelegetjenesten. Til og med privatpraktiserende leger og fysioterapeuter ble innpasset i de felles grensene, også de med et slags regionansvar.

I flere distrikter var det etablert faste samarbeidsrutiner mellom de forskjellige yrkesgruppene. Samarbeidet ble dyrket frem over tid, hvor partene ble kjent med hverandre og kunne begynne å få til effektivt og målrettet samarbeid. Alle som har vært i tverrfaglige samarbeidssituasjoner vet at det tar tid å få til godt og effektivt samarbeid. Kjennskap til de andre faggruppene og deres kompetanseområde er nødvendig, og kjennskap til hverandre som personer er også en stor fordel for å opparbeide gjensidig tillit i en samarbeidssituasjon.

Dette var de organisatoriske forutsetningene i kommunen da fastlegeordningen ble iverksatt. En struktur som i seg selv innebar

Fastlegesystemets skjebne?



samarbeidsteam rundt den enkelte pasient eller familie. Forutsetningene lå m.a.o. godt tilrette for rehabiliteringsarbeid, jfr. St.meld.50.

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen i Tromsø ble innført i en periode der det nærmest var krise i legetjenesten. Det var vanskelig å få leger til de kommunale stillinger samtidig som turnover var høy. Legetjenesten var kommet inn i en ond sirkel, med lang ventetid til behandling, for få stillinger i utgangspunktet, overbelastning og utbrenhet blant de ansatte. Samtidig var det liten politisk vilje til å øke ressursene til legetjenesten.

I denne situasjonen kom muligheten til å være med på et prøveprosjekt som «manna fra himmelen», selv om prosjekter i seg selv sto i kontrast til all tidligere helsepolitisk tenkning i kommunen.

Det ble ikke opprettet flere stillinger, men alle legene ble privatpraktiserende, med egne lister, og leieavtale med kommunen. Reduksjon av ventetid ble et hovedmål.

Det er ikke vanskelig å forestille seg hvilken dreining legetjenesten har tatt, når samme antall leger skal ha ansvar for like mange pasienter på kortere tid, og det er lagt økonomiske incitamenter i antall behandlede pasienter.

Fastlegeordningen har betydd at regiongrensene ble opphevet for legetjenesten. Mens alle de andre helse- og sosialpersonellgruppene fortsatt har sammenfallende grenser, er legene trukket ut. Legen må nå forholde seg til flere team der som hun/han ønsker å samarbeide om sine pasienter. Igjennom denne organisatoriske endring av legetjenesten er vilkårene for tverrfaglig samarbeid svekket. Vilkårene er svekket, og det er også legenes prioritering av samarbeid. Alle tidligere etablerte faste samarbeidsmøter opphørte den dagen fastlegeordninga ble innført!

At legene er blitt privatpraktiserende trenger ikke i seg selv å være til hinder for samarbeidet. Blant annet skal det finnes en helt akseptabel takst for tverrfaglig samarbeid. Det ser ut til at kravet om redusert ventetid til lege har fått større gjennomslagskraft enn andre kvalitetskrav i behandlingen.

Konsekvenser for rehabilitering

Rehabilitering forutsetter helhetlig tilnærming og tverrfaglig samarbeid. Legene har en viktig rolle i rehabilitering, man må derfor regne med at rehabiliteringsarbeidet blir skadelidende når legene ikke deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter.

Når tverrfaglige møter er en del av arbeidsformen blir perspektivet videre og man ser flere innfallsvinkler på en situasjon. Da ser man gjerne muligheter utover sin egen faglige tilnærming og kommer nærmere en rehabiliteringstankegang i sin arbeidsform.

Det er fare for at det perspektivet forsvinner når møtepunkten med andre helse- og sosialpersonellgrupper blir borte.

Mens det før var faste samarbeidspartnere og team basert på regionalisering, må det nå etableres samarbeidsforsa rundt den enkelte pasient eller familie der som legen skal være med.

Det er blitt en organisatorisk (og holdningsmessig?) barriere mot samarbeid som ikke var der før fastlegeordningen ble innført. Legetjenestens vektlegging av korrekte konsultasjoner og reduserte ventelister er også lite forenlig med en rehabiliteringstankegang.

Konklusjon

Innføring av fastlegeordning i Tromsø har hemmet og ikke fremmet rehabiliteringsarbeid i kommunen. Det virker paradoksal når helsemyndighetene på den ene siden vektlegger rehabilitering som et satsingsområde, mens man på

den andre siden velger å gå inn på organisatoriske endringer for legetjenesten som faktisk virker motsatt.

Det er ingen tvil om at regionalisering egner seg bedre enn fastlegesystemet til å ivareta rehabilitering og tverrfaglig samarbeid. Det ser imidlertid ut som at fastlegesystemet er kommet for å bli. Dersom rehabilitering allikevel skal kunne ivaretas må det tilrettelegging til, eksempelvis med fastlegeordning innenfor regionale rammer.

*Nanna Hauksdottir
Strandvn. 175 A
9006 Tromsø*

Litteratur

1. Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. St.meld. nr. 36 (1989-90). Oslo: Sosialdepartementet.
2. Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. St.meld. nr. 41 (1987-88). Oslo: Sosialdepartementet.
3. Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Ot.prp. nr. 36 (1980-81). Oslo: Sosialdepartementet.
4. Medisinsk rehabilitering – planlegging og organisering. Oslo: Helsedirektoratets veiledingsserie 3-91, 1991.
5. Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste. St.meld. nr. 50 (1993-94). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.



Scandinavian Journal of Primary Health Care: Takk for meg!

Tekst:
Knut Arne Holtedahl



Knut Arne Holtedahl, cand. med 1969. Distrikts- og kommunelege fra 1973 til 1989, en-dag-i uken-praktiker etter det. Dr. med. 1991, nå professorstipendiat i allmennmedisin ved Universitetet i Tromsø. Glad i ord som har tatt en sving innom hjerte og hjerne.

Fyrtårn, flaggskip, faglig søyle; jeg har tumlet litt med stikkord til overskrift. Jeg vil så gjerne formidle at SJFPC lyser på den allmennmedisinske himmel, seiler i bresjen mot nye faglige må, er en del av fundamentet for moderne allmennmedisin. Men lys, skrog og byggverk gir lite lyd fra seg, hverken mediastøy eller kampgn. Kanskje må man se lyset, seile ski-

pet eller bo i huset før det kan oppstå tillit og fortrolighet.

Ved nyttår slutter jeg som nasjonal redaktør for Scandinavian Journal of Primary Health Care (SJPHC). Det har da gått seks år siden Norsk Selskap for Allmennmedisin kalte meg til vernet. I perioden er godt over 100 norske manus blitt redaksjonelt behandlet. Artikler fra mitt eget fagmiljø er blitt behandlet av assisterende redaktør Geir Jacobsen. Ellers er tallrike artikler fra utenlandske forfattere blitt referee-(konsulent)-bedømt av redaktørene og sjef-redaktør Christian Borchgrevink. Det kan være tid for å dele noen tanker om tidsskriftet med Utpostens lesere. Det er viktig av SJPHC får leve videre.

Hva kan SJPHC by på?

Endel arbeid er gjort for å få SJPHC til å bli et lesevennlig tidskrift. Det er gjort betydelige endringer i lay-out, og typestørrelsen har økt i sammendrag og artikkeltekst. Det er innført strukturerete og dermed lettleset sammendrag, og det er blitt lettere å få oversikt over innholdsfortegnelsen på bladets bakside. En «vaskeseddelen» med en kort beskrivelse av innholdet følger hver utsendelse.

Det er viktig å forstå den principielle forskjellen på «Tidsskrift for Den norske lægeforening» (TDNL) og SJPHC. TDNL innbyr til perm-til-perm-lesing. SJPHC er og bør være et *smalt* tidsskrift. SJPHC bør sjeldent leses fra perm til perm og kan ikke forventes å interessere alle kolleger.

SJPHC har sin nisje, både når det gjelder stoff og lesere. Ikke desto mindre skal den enkelte allmennpraktiker hver gang finne *noe* av interesse.

Videre er det viktig for å få utbytte av SJPHC og de fleste spesialiserte tidsskrifter, at man venner seg til å lese differensiert: Jeg starter med innholdsfortegnelsen. For noen titeler vil jeg være interessert i å lese sammendraget. I enkelte tilfelle vil det lede meg videre til for eksempel metodebeskrivelsen eller diskusjonen, mens jeg hopper over resten. I noen få tilfelle vil jeg bli så interessert at jeg leser hele artikkelen nøye. Kriteriet for min interesse kan være at temaet opptar meg for tiden, at jeg nylig hadde en pasient med denne problemstillingen, eller at det generelt virker som en solid og god artikkel med spennende funn og konklusjoner. Motivene er forskjellige, og slik skal det være.

I NSAM, et forum for de faglig spesielt interesserter allmennpraktikere, kan det anses berettiget å la det følge noen faglige forpliktelser med medlemsskapet. Kollektivabonnement til ca. kr. 95/år er neppe noen urimelig ordning. Alternativet har vært uklart, i beste fall er det frivillig abonnement til minst den dobbelte prisen. I verste fall må tidsskriftet nedlegges fordi økonomien blir for dårlig. Det viktigste i saken er likevel ikke kollektivabonnementet, men at NSAMs styre og medlemmer forplikter seg til å føre SJPHC videre, selv om det koster i en eller annen sammenheng. Signalene fra de andre nordiske landene kan også

skifte. I perioder kan det bli NSAMs oppgave å være veiviser.

Hva er SJPHCs øvrige kvaliteter?

Fra lenge før jeg ble redaktør, har SJPHC ført en konsekvent linje med hensyn til refereevurdering av alle manus. SJPHC er registrert i den viktige Medline-databasen, som er en gullgruve for alskens litteratursøk. For de som skriver, betyr det at kolleger over hele verden lett kan finne fram til deres artikkel og bygge videre på den i eget arbeid. På den måten er SJPHC med på å bygge kunnskaps- og erkjennelsesfundamentet for vårt fag. Engelskspråklige alternativ er ikke mange: et par allmennmedisinske tidsskrifter i Storbritannia, det nye, Hallands-baserte «The European Journal of General Practice», og ett eller to «family medicine»-tidsskrifter i USA. Det er neppe feil at det av geografiske grunner er vanskeligere

for en Norden-boer å nå fram i disse tidsskriftene.

En positiv bi-effekt for norsk allmennmedisin, er at også referee-oppgavene er lærerike. Oftest brukes både en allmennpraktiker og en sykehus/basalfagspecialist som referees på en artikkel, oftest supplert av en av de nordiske redaktørene. En referee kan etterpå sammenligne sin egen vurdering med tilsentt anonym utskrift av vurderingen fra den andre referee. Det er også vanlig å kombinere en erfaren referee med en mindre erfaren, for å spre den faglige læringen. Allmennpraktikere som har lyst til å forsøke seg på en referee-oppgave inviteres herved til å kontakte redaksjonen!

Manusforfattere får referee-komentarene anonymt tilsentt. Det er ikke lite lärestoff som kan ligge i en slik tilbakemelding. Nasjonal redaktør supplerer med sin vurdering, for å få «riktige» og konsekvente vilkår for publisering.

Ofte får forfatteren en sjanse til å forbedre sitt manus.

SJPHC-fagutvikling leve!

Jeg takker for lærerike redaktør-år og ønsker nyredaktør Geir Jacobsen lykke til. Mitt avskjedsønske til Utposten-lesere er at de og alle andre allmennpraktikere begynner å se på SJPHC som like viktig og positivt som det strålende bladet Utposten. Det er alvorlig ment, Utposten har fra starten vært tilpasset viktige behov for allmennmedisinske lesere. SJPHC og Utposten supplerer hverandre og kler hverandre! De er like viktige som NSAMs referansegrupper, faglig innhold i videre- og etterutdanning, allmennmedisinske fagbøker og alle de andre stjernene, fullrigerne og pillarene i faget.

Knut Arne Holtedahl

Institutt for Samfunnsmedisin
9037 Universitetet i Tromsø



Takk for et flott blad! I nr. 4/95 var dere skuffet over lav svarprosent på kasuistikkene og jeg ønsker derfor å «kline til» med en besvarelse på «eksamensoppgavene» i nr. 5.

Terminalomsorg dreier seg om symptomlindring spesielt i forhold til fysisk, psykisk, sosial og åndelig smerte. Dette stiller store krav til legen og pasientens omgivelser. Det er viktig at pasienten støttes i sitt ønske om å få dø hjemme uten skyldfølelse for dette. Ved at legen viser omtanke, innlevelse (både for pasienten og pårørende) og kan sette inn effektive palliative tiltak føler pasienten trygghet og kan slappe av og få en god tid sammen

Til Utposten

med sine nærmeste på slutten. Morfin gis liberalt men kan ofte nedtrappes når pasienten blir trygg. Legen må utnytt sine kunnskaper om familien og kommunens tilbud maksimalt etter samråd med pasienten og pårørende (hjemmesykepleie, avlastning, sogneprest, naboer) og sikre kontinuitet i legeoppfølgingen. Dette er «guddommelig» legearbeid. Bruk takstheftet! Wilhelm Uthaug skal få dø hjemme ut fra pasientens ønske og ved henvisning til Lege-loven og Lov om helsetjenesten i kommunene.

Legevaktpasienten på 83 år har vel fått et anfall av pseudodemens utløst av lungebetennelse eventuelt akutt hjerteinfarkt med svikt/lungeemboli. Diagnosen er vanskelig under legevakt med enkelt utstyr. Avgjørende må være auskultasjon av hjerte/lunger, tegn på svikt, cyanose, DVT, UVI og urin-

retension. Blir mer forvirret av å komme på sykehus og bør få behandling hjemme for sin lungebetennelse om mulig.

Odd Olseth har ut fra sykehistorie og symptomer 60% sannsynlig en tensjonshodepine, 25% sannsynlig en depresjons og angst tilstand og 15% sannsynlig «andre tilstander» som migrane, hypertoni, sinusitt temporalarteritt, tumor cerebri osv. Det kan også være blandingsstilstander. Etter en klinisk u.s. blir det viktig å samtale om hans psyko-sosiale situasjon eventuelt med en depresjonstest (f.eks. MADRS). Antagelig blir den viktigste behandling å berolige pasienten, avspenningsøvelser og eventuelle tillegg av amitriptylin/paracet under oppfølging.

Med vennlig hilsen
Henrik Barstad
Dalslia 22, 1360 Nesbru



JOHN GUNNAR MÆLAND

Helhetlig hjerterehabilitering

Helhetlig Hjerterehabilitering



JOHN GUNNAR MÆLAND

HøyskoleForlaget

Høyskoleforlaget, Kristiansand,
1995. 150 sider, NOK 298,-.

Meld av Geir Sverre Braut

Du har gjort ein god jobb her, John Gunnar Mæland! Boka er lettlesen, konsis i språket og har ein enkel, men likevel tiltalande typografi.

Boka er skriven for helsepersonell og andre som deltek i systematisk trening av personar som har gjennomgått koronar hjartesjukdom. Med det omfanget slik trening no har kring i landet, er det eit tydeleg behov for ei slik bok. Ikkje å gløyma – ho vil også vera nyttig for allmennmedisinaraar som skal gje råd til hjartepasientar

om deltaking eller ikkje i allmenne trimaktivitetar. Og dessutan gjev ho for dei fleste av oss ein nødvendig repetisjon av allmenn treningsfisiologi.

Men dette er ikkje det viktigaste ved boka. Sjølv tykkjer eg at ho kan stå som eit godt døme på ekte sosialmedisinsk arbeid. Mæland har makta å skriva ein tekst der fisiologisk, psykologisk og medisinsk kunnskap er kopla saman til ein heilskap. Det er moro for ein gongs skuld å lesa ein tekst av ein medisinar der det farmakologiske ikkje er gitt prioritet mellom behandlingsprinsippa. Såleis kan ho også lesast med utbytte om ein rett og slett ønskjer å læra noko om korleis pasientretta sosialmedisin kan gjennomførast i praksis. Midt i mellom teorien formidlar forfattaren også vesentlege røynsler frå lang verksemd innan det aktuelle feltet.

Med sin sosialmedisinske bakgrunn, har forfatteren også hugsa på eit avsnitt om yrkesmessig rehabilitering. Om eg skulle nemna noko som eg saknar, måtte det vera meir om bruk av verkemidla i folketrygda i dette kapitlet. Sjukepengar og rehabiliteringspengar er viktige verktøy i slik arbeid.

Boka omtalar tryggleiksrutinar på ein kort, men likevel overtydande måte. Litteraturreferansane er omfattende og framstår som truverdige. Stikkordregisteret er også tilfredsstillande.

Konklusjonen på det ovanfornemnde bør då vera at boka vil vera eit godt kjøp både for legar og fysioterapeutar i kommunehelsestenesta.



*Behandling av slagpasienter.
Konsensuskonferanse.
Rapport nr. 8 fra Komitéen for
medisinsk teknologivurdering.
Norges forskningsråd 1995.
112 sider.*

Anmeldt av Heid Nygård

Denne boka er eit referat frå konsensuskonferansen om slagpasientar 17.-18. januar 1995. Konsensuspanelet er breitt fagleg samansett. Konferansen hadde 17 ulike innlegg der slagpasientens problem vart teke opp frå mange ulike synsvinklar. Det kom også mange engasjerte innlegg frå dei 300 deltarane.

Slag er eit stort medisinsk, helsemessig og personleg problemkompleks. 16.000 personar vert årleg ramma av slag. Av desse dør 1/5. Dette er 12% av alle dødsfall i Norge. Denne sjukdomsgruppa er den mest krevjande i høve til pleiedøgn i somatisk del av helsevesenet.

Dei siste åra har me sett at interessa for slagpasienten sin behandling og rehabilitering har vore aukande. For den enkelte som vert ramma av slag, vil dette medføra endringar, i varierande grad, i høve til livssituasjon og livsutfalling. Slaget får også store konsekvensar for livet til dei nærmaste rundt den slagamma.

Innan helsevesenet er det svært mange personellgrupper som kjem i kontakt med slagpasienten, på ulike nivå innan helsetenesta.

Oppgåvane er tredelt. Pasient, pårørende og helsevesenet ynskjer i første omgang å avgrense skadene i den grad det er mogleg. Mykje av

Behandling av slagpasienter

forskinga er retta mot dette. Den neste oppgåva for den slagamma og gruppene rundt han er å nå eit så høgt funksjonsnivå som er oppnåelig. For mange vert det likevel ein varig tilstand, der tilrettelegging av miljøet og tiltak for å letta tilværet for den einskilde er ei stor oppgåve for mange faggrupper rundt pasienten.

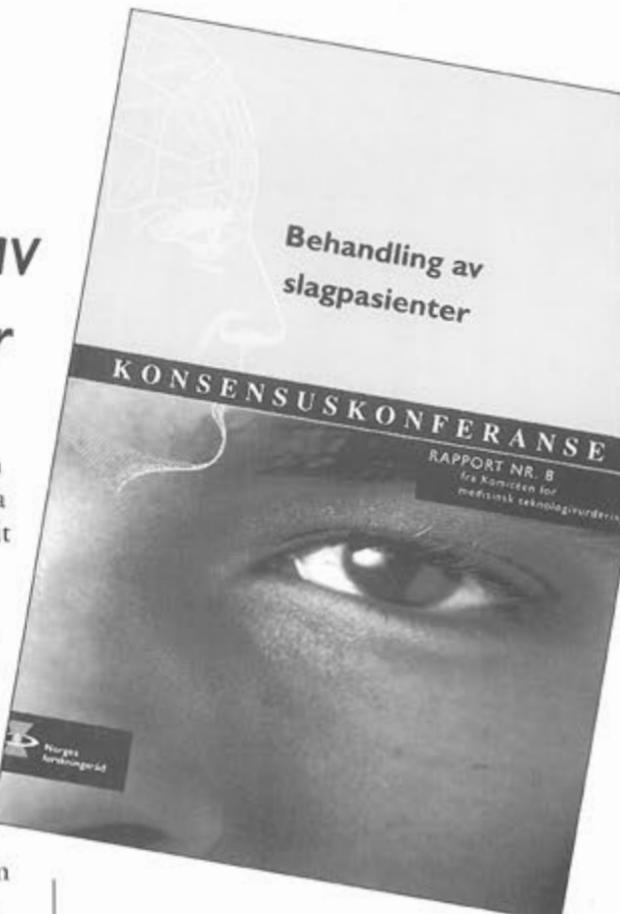
I alle desse fasane er det ulike personar og faggrupper som kvar står for sin bit av heile problemkomplekset rundt den slagamma.

Konsensuspanelet freistar å koma fram til retningslinjer for kva som er gunstig behandling og helsepolitisk fornuftig i høve til ressursbruk.

Følgjande spørsmål vart tekne opp.

1. Kva er hjerneslag?
2. Kva er forsvarlig akuttilbod?
3. Korleis bør utredning og behandling organiserast i akuttfasen på sjukhus?
4. Kan klassifisering av hjerneslag gje retningsliner for behandling og rehabilitering?
5. Kva er forsvarleg behandling, rehabilitering utover akuttfasen og organisering av denne?
6. Kva ressurser krevst for forsvarleg behandling av slagpasientar?
7. Kva er dei viktigaste oppgåvene for forskning og kunnskapsformidling innan feltet?

Fokus i panelet er lagt på akuttfasen. Det går fram at det i denne fasen har skjedd mest i høve til forsking og utvikling av nye tilbod. Behandlinga i denne fasen er



mest avgjerande for å avgrense skaden. Det er ei klar oppfatning i panelet at slaget er avgjerande for val av behandling. CT undersøking vert rekna som heilt nødvendig. Mange behandlingsformer er under utprøving, og ein har ikkje eintydige resultat.

Organisering av tilbodet til dei slagamma i slageiningar, har vist seg eintydig positive. Slageiningane er først og fremst kjenneteikna ved eit strukturert opplegg med spesialopplært personale. Tidleg mobilisering og rehabilitering er viktig.

Boka er ordna i kapittel etter kvart av konsensusspørsmåla. I kvart kapittel vert diskusjonen ført og mange underspørsmål vert svara på. I slutten av kvart emne er eit samandrag med konklusjonar. Boka er utforma svært oversiktleg, er lettlesen og inneholder dei viktigaste tema om hjerneslag. Boka kan trygt anbefalast til dei som arbeider med, og har interesse for hjerneslagpasientar.

Heid Nygård
5860 Vik i Sogn



Når nettene blir lange...

UTPOSTENs edb-spalte

med spørsmål, svar og synspunkter om edb og relaterte emner.

Kontaktperson:

John Leer, 5305 Florvåg.

Tlf.: 56 14 06 61 (k) 56 14 11 33 (p) 56 14 40 42 (fax)

x400-e-post: G=john S=leer P=ccmail A=telemax C=no

E-post Internet: john.leer@isf.uib.no

Vår (lille) EDB-spalte prøver stadig å holde leserne oppdatert om allmenne og medisinske edb-relaterte emner.

Windows 95

I løpet av høsten -95 har budskapet om Windows 95 utgått fra Microsoft i USA til hele verden.

Dette er et operativsystem som kan håndtere både 16- og 32-bits program – en videreutvikling av Windows for Workgroups 3.11 med diverse tillegg for 32-bits programhåndtering. Windows 95 – brukergrensesnittet er i store trekk likt det Macintoshbrukerne har hatt i tiår. PC-brukerne har hatt et kjedeligere brukergrensesnitt, men derimot alle de flotte, fikse og snedige programmene.

Windows 95 er for de fleste introduksjonen til 32-bits programmer for PC-brukere.

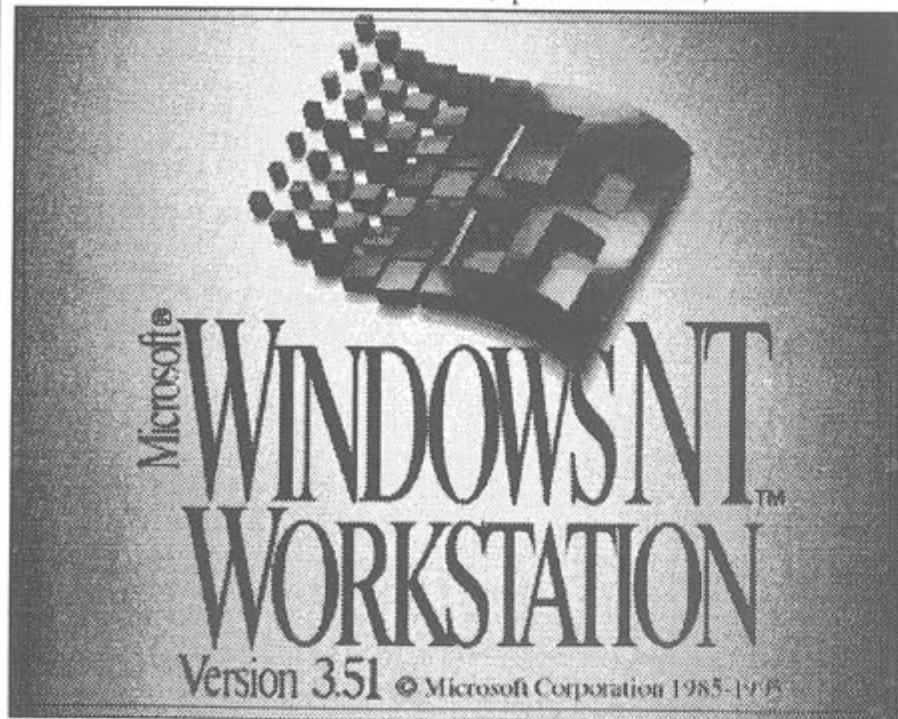
Ryktene sier imidlertid at det nå – etter at Windows 95 ble introdusert – installeres stadig flere Windows NT operativsystem. Det kan være forskjellige grunner til dette.

I «Edupage» (listproc@edu-com.edu) den 5/10-95 refereres synpunkt som sjefen for SUN Microsystems, Scott McNealy, har kommet med til «Investor's Business Daily» samme dag:

«This Windows 95 hairball has become so big, so unmanageable, so hard to use, so hard to configure, so hard to keep up and running, so hard to keep secure.

Windows 95 is a great gift to give your kids this Christmas because it will keep your kids fascinated for months trying to get it up and running and trying to figure out how to use it. The biggest problem in computing today is that people confuse computer activity with corporate output and productivity. These (systems like Windows 95) are not productivity tools, they are personal activity generators.»

Windows NT (New Technology) er et 32-bits system med likhetspunkter til UNIX og SUN. Jeg har prøvd Windows NT som operativsystem på en PC i et Novell-nettverk det siste halve året og kan fortelle om en driftsstabilitet som jeg aldri før har sett maken til. NT foreligger nå i versjon 3.51 og kan forsøksvis også utstyres med et tillegg som gir det et utseende makin til Windows 95. Dette tillegget kan hentes gratis via Internet i programarkivet hos Microsoft. (ftp.microsoft.com).





Selve operativsystemet kan installeres fra 22 disketter eller best fra CD-ROM.

NT kan kjøre 32-bits og 16-bits windowsprogram og DOS-program i vinduer og separate minneområder. Hvis et program får problemer og stopper opp eller «kræsjer», kan det programmet avsluttes og startes igjen uten at resten av systemet går i stå. Mange program kan arbeide side ved side («multitasking») og når det kommer til kommunikasjon ut i Internet er Windows-NT uovertruffen som basis for slik aktivitet.

NT-maskinen bare går og går. Systemet har innebygget høy grad av sikkerhet som brukeren kan definere på forskjellige nivå. Etter at maskinen er startet og operativsystemet er lastet må brukeren logge seg på med brukernavn og passord. I et nettverk kan dette settes opp til å bli en felles pålogging både på arbeidsstasjonen og hele nettverket. For eksternt kommunikasjon – til Internet – kan sikkerhetsnivåene defineres slik at utedokkende umulig kan komme inn på din maskin, men systemet er også ypperlig for den som ønsker å sette opp en Internet-server som andre skal ha tilgang til. Videre er det lagt opp enkle rutiner for at du kan ringe opp egen maskin med pålogging og passord på høyt sikkerhetsnivå – til og med for kryptering.

Ulempen med NT-operativsystemet er at det krever mer maskinressurser enn det de fleste kan tenke seg å investere i.

Siste oppdatering av Windows

NT 3.51 bør helst kjøres av en Pentiummaskin med minst 12Mb RAM («minne»). En 486/66 maskin klarer også å kjøre NT på en brukbar måte. Hvis du bruker mange program og stadig skifter mellom disse, flytter stoff mellom programmene – bruker OLE («objekt linking and embedding»), mye grafikk osv er det best å ha mye minne – 30-40 Mb og et raskt og stort platelager («harddisk»).

Internet

Det skjer stadig nye og spennende ting på Internet. De fleste som har skaffet seg en Internet-forbindelse er kjent med «Netscape» som www-browser («vev-skyttel»(?)). Nå har det dukket opp et nytt og spennende browser-program fra SUN (Mountain View, California) som heter «HotJava». Dette kan hentes som gratis prøveprogram i versjon 1 alfa 3 over Internet (ftp: java.sun.com) og kan installeres på en PC med Windows 95 eller Windows NT 3.5x.

«HotJava» har nesten utrolige egenskaper og kan selv over en telefonforbindelse med modem vise video og spille lydfiler i sann tid – der og da mens overføringen foregår. SUN har også utviklet nye muligheter for å lage HTML-dokumenter med helt nye egenskaper – i det hele meget spennende.

Netscape kommer nå i versjon 2.0 og 2.0 Gold – som også vil gjøre det mulig for alle å lage HTML-dokumenter – med elegant lay-out.

Dokumenter produsert i en del



Forside og oversiktssider - Rettet - Antistatisk - Adressat - Mønster - Slik - Om

Vår virksomhet
Helsenett og kommunikasjon
Informasjonskilder
Medmønster av koder og teknologi
Ansatt informasjon

Meny
E-post
Prinsipper
Teknologier
Informasjonskilder
Kodeverk dokumenter
Kodeverk dokumenter KITH

Helseinstitusjons
spesialisering til
helseområdet
dokumenter

Helseinstitusjoner
tilkopling til eksterne,
åpne nettverk

Av Kenneth E. Jørgen



andre programmer som Adobe PageMaker og Quark Press kan også legges ut på «veven» (world wide web).

Relevans for norsk allmenn- og samfunnsmedisin

Hva slags relevans har nå dette for norsk allmenn- og samfunnsmedisin? Dnlf har hatt i sving en prosjektgruppe for å utrede kommunikasjonsløsninger for tillitsvalgte – og på sikt – for alle medlemmerne. Dette vil antakelig bli Internet-baserte løsninger.

«Helsenett» (<http://www.kith.no/default.htm>) er et utviklingsprosjekt som er startet i Vestlandsregionen (Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane).

Telemedisin (<http://www.tft.tele.no/telemedisin>) er et kjent begrep fra Nord-Norge og er nå på vei «sørover».

Allmenn- og Samfunnsmedisinerne kan bli daglige brukere og kommunikasjonspartnere i disse systemene. Dermed er det viktig å orientere seg mht terminologi og skaffe seg innsikt i spesifikasjoner og krav til utstyr og praktisk nytte-verdi.

John Leer

Kongress hos American Academy of Family Physicians

– en bit av «den store appelsinen»

AAFP – kongressen i år var den 47de i årlig rekkefølge – en imponerende lang tradisjon for et ungt fag. Og alle fysiske dimensjoner ved kongressen i Anaheim var imponerende. Anaheim ligger i «Orange County» sør for Los Angeles, også kalt «The big orange», et sammenhengende

byområde på størrelse med Sjælland, med aspirasjon til å bli større enn «Det grønne eplet» i øst om en ti års tid. En knirkefri, vennlig og effektiv organisasjon tok imot ca 5000 leger med familie, i alt bortimot 15000 mennesker, som ble innkvartert i hotell-sonen som omgir Disneyland, ca. 6 mil fra «downtown». Kongresslokalene må ha dekket et område som 3-4 «football fields». Det meste av plassen gikk med til industriutstillingar. Antallet parallelle kursaktiviteter gikk opp mot femti. Oversikten fantes nok bare i en eller annen digital hjerne.

Etter sigende var den norske kontingenget i Anaheim på ca. 60, men etter 4 dagers trassing i denne medisinske stor-buffet hadde undertegnede kanskje registrert en tredjepart. De fleste skandinaver var kommet med ulike fellesreiser, og dermed til en viss grad sikret mot å bli «borte i mengden.



Kongressens kveldsarrangementer med «private party» hos Mikke Mus et co eller mottakelse hos AAFP-presidenten hadde stort opplevelsesinnhold, men var nok ikke særlig egnet til å skape ny sosial kontakt.

Clintons helsereform, som tok sikte på å sikre adgang til helsetjenester for alle amerikanere, gikk ikke gjennom kongressen. AAFP var for reformen. Fortsatt er ca 15 % av befolkningen uten forsikringsordninger. De fleste helseforsikringer er opprettet gjennom arbeidsgiver. Ordningene er mange og uoversiktlige.

Hva skjer så i amerikansk «family medicine», og hva er kjernen i faget? Hos oss har allmennpraktikerkongressene ofte tema som gjenspeiler den aktuelle diskusjonen. I Anaheim var det vanskelig å finne et klart svar. AAFP presenterte ingen tydelig profil i disse spørsmålene.

Det faglige innhold, med mange sesjoner for praktiske ferdigheter, dekket de fleste viktige kliniske områder. Foredragsholderne var stort sett sykehusbaserte leger med ett bein ute i praksis. Hver deltaker opplevde sin egen kongress. Det var ingen faglige møter som samlet mer enn noen få hun-

dre deltagere. Heller ikke åpningsmøtet, med militærkorps, faner og velsignelse av en katolsk pater, hadde større oppslutning. Årets tema ble her presentert av «key note speaker», Terry Kane, M.D. Hans vurderinger av framtida for allmennlegetjenesten i USA: gikk ut på at spesialister måtte finne annet arbeide, og at «family physicians» måtte innstille seg på markedsmekanismene når det gjelder inntjening og utgifter.

Jeg fant bare få innslag som tok opp spørsmål om mål og retning for spesialiteten, kvalitetsutvikling eller kommunikasjon mellom pasient og lege. Presentasjonene var i jevnt over elegante, innholdsrike og oversiktlige. Undervisningsmetodene var preget av foredragstypen, selv om det overalt var aktivt spørrende forsamlinger. Bare 15-20 forskningsarbeider ble presentert, de fleste sykehusbasert. For en norsk deltaker var det morsomt å

notere at prisen for beste presentasjon ble gitt for en undersøkelse av sinusittdiagnostikk i allmennpraksis – ved Morten Lindbæk fra Tønsberg.

Allmennmedisin i USA er et mer variert arbeidsområde enn hos oss. Spesialiteten i allmennmedisin har liten betydning for avlønning og meritt. AAFP krever av sine medlemmer at de skal ha 150 timers undervisning over en toårsperiode. Man må fornye sin lisens hvert sjette år ved «state exams».

Mange «family physicians» beveger seg inn på det vi oppfatter som organespesialitetens område. Det er blitt vanlig å gjøre ultralydundersøkelser, fiberoptisk undersøkelse av øvre og nedre GI på kontoret. En del allmennpraktikere tar ansvaret for fødsler, og mange følger pasienter med behandlingsansvar inn i det lokale sykehus. Kon-

gressen bekreftet et inntrykk av sterkt utredningsiver og høye forsikringer mot «malpractice suits» – årlige premier på 50000 kroner er ikke uvanlig. «Family physicians» har ofte omkring 5 ansatte pr. lege. En stor del av deres arbeid gjelder oppgjør med de ulike forsikringsordninger. Til forundring for oss ble det opplyst at bare 2 % av allmennpraktikerne bruker EDB-basert journal. Derimot har et samarbeid mellom legeforeningen og sponsorer ført til systemet «Physicians on line», hvor leger med pc og modem på kontoret får tilgang til informasjonsdatabaser for beslutningsstøtte, inkludert gratis tilgang til søk på Medline.

Det kunne spores frustrasjon over at forsikringssystemet styrer fagutøvelsen i økende grad. De såkalt «Health Maintenance Organizations» er eid av forsikringssel-

skapene, og inngår kontrakter med leger og pasienter for sine kunder. Selv om honorarfastsettelse i prinsippet er fritt, bestemmer disse selskapene i høy grad lønnsvilkår og krav til tjenestene. HMOs synes også å være de toneangivende når det gjelder kvalitetssikring. Hovedinntrykket i Anaheim var nok at allmennlegene må leve med disse forhold.

For undertegnede ble kanskje inntrykket av de store medisiprodusentenes utstillinger det sterkeste. De store paviljongene med sin tempelaktige utforming og sine teknisk avanserte presentasjoner ble vel den mest markerte faglige fellesopplevelsen for deltakerne, og dermed et uttrykk for tyngdepunktet i allmennmedisinsk praksis?

Tor Carlsen
Strømdalsåsen 66, 3726 Skien

UTPOSTENS annonsører

UTPOSTEN er et spennende tidsskrift for primærhelsetjenesten, og vi har et opplag på 2.200.

PRISER:

Størrelse	Svart/hvitt	Svart + én farge	Svart + to farger	4-farger
1/1 side	5.900,-	7.000,-	8.300,-	9.600,-
1/2 side	3.500,-	4.200,-	4.900,-	6.500,-
1/4 side	2.200,-	4.000,-	4.500,-	5.500,-
siste omslagsside				13.500,-

Løse bilag koster kr. 8.500,-. Klebet bilag vil koste kr. 8.500,- pluss kr. 0,85 pr. eksemplar. Ved bestilling av annonser i hvert nummer, blir den siste annonen gratis! Prisene er eks. mva.

Tidsskrift nr.	Materiellfrist:
1996	
Nr. 1	12. januar
Nr. 2	16. februar
Nr. 3	12. april
Nr. 4	10. mai
Nr. 5	16. august
Nr. 6	13. september
Nr. 7	11. oktober
Nr. 8	1. november

BESTILLING:

RMR, Sjøbergveien 32,
2050 Jessheim.
Telefon: 63 97 32 22.
Fax: 63 97 16 25.

MATERIELL:

Avtrykk, reprokopi eller negativ film med speilvendt hinneside.
Netto format: A4
Raster: 54 linjer
Trykkeri: Nikolai Olsens Trykkeri a.s., Kolbotn.

Forfatterveiledning

Takk for at du vil skrive i Utposten. Det setter vi pris på fordi Utposten er et dugnadsprodukt som aldri blir bedre enn det dere bidragsytere gjør den til.

Vi ønsker at Utpostens innhold skal hvile på fire pilarer; den allmennmedisinske kliniske hverdag, praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene og teoretiske og ideologiske spørsmål knyttet til fagene allmenn- og samfunnsmedisin. De erfaringene vi samlet høster i vårt daglige arbeid er det viktigste grunnlag for læring og videre utvikling av fagene. Men vi ønsker også innspill fra andre fag og vitenskaper som kan bidra til å øke vår forståelse av virkeligheten og på den måten gi oss bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb. Vi ønsker at Utposten skal være en møteplass for refleksjon,

kommunikasjon og oppmuntring. Tradisjonelt vitenskapelige artikler hører nok mer naturlig hjemme i andre tidsskrifter.

For å illustrere hva vi mener har vi tenkt oss mulige faste og mindre faste spalter som: Slik gjør vi det, Samfunnsmedisinske hverdagsproblemer, Smil i hverdagen, Synspunkter, Kasuistikker, Bokmeldinger, Kursspalter, Intervjuer, Brev fra periferien, (Husk at i et primærmedisinsk perspektiv er storbyen minst like perifer som Loppa på Finnmarksstykket), Temaer.

Når vi får bidraget ditt, vil vi prøve å gi en rask tilbakemelding på hvordan vi vurderer det. For nye skribenter ønsker vi ikke å legge lista til kvalitetskrav for høyt, mens mer garvede bidragsytere må finne seg i en noe strengere vurdering.

Innsending av tekst til Utposten

Manuscript

Skriv slik det passer deg, enten med skrivemaskin eller tekstbehandling. Håndskrevne manuskripter med høy lesbarhet tar vi også imot. Bruk bred marg og dobbelt linjeavstand ved maskinskrivning. En tekstside i Utposten uten illustrasjoner tilsvarer ca. 3 maskinskrevne sider med dobbelt linjeavstand. Bruker du tekstbehandling, ønsker vi oss disketten din sammen med papirmanus med angivelse av hvilket tekstbehandlingsprogram du har brukt. Det letter arbeidet vårt om du følger de innskrivningsreglene som er angitt nedenfor med utgangspunkt i Word Perfect (WP). En tekstside i Utposten tilsvarer ca. 2 sider i WP med standard linjeavstand og marg.

Illustrasjoner

Vi vil gjerne ha illustrasjoner til artiklene. Det beste er om du kan skaffe dem selv, men vi kan selvsagt hjelpe deg. Både tegninger, svart-hvitt, fargefotografier, negativer og lysbilder kan brukes.

Forfatterpresentasjon

Ved egne artikler vil vi gjerne ha et bilde av forfatteren og en kort biografi.

Innskrivning av tekst på PC

De fleste diskettvarianter med 3,5" størrelse kan tas imot. For de som bruker tastaturprogrammet Abastast skal Abastastmodus norsk-08 benyttes.

1. Brødtekst

Brødtekst er teksten artikler består av: saksprosa i sammenheng. Bruk tektnedslagsprogrammets standardformat angående sideoppsett.

Unngå all raffinert innskriving, dvs. ikke bruk koder som sentrering, uthetvet skrift, tabulatorer, innrykk, skriv fra høyre, sidetallsangivelse og -plasering.

Ord som skal markeres i brødteksten kursiveres.

Avisnitt markeres med returtast og ett tabulatorinnrykk (som her).

Etter tegn (, . ?) skal det være ett mellomrom, ikke to eller null. Foran disse tegnene skal det ikke være ordmellomrom.

2. Litteraturhenvisninger

Litteraturhenvisninger er ikke nødvendig. De ordnes evt. numerisk i den rekkefølge arbeidene første gang forekommer i teksten. Skriv det fortløpende som i eksempelet nedenfor. Grensen for antall litteraturhenvisninger er 10. Typografien ordnes av trykkeriet.

Eksempler:

1. Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? Eng J Med 1989;321:1306-11.
2. Hill MN, Levine DM, Whelton PL. Awareness. Am J Public Health;1988;1190-3.
etc...

3. Tabeller

Adskill kolonnene i tabellen med tabulatorasten ikke med ordmellomrom. Ord mellomrom skaper masse ekstra arbeid i den videre prosess.

4. Overskrifter

Artikkelloverskrifter skrives med uthetvet skrift og små bokstaver. Ønsker du et uthetvet avsnitt først i teksten (ingress), markeres dette med klammer før og etter avsnittet, slik: <mellan to klammer på denne måten>.

Mellomtitler i teksten skrives også inn med halvfet skrift og små bokstaver. Er artikkelen bygget opp med ytterligere ett nivå slik at det under mellomittel-avsnittet finnes flere underavsnitt, skrives undertitler inn med små bokstaver og understrekning.

5. Fotnoter

Eventuelle fotnoter skrives i parentes etter ordet «Fotnote».

6. Forfatterpresentasjon

Denne skrives inn før selve artikkelen og understrekes.

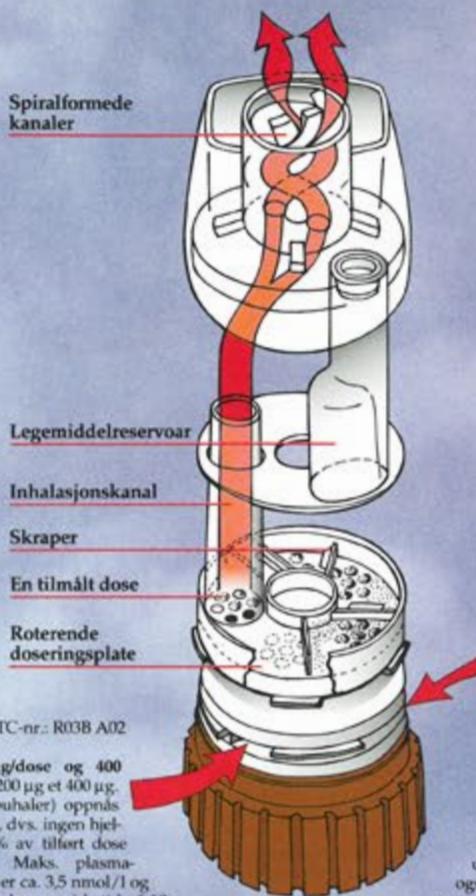
Forfatternavn skal stå i tilslutning til artikkelen tittel. Skrives inn mellom ingressen og brødtekstens begynnelsen: Av NN. Ved notiser eller små ensides saker skrives navnet til slutt.

Ved «større» artikler skrives i tillegg forfatterens navn og adresse til slutt. Evt. tittel, fullt navn og adresse.

Redaksjonen

God pust med mindre medisin⁽¹⁻⁵⁾

Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra^(2,5)



C PULMICORT TURBUHALER "DRACO"
Kortikosteroid

ATC-nr.: R03B A02

T INHALASJONSPULVER: 100 µg/dose, 200 µg/dose og 400 µg/dose: Hver dose inneh.: Budesonid, 100 µg resp. 200 µg et 400 µg. **Egenskaper:** Ved bruk av pulvrehalsator (Turbuhaler) oppnås lokal effekt. Preparatet inneholder rent budesonid, dvs. ingen hjelpe-stoffer eller drivgasser. **Absorpsjon:** Ca. 25-30% av tilført dose deponeres i lungene og absorberes derfra. Maks. plasma-konsentrasjon etter inhalasjon av 1 mg budesonid er ca. 3,5 nmol/l og nás etter ca. 20 min. En enkeltdose på 100-1600 µg har en virketid på 10-12 timer. **Metabolisme:** Ca. 90% av dosen som når systemisk kretsløp inaktivert i leveren (forst-passasje). **Indikasjoner:** Bronkialastma, når tilstanden ikke kan holdes under kontroll med bronkolytika eller kromoglikat. **Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet overfor budesonid. **Bivirkninger:** Lett halsirritasjon, høste og heshet. Hosten kan vanligvis motvirkes ved at en beta-2-agonist inhaleres 5-10 minutter før inhalasjon av Pulmicort. Candidainfeksjoner i munnhule og svele kan forekomme. Pasienten bør derfor skylle munnen med vann etter hver inhalasjon. Hudreaksjoner er observert. Psykiatriske symptomer som nervositet, uro og depresjon samt adferdsstyrrelser hos barn er observert (tilsv. reaksjoner sett ved behandling med andre glukokortikosteroider). Hos enkelte pasienter på høy dosering er det påvist binryrebarksuppre-sjon. 1 terapeutiske doser er det liten risiko for systemiske bivirkninger. **Forsiktigheitsregler:** Pasienter med lungetuberkulose og andre bronkopulmonale infeksjoner bør observeres nøyde. Enkelte pasienter kan føle ubehag (f.eks. rhinitis, eksem, muskel- og ledsmerte) på grunn av minkset generell steroideffekt etter tidligere behandling med annet preparat. En midlertidig økning i steroid-dosen kan da være påkrevet. I stress-situasjoner (infeksjoner, trauma, kirurgiske inngrep m.m.) kan det være påkrevet med formet systemisk behandling. **Graviditet/ammung:** Bruk av steroider under svangerskapet bør generelt unngås. Dersom steroidtilførsel likevel er nødvendig, bør lokal steroidbehandling til inhalasjon foretrekkes pga. liten eller ingen systemisk effekt i terapeutiske doser. **Overgang i placenta:** Bør ikke brukes under graviditet med mindre det er tvingende nødvendig. **Overgang i morsmilk:** Opplysninger foreligger ikke. **Dosering:** Initialt, under perioder med alvorlig astma, ved doseredusjon og eventuell seponering av peroral behandling med glukokortikosteroider anbefales følgende dosering: **Voksne:** 200-1600 µg daglig, fordelt på 2-4 doseringer. 1 mindre alvorlige tilfeller: 200-800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Dosering 2 ganger daglig er vanligvis tilstrekkelig. Dosering 1 gang daglig vil kunne være aktuelt for pasienter som ikke trenger mer enn 400 µg pr. dag. Der man ved milder former for astma har fått tilfredsstillende effekt av 400 µg x 1, kan man prøve om lavere doser er tilstrekkelig. Dosen kan gis enten om morgenen eller om kvelden. Dersom optimal behandling ikke oppnås med

denne dosering, bør dosen og doseringshyppigheten økes. **Barn ≥ 6 år:** 200 - 800 µg daglig fordelt på 2-4 doseringer. Forsiktighet utvises ved doser på 800 µg pga. fare for binryrebarksuppre-sjon. Terapeutisk effekt oppnås vanligvis innen 10 dager. Pasienter med sterk slimproduksjon bør initialt (og over en kortere periode - ca. 2 uker) få tilleggsbehandling med systemiske steroider. Dette gjelder også ved exacerbasjoner med økt viskositet og dannelse av slimplugger. **Vedlikeholdsdose:** Når den ønskede kliniske effekt er oppnådd, bør dosen gradvis reduseres til den lavest mulige dose som holder astmasympto-mene under kontroll. Dosering 2 ganger daglig - morgen og kveld er som oftest tilstrekkelig. **Steroidtolerante pasienter:** som overføres til Pulmicort bør være i stabil fase. Ved overgang fra peroral steroidbehandling, gis Pulmicort (i haydose) i kombinasjon med vedlikeholdsdosene av oral steroid i ca. 10 dager. Deretter reduseres den orale dosen gradvis med f.eks. 2,5 mg prednisolon (eller tilsv.) pr. måned til lavest mulig dose. I mange tilfeller vil det være mulig å substituere den perorale kortikosteroidbehandlingen helt med Pulmicort Turbuhaler. **Andre opplysninger:** Hver dose tilmåles ved vridning av inhalatorene, derved klargjøres pulveret for inhalasjon. Pulveret følger innåndningsluften ned i lungene. Det er viktig å instruere pasienten om å inhalere kraftig og med et dypt andedrag via munnsnykket, selv om kravet til inhalasjonsteknikk er redusert i forhold til det som gjelder ved bruk av inhalasjonsaerosol. Pasienten trenger hverken kjen-ne noen smak eller på annen måte merke legemidlet, da mengden av dette i en dose er meget liten. Det er viktig å instruere pasienten i å skylle munnen godt med vann og spytte ut etter hver dosering. **Pakninger og priser:** 100 µg/dose: 200 doser kr. 315,10, 200 µg/dose: 200 doser kr. 508,40, 400 µg/dose: 50 doser kr. 293,30, 200 doser kr. 854,30. T: 2 Punkt for godtgjørelse iflg. § 9 i Forskrifter om godtgjørelse av utgifter til viktige lege-midler.

Referanser:

1. Derom E, Wählén-Böll E, Borgström L, Pauwels R. Thorax 1994;49:A402.
2. Felleskatalogen.
3. Agertoft L, Pedersen S. Resp Med 1994;88:373-81.
4. Haahela T, Markku J, Kava T, Kiviranta K, Koskinen S, Lehtonen K, et al. Effects of reducing or discounting inhaled budesonide in patients with mild asthma. The New England Journal of Medicine 1994;331:700-5.
5. Thorsson L, Edsbaäcker S, Conradson T-B. Eur Respir J 1994;7:1839-44.

Budesonid
Pulmicort®
Turbuhaler®

ASTRA
Astra Norge

Astra Norge AS. Postboks 1, 1471 Skoger
Telefon 67 92 15 00. Telefax 67 92 16 50

Studier viser at pasienter foretrekker Turbuhaler® fordi den er så enkel å bruke^(1,2)



Kan du
forlange
mer?