

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1997

ÅRGANG 26



**Stortingsmelding nr. 23 om
legetjenesten – holder den mål?**

Nr. 3, 1997

- 103** *Helge Worren*
Leder: Stortingsmelding nr. 23 om legetjenesten
– holder den mål?
- 104** *Helge Worren*
Hva sier Stortingsmelding nr. 23?
- 106** *Johnny Mjell*
Jeg er skuffet over stortingsmelding 23 1996/97
- 109** *Tove Rutle og Kari Svarttjernet*
Medarbeiderne er ikke nevnt
- 110** *Hans Kristian Bakke*
Stortingsmelding om primærhelsetjenesten:
Ikke hva jeg hadde håpet på, ikke hva norsk
allmennmedisin fortjener, men det kan fortsatt
bli en fastlegeordning
- 116** *Bjarne Haukeland*
Kommentarer til Stortingsmelding nr. 23
- 117** Smil i hverdagen
- 119** *Ivar Halvorsen*
St.M. 23 – Hva mener OLL?
- 121** *Anders Smith*
Vi må styrke den sosialmedisinske dimensjonen
i samfunnsmedisinen
- 124** *Petter Øgar – debatt*
Ny hovedutdanning i samfunnsmedisin
- 128** *John Leer – Utpostens edb-spalte*
Litt nytt...
- 130** *Bjarni Jónasson intervjuet av Linn Getz*
Islandske allmennpraktikere i hardt vær:
«Kampen gjorde meg enda stoltere av faget mitt»
- Erlend Bergesen, Lasse Folkvord, Marit J. Kamøy, Odd Kjøstvedt og
Vegard Vige*
136 Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet
i kommunane?

Forside: Ragnhild Gjerstad

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 20 77

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

Kræmmervikveien 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 325,- 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

Stortingsmelding nr. 23 om legetjenesten – holder den mål?



Stortingsmelding nr. 23 (1996-97)
Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen (1) er den første av 3 stortingsmeldinger fra Gudmund Hernes – den såkalte trilogien av helsetjenestereformer.

UTPOSTEN har hatt dette temaet oppe ved mange anledninger, bl.a. som hovedtema i nr. 5/1995 (Er fastlegeordningen løsningen?) (2) og i nr. 2/1997 (Fremtiden, stortingsmeldingen og faget) (3), hvor igjen lederplass vier omtale av de forventninger vi har til de bebudete reformer for legetjenesten i kommunene.

Til denne utgaven av UTPOSTEN foreligger den etterlengtede Stortingsmeldingen. Vi har spurt lederne for APLF (4), OLL (5), NSAM (6) og leder for Legeforeningens referansegruppe for fastlegeforsøket (7) om å uttale seg. Videre gir representanter for medarbeiderne uttrykk for de konsekvenser de mener reformen kan ha for dem (8).

I UTPOSTEN 5/95 spurte Betty Pettersen på lederplass «Er fastlegeordningen løsningen på våre problemer?» (9). Det er fristende å gjenta spørsmålet i en lett modifisert utgave: Gir stortingsmelding nr. 23 løsningen?

Meldingen gir uttrykk for en stor tillit til den norske allmennlegestand gjennom de innledende uttalelser om tjenesten som en hovedstein i grunnmuren i den norske helsetjeneste. Beskrivelsen av ansvar og oppgaver bærer også bud om denne vektlegging. Meldingen er uvanlig og prisverdig faglig rettet (for en stortingsmelding å være) mot allmennlegetjenestens idealer og egenart og gir en gylden anledning til å trekke primærlegen inn i lyset igjen. Når meldingen imidlertid skal beskrive dagens problemer i denne legetjenesten gjøres det med en såvidt grov penn og sjablongmessige uttrykk at håret lett reiser seg. Flere av innspillene til dette UTPOSTEN tar opp denne inkonsekvens («nedslående beskrivelse» (4) «elendighetsbeskrivelse» (7)). Det er ikke til å forstå at man på den ene siden sier at denne legetjenesten i Norge er noe av det beste verden kan by på for så i neste hånd å gi en beskrivelse av nærmest kaos. Norsk

allmennlegetjeneste kan fortsatt bli bedre selvsagt, men det er unødvendig å male med slike misvisende farger for å få dette poeng fram. OLLs leder mener sågar at en slik fremstilling virker som et salgsmotiv for fastlegeordningen (5).

Meldingen har fått som en del av sin overskrift «Trygghet og ansvarlighet». Tryggheten skal bli bedre for pasientene gjennom en fastlegeordning. Dette virker troverdig gjennom en fastere og mer formelt forpliktende ordning av pasient-lege-forholdet. En slik trygghet – sett uavhengig av den nå aktuelle fastlegeordningen – har lenge vært et ideal for norsk allmennmedisin. Store deler av den norske befolkningen har en slik trygghet, selv om den foreløpig ikke er så formelt forpliktende som den nye reformen legger opp til. Økt ansvarlighet for legene er det andre hovedtema i meldingen. Mange leger er bekymret for denne økningen av ansvar. Dette kan lett tolkes i verste mening til å være en frykt for å ha et definert ansvar og motstand til å gå inn i forpliktelser. Det er nok riktigere å tolke frykten som en bekymring for den økte arbeidsbyrde og bundethet dette medfører uten at det fører til tilstrekkelige tiltak for å møte utfordringen. Er legedekningen og stabiliteten i legestillinger god nok til å klare dette? Har man forstått hva listeansvar 52 uker i året innebærer? Har man vurdert hva det betyr å innføre en ordning med begrenset anledning til å bruke vikar? Tas legenes arbeidsbyrde og arbeidsmiljø alvorlig nok? Har man ikke skjønnet at legenes arbeidsbyrde og arbeidsmiljø betyr noe for kvaliteten av tjenesten og dermed også rammer pasientene? Hva med kommunens ansvar? Meldingen farer med harelabb over disse spørsmål. Spørsmålene må finne tilfredstillende svar hvis reformen skal kunne få livets rett.

Meldingen gir uttrykk for bekymring for små utkantkommuner. Det er gode grunner til dette. Tiltakene som foreslås er imidlertid begrensede og skal tydeligvis utredes nærmere. Storbyene (mange av de problemene meldingen tar opp har sin egentlige hjemstavn

her!) må stort sett finne løsningen selv på de problemer man har, iflg. meldingen. Når det gjelder primærhelsetjeneste er på mange måter storbyene en utkant, om ikke geografisk. Derfor hadde også storbyene fortjent en mer grundig og fokusert omtale i meldingen.

Samfunnsmedisin omtales i denne melding – som i flere meldinger tidligere – med vakre honnørord. Det er vanskelig å betvile at de er oppriktig ment. Dessverre er imidlertid omtalen av samfunnsmedisin en skjæmmende flekk i denne Stortingsmeldingen og svekker dessverre troverdigheten. Samfunnsmedisin er riktignok ikke denne meldingens hovedtema, men den hadde fortjent å bli korrekt og mer forpliktende omtalt. Meldingen sier heldigvis at dette skal være en prioritert oppgave i kommunene. I en illustrasjonsboks (s. 35) gis en god og rimelig alment akseptert beskrivelse av hva samfunnsmedisin oppfattes å være. Når man i selve teksten omtaler samfunnsmedisinske oppgaver blir det «suppe», som Mjell uttrykker det (7). Da ramses det opp en lang rekke kommunale legeoppgaver (prisverdige og viktige nok!) som ikke er å anse som samfunnsmedisin i det hele tatt. Med en slik uklar holdning til hva samfunnsmedisin egentlig er, kan det bli vanskelig å få dette sakfeltet skikkelig prioritert. Det heter i meldingen: «Kommunen stilles fritt til å organisere og definere omfanget av det samfunnsmedisinske arbeidet innenfor lovens rammer og tilpasset kommunens behov.» Det er vel og bra å satse på det lokale demokrati, men hvorfor gjelder dette spesielt samfunnsmedisin? Det gjelder åpenbart ikke kurativ allmennpraksis, som meldingen gir tildels ganske detaljerte føringer i forhold til. Vi får håpe at den bebudete utredning om folkehelsearbeid kan rette opp noe av det Stortingsmeldingen ikke har makret.

Flere av UTPOSTENS bidragsytere denne gangen har fokusert på de økonomiske sider ved reformen. Denne siden skal her kun omtales med følgende to spørsmål:

Forts. neste side

Hva sier Stortingsmelding nr. 23?

Helge Worren

Stortingsmelding nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen er i dette nr. omtalt såvel på lederplass som i flere meningsytringer utover i bladet. Vi oppfordrer alle engasjerte allmenn- og samfunnsmedisinere å skaffe seg meldingen og lese den grundig, diskutere og komme med kreative innspill – gjerne her i UTPOSTEN, men også i ulike faglige, politiske og andre fora. Nedenfor gjengis i «bokser» stikkord fra meldingen.

STORTINGSMELDING NR 23 – Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen

Del av trilogi:

- 1) Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen – trygghet og ansvarlighet
- 2) Om sykehus og annen spes.h.tj.: tilgjengelighet og kvalitet
- 3) Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene: åpenhet og helhet

Felles for alle 3 meldinger: TILBAKEBLIKK OG OVERBLIKK

- * Historikk
- * Helseparadokset
- * Suksess skaper problemer

- * Bra – kan bli enda bedre
- * Rammene må forandres
- * Mål og verdier for norsk helsetjeneste

▣ For pasientene

- # Ta vare på egen helse
- # Ta vare på andres helse
- # Sin egen helsearbeider
- # Rask hjelp ved behov
- # Hjelp tilpasset behovet
- # Samme helsepersonellet fra gang til gang
- # Rasjonell og virksom behandling
- # Klare seg hjemme
- # Likeverdige tilbud
- # Frihet til å velge

▣ For helsepersonellet

- # Forebygge og behandle

- # Å lege er å lære
- # Lytte
- # Handle i tråd med pasientens behov
- # Gjøre de riktige tingene: prioritering, samarbeid
- # Gjøre tingene riktig: kompetanse, trening, helhet

▣ For myndighetene

- # Færrest mulig pasienter: forebygging, samf.med.
- # Best mulig tilgjengelighet: LEON, KOPF
- # Nødvendig kvalitet: – god primærhelsetjeneste – god spesialisthelsetjeneste – god samhandling mellom nivå
- # Likhet og rettferdighet

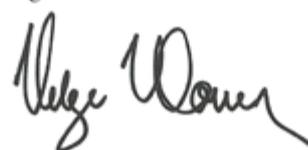
Forts. fra forrige side.

- Hvorfor har ikke meldingen forsøkt å foreslå tiltak for å rette opp skjevheten mellom avlønning av kommunale legeoppgaver (inkl. samfunnsmedisin) og kurativt legearbeid?
- Hvorfor har ikke en fastlønsmodell fått en mer hederlig omtale, selv om den iflg. meldingen er urealistisk i dagens situasjon? Erfaringen fra fastlønsordning den korte tid den fikk virke var tross alt gode – så lenge den fikk anledning til å være en konkurransedyktig alternativ til privat allmennpraksis.

Djevelens advokat er kjent for å lete med lys og lupe for å finne helvetes brennemerker. Meldingen fortjener et kritisk blikk fordi den er så viktig. Denne kritikken bør også være fokusert på det positive. Meldingen vil bli stående som et viktig grunnlagsdokument for legetjenesten i kommunene i lang tid fremover. Den tar opp en lang rekke viktige sider for tjenesten og forsøker å sette fokus på genuine problemer

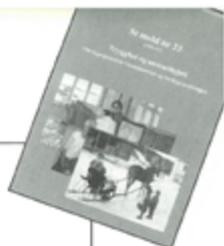
for såvel pasienter som legene og tjenesten. Det skal den ha ære av. Flere av innspillene til UTPOSTEN nevner at det nå er viktig med dialog og diskusjon. Halvorsen sier «det er ingen grunn til å fortvile, men all grunn til å komme med kreative innspill» (5). Meldingen har et potensiale, men også mange mulige fallgruber. Det er i dette håp om at det videre arbeid kan føre til

dialog og konstruktivt samarbeid at reformen kan ha mulighet til å bli en god reform – en reform som bygger på det beste i tradisjonene og med smidige og tilpasningsdyktige løsninger til norsk virkelighet.



Referanser:

- 1) Stortingsmelding nr. 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
- 2) UTPOSTEN nr. 5/1995 Er fastlegeordningen løsningen?
- 3) UTPOSTEN nr. 2/1997 Fremtiden, stortingsmeldingen og faget
- 4) Bakke, Hans Kristian. Stortingsmelding om primærlegetjenesten. UTPOSTEN 1997 (3); 26: 110-113
- 5) Halvorsen, Ivar. Hva sier OLL? UTPOSTEN 1997 (3); 26: 119-120
- 6) Haukeland, Bjarne. NSAMs kommentar til Stortingsmelding 23. UTPOSTEN 1997 (3); 26: 116-117
- 7) Mjell, Johnny. Jeg er skuffet over Stortingsmelding 23. UTPOSTEN 1997 (3); 26: 106-108
- 8) Rutle, Tove og Svarttjernet, Kari. Medarbeiderne og Stortingsmelding 23. UTPOSTEN 1997 (3); 26: 109
- 9) Pettersen, Betty. Er fastlegeordningen løsningen på våre problemer? UTPOSTEN 1995 (5); 24: 195.



STORTINGSMELDING NR 23
– Trygghet og ansvarlighet –
Om legetjenesten i kommunene
og fastlegeordningen

INNHOOLD:

- 1) Legetjenesten i kommunene – en del av helsetjenestens grunnmur
- 2) Hva er problemene med legetjenesten i kommunene?
- 3) Erfaringer fra fastlegeforsøket i Norge
- 4) Departementets forslag
- 5) Fastlegeordningen for den samiske befolkningen
- 6) Økonomiske følger av en landsomfattende fastlegereform
- 7) Gjennomføring av reformen
- 8) Sammendrag
- 9) Vedlegg:
 - * Fastlegeforsøket i Norge
 - * Erfaringer fra andre europeiske land
 - * Hva gjøres for å øke rekrutteringen til og stabilisering av legestillinger i kommunene?

STORTINGSMELDING NR. 23
Økonomiske følger:

- inntektspolitiske målsettinger
- forventet utgiftnivå ved innføringstidspunktet
- utvidelse av legenes ansvarsområde
- forventede innsparinger:
 - * kun listeleger refusjonsrett ifht. trygden
 - * henvisningsplikt
 - * samordnet medikamentforordning
 - * bedre oppfølging av langtidssykmeldte
- administrative kostnader
- omfordeling av utgifter

Ordningen skal evalueres mhp.:

- tilgjengelighet
- forhold praksis på dagtid og legevakt
- stabiliteten i legestillingene i spredtbygde strøk
- etterspørselen av spesialisthelsetjenester
- utviklingen i forskrivningen av medikamenter
- myndighetenes myndighet til å organisere
- økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene

STORTINGSMELDING NR 23 (1996 - 1997)

Gjennomføring:

- «Departementet vil påse at de nødvendige administrative tiltak for å sikre en god gjennomføring av reformen blir iverksatt.»
- Lovendringer
- Endrete avlønnings- og tilknytningsformer
- Informasjonsplan
- Legenes avlønning vil være gjenstand for forhandlinger
- Lokale forhandlinger om listestørrelse, kommunale oppgaver, m.m.
- «Departementet vil påse at det blir utformet prinsipper for etablering av listene.»
- «Det vil være uakseptabelt hvis sentralt beliggende kommuner i innføringsperioden får en tilstrømning av allmennleger, på bekostning av mer perifert beliggende kommuner. «Departementet vil derfor komme tilbake til spørsmålet om virkemidler for å hindre at dette skjer.»
- Foreslås iverksatt senest ved årsskiftet 1998/99.
 - * vil kunne ta tid
 - * forbehold om geografisk puljevis ikrafttredelse

STORTINGSMELDING NR 23

Utformingen av en fastlegeordning i et listepasientsystem

1. Tilbudet til hele befolkningen

- * hele befolkningen
- * utvidet valgområde
- * informasjon
- * oppfordres til å velge lege nær bosted
- * listelegevikar
- * mulig å stå utenfor
- * rett til å klage
- * annenhåndsvurdering
- * bytte lege inntil 2x/år
- * legevakt
- * henvisning
- * sykemelding
- * blå resepter?

2. Konsekvenser for legene

- * sikre hjelp på dagtid
- * listeansvar 52 uker
- * tilfredsstillende tlf.-tilgjengelighet og rimelig ventetid
- * henvisningsrett
- * sykemeldingsrett
- * listetak og listebunn
- * minimum praksis 3 d/uke
- * plikt til å ta kommunale oppgaver

- * plikt til å delta i legevakt
- * plikt til å avgis data
- * plikt til å delta i opplæring av turn.kand.
- * fastleger bør samarbeide om: vikarordninger, legevakt, ø.hj. dagtid, kvalitetsutvikling

3. Avlønning av legene

3-delt: per capita, refusjon fra trygd, egenbetaling
 50/50
 500 første på listen
 Avlønning av kommunale oppgaver
 Fastlønn for turn.kand.
 Spesielle tiltak for små utkantkommuner

4. Konsekvenser for kommunen

- * ansvar for å sikre...
- * ansvar for å tilrettelegge...
- * plassering av praksissteder
- * avtaleinngåelser – vektlegge kommunale oppgaver
- * fleksible åpningstider
- * grunnlagsdata
- * evaluering

STORTINGSMELDING NR 23
Hva er problemene med legetjenesten i kommunene?

Det største problemet i primærlegetjenesten er at det er for svake bånd mellom lege og pasient.

1. Problemer for pasientene

- * vanskelig å slippe til
- * ofte nye lege
- * legen har for lite tid
- * for store forskjeller
- * uklart hvor hjelpen er
- * pasienter med store og sammensatte behov

2. Problemer for legene

- * hvem er pasientene?
- * vanskelig å gjøre en god jobb
- * vanskelig å være god «port vakt»
- * ulike avlønning

3. Myndighetenes problemer

- * dårlig oversikt
- * dårlig kontroll med utgiftene
- * trenger flere stabile leger
- * vanskelig å styre
- * lokale variasjoner

Jeg er skuffet

over Stortingsmelding 23 1996/97, Trygghet og ansvarlighet



JOHNNY MJELL
Leder av legeforeningens interne referansegruppe for fastlegeforsøket

«Det blir mer profitabelt å ha ti friske på taket enn en syk på kontoret.»

Audun Hammer
allmennpraktiker

Jeg må medgi at jeg hadde relativt store forventninger til denne stortingsmeldingen. Jeg hadde forventninger om at meldingen skulle beskrive en måte å forbedre norsk primærlegetjeneste og at meldingen skulle gi bud om et løft for samfunnsmedisin og forebyggende arbeid i kommunene. Forventningene var naturligvis også knyttet til at helseministeren har et «ry» som en handlekraftig statsråd.

Når jeg nå, en knapp uke etter at Stortingsmelding nr 23

(1996/97) ble presentert, sitter her på oppdrag av Utposten og skal beskrive hva jeg mener om denne meldingen, er *skuffelse* dekkende for min reaksjon. Jeg er

- skuffet over elendighetsbeskrivelsen av norsk primærlegetjeneste
- skuffet over uredelig fremstilling av erfaringene med fastlegeforsøket
- skuffet over fastlegeordningen slik den er foreslått i stortingsmeldingen
- skuffet over fravær av løsninger på hvordan fastlegeordningen skal innpasses i småkommuner

Men selvsagt er det ikke bare elendigheter. Meldingen inneholder også en del positive elementer, spesielt vil jeg framheve at det gis klare signaler om at allmennpraktikerne skal være nøkkelpersoner i framtidens helsevesen.

Det er selvsagt mulig at vi vil kunne få en bedre allmennlegetjeneste som følge av den reform som nå vil komme, men det forutsetter etter mitt skjønn en lang rekke forbedringer i forhold til beskrivelsen og skissene i denne stortingsmeldingen.

Elendighetsbeskrivelse av norsk allmennlegetjeneste

Jeg har de siste årene hatt gleden av å være norsk representant i den europeiske allmennpraktikerorganisasjonen (UEMO), og har referert fra flere av disse møtene i Tidsskriftet (1-3). Det er hevet over tvil at vi i Norge har en av de beste primærlegetjenestene i Europa. Men vi skal ikke slå oss på vårt



Er meldingen en gjøkunge?
Foto: Petter Øgar.

bryst av den grunn – det er flere forhold som bør forbedres.

Jeg kjenner meg likevel ikke igjen i den elendighetsbeskrivelsen vi finner i stortingsmeldingens avsnitt om «Hva er problemene med legetjenesten i kommunene?» Selvsagt er det betydelige variasjoner i kommunene, og jeg kan akseptere at noen politikere synes det er vanskelig å styre, at det er vanskelig å få oversikt og at det ikke er så lett å kontrollere utgiftene. I store deler av landet vil jeg likevel påstå at det er en god allmennlegetjeneste – bare spør pasientene!

Det kan da ikke være nødvendig å begrunne forslagene om endring med en slik tendensiøs elendighetsbeskrivelse?

Rosemaling av fastlegeforsøket

Ikke uventet er erfaringene fra fastlegeforsøket beskrevet nærmere i meldingen. Til min forundring er det så mange feil i stortingsmeldingens beskrivelse av erfaringene fra fastlegeforsøket at det er nærliggende å spørre seg om dem som har skrevet den med vilje ønsker å forlede leserne?

Det legges for eksempel vekt på at antallet konsultasjoner på legevakt gikk ned. Dette står i sterk kontrast til den av erfaringsrapportene som har sammenholdt de fire kommunene med fire kontrollkommuner (4). I denne rapporten vises det blant annet at forbruket av legevaktjenester har økt fra 0,26 kontakter per person per år til 0,32 i forsøkskommunene fra 1993 til 1996, mens endringen i kontrollkommunene i samme periode var fra 0,30 til 0,39. Den totale andel sykebesøk i forsøkskommunene var svært lav da forsøket startet, men var ved forsøkets slutt identisk med kontrollkommunene. Det mest påfallende var forøvrig at «Den totale konsultasjonsraten var omtrent lik i begge kommunetypene i 1993. Det var en økning av forbruksratene i løpet av forsøksperioden, og da spesielt hos vanlig lege. Denne økningen var sterkest i forsøkskommunene og må anses som betydelig» (4). Fastlegeforsøket førte altså til mer bruk av legetjenester!

Et annet punkt som nevnes i stortingsmeldingen er at «i Trondheim sank etterspørselen etter sykebesøk i hjemmet etter kontortid med hele 30 prosent.» Dette harmonerer ikke med nevnte rapport (4). Hvorfor nevnes det heller ikke at legevaktorganiseringen i Trondheim ble endret?

Det fremheves også at det er lettere å slippe til hos lege i fastlegeforsøket, og at det er «en viss nedgang i ventetid i løpet av forsøksperioden.» Hasvold og Johnsen (4) skriver derimot at «I løpet av forsøksperioden øker andelen som må vente lengre enn f. eks både 2-5 dager og mer enn 1-2 uker. Det betyr at større andeler må vente lengre på time i 1995 enn i 1993. Ved forsøkets start var det en større andel som kom inn i løpet av 2-5 dager i forsøkskommunene enn i kontrollkommunene. Ved 1-2 uker var disse andelen like.» *Tilgjengeligheten er blitt dårligere i forsøkskommunene enn i*

kontrollkommunene i løpet av forsøket!

Dette er noen feil jeg har funnet i løpet av få dagers lesning, og det er også flere av utsagnene om resultatene av evalueringen av fastlegeforsøket som er betydelig mer nyansert i evalueringsrapportene. Jeg er alvorlig bekymret over troverdigheten for denne stortingsmeldingen når slike feil publiseres, og enda mer bekymret for eventuelle motiver bak slik feilinformasjon.

Allmennpraktikeren som koordinator og portvakt

Stortingsmeldingen beskriver i stor grad allmennpraktikeren i en fastlegeordning som portvakt og koordinator for helsetjenesten. Det er fastlegen som i hovedsak skal sykmelde, det er fastlegen som skal ha henvisningsrett og det antydes endatil at det kan komme forslag om at det blir allmennlegen som skal få rett til å skrive ut blåresepter til sine pasienter.

Allerede i dag er det i hovedsak allmennpraktikerne som skriver ut sykmeldingene. Gunnar Tellnes viste i sin doktoravhandling (5) at allmennpraktikerne står for 80,1% av alle sykmeldingene, og det vil neppe være fornuftig å endre dagens praksis.

Jeg er helt enig i at det vil være fornuftig med en henvisningsplikt. Denne kan imidlertid sees helt uavhengig av en fastlegeordning, og vil kunne føre til en mer fornuftig faglig og geografisk fordeling av spesialisthelsetjenester, både utenfor og innenfor sykehus.

Distriktene

Stortingsmeldingen gir ikke noen forslag til hvordan en skal bedre legedekningen i distriktene, det er rett og slett sjokkerende å lese i stortingsmeldingen at det ikke foreslås endringer i dagens stimuleringsordninger for å få leger til distriktene. Vi har i dag legemangel i Norge, og det fremkommer altså ingen forslag til

hvordan kommuner som i dag er uten lege for fremtiden skal sikres legedekning.

I småkommuner vil allmennlegene etter forslaget få høyere per-capita-tilskudd enn i andre kommuner. Dette vil føre til at andelen fast lønn for legen vil øke. Samtidig med at legens forpliktelser overfor pasientene økes, skal legen drive privat praksis med alt den innebærer av mangel på sosiale goder som lønn ved sykdom, ferie etc. Tror noen virkelig at leger vil drive privat praksis med disse forpliktelsene når de i realiteten har fast lønn? Begrunnelsen for hvorfor alle allmennpraktikere må ha samme økonomiske avlønningsmodell i alle kommuner er i beste fall meget tynn.

Basishonorarets andel av legens inntekt

Stortingsmeldingen beskriver konkret at «I avlønningsmodellen skal forholdet mellom per-capitadelen og honorartakstene være ca 50-50.»

Med en høy per-capita-del og økende egenandeler vil den delen som blir igjen til prosedyretakster mindre. Dette vil bli enda skjevare i småkommuner dersom per-capita-delen økes som foreslått. LEON-prinsippet legges også til grunn i stortingsmeldingen, og det er svært mange prosedyrer som det vil være faglig (og økonomisk?) ønske om at allmennpraktikerne fortsatt skal utføre. Få allmennpraktikere vil våge å gjøre de tilsetninger av medarbeidere og investeringer i utstyr som skal til for å utføre praktiske prosedyrer i en situasjon der det i fremtiden ikke ser ut til å være regningsvarende å utføre slike prosedyrer. I småkommuner vil det neppe være grunnlag for slike investeringer overhodet dersom den foreslåtte finansieringsmodellen legges til grunn.

De som allerede har gjort investeringene vil trolig fortsette å gjøre praktiske prosedyrer i allmennpraksis, men på litt sikt vil





allmennpraktikeren reduseres til å bli en henvisende lege. Er det virkelig det vi vil ha?

Samfunnsmedisin

Stortingsmeldingen har virkelig avslørt en formidabel begrepsforvirring i departementet. Her omtales offentlig legearbeid i en eneste «suppe» som samfunnsmedisin. Riktignok er det i «Boks 4.9 Samfunnsmedisin» en relativt god beskrivelse av samfunnsmedisin som fag, men i meldingen forøvrig er tilsynslegearbeid, skolehelsearbeid og helsestasjonsarbeid omtalt som samfunnsmedisin.

Selv om dette er en stortingsmelding om det kurative legearbeid, hadde departementet en unik mulighet til å gjøre noe med samfunnsmedisinens plass og rolle i kommunen og i helsetjenesten. Denne muligheten har departementet ikke grepet. Det er i relasjonen ikke foreslått noen endring i samfunnsmedisinske oppgaver og organisering, og det er heller ikke foreslått noen stimuleringsiltak for å bedre rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger og offentlig legearbeid. Jeg er redd dette vil føre til en «stille død» for samfunnsmedisinerne i kommunen og en ytterligere nedprioritering av det offentlige legearbeid. Forpliktelsene overfor pasientene på legens liste vil i en fastlegeordning føre til en sterkere binding til det kurative arbeidet på bekostning av de offentlige legeopp-gavene.

Jeg mener at alle allmennleger i en kommune skal dele på de offentlige legeopp-gaver, slik at alle må ha noen timer helsestasjon, skolehelsetjeneste, tilsynslegearbeid eller samfunnsmedisin. Men det må ikke være opp til kommunen å bestemme hvor mye den enkelte skal tilpliktes av slikt arbeid uten noen øvre grense! Normalt vil det være tilstrekkelig om alle legene i kommunen arbeidet omlag en halv dag pr. uke med slikt arbeid.

Turnuslege

Skal vi få leger til allmennpraksis i framtiden må det være turnustjeneste i allmennmedisin. Meldingen beskriver meget kortfattet hvordan turnuslegen er tenkt innpasset i fastlegeordningen. Beskrivelsen er så kortfattet at den gir svært stor grunn til usikkerhet, og mange muligheter for tolkning av hvordan turnustjenesten er tenkt organisert.

I vedlegg 1 i stortingsmeldingen sies det at «erfaringene fra Tromsø viser at det er enkelt å innpasse turnuskandidater i fastlegeordningen», mens det i sluttrapporten fra Tromsø (6) skrives at «erfaringer fra Tromsø og Danmark viser at det er enkelt å innpasse turnuskandidater i en fastlegeordning.» Dette ser mistenkelig ut som sitatfusk, for organiseringen av både selve fastlegeordningen og turnustjenesten er i Danmark betydelig forskjellig fra det forslag som fremmes i stortingsmeldingen. I den nevnte sluttrapporten fra Tromsø (6) diskuteres detaljert generelle forutsetninger for innpassing av turnuskandidat. Skal turnustjenesten finne sin plass i en fastlegeordning i Norge må det etter mitt syn innarbeides mange elementer fra den danske ordningen, både når det gjelder selve fastlegeordningen og når det gjelder måten danskene har organisert turnustjenesten.

52 ukers listean-svar

Det er fullt mulig å få til et 52 ukers listean-svar dersom legene får et samlet kollegialt ansvar. I forslaget er det imidlertid kommunen som skal ha all styring, mens legene får alle pliktene, også plikten til å skaffe vikar. Også leger må ha rett til ferie, rett til å bli syk, rett til å få barn, rett til videre- og etterutdanning! Det blir ikke lett å få til dette slik ansvarsfordelingen mellom kommunene og legene er beskrevet.

Det er rett og slett ikke mulig å få legene til å akseptere et 52 ukers listean-svar uten at det samtidig føl-

ger at legekolegiet skal ha en avgjørende innflytelse på hvordan allmennlegetjenesten bemannes, på arbeidsvilkår og listestyling.

Privatpraktiserende allmennleger i en fastlegeordning må gis nødvendig frihet til å organisere sin virksomhet. Det må tas tilbørlig hensyn til at fastlegene vil være selvstendig næringsdrivende og ikke arbeidstakere.

Dialog og forhandlinger

Stortingsmeldingen gir et utgangspunkt for forhandlinger. Det er mange punkter som må endres eller justeres for at vi skal få dagens allmennleger til å finne det hensiktsmessig å være med på en slik ordning. Det kan være mulig gjennom dialog å finne fram til de sider ved stortingsmeldingen som må endres før legene ser en fastlegeordning som en tjenlig ordning for å gi norske innbyggere en bedre allmennlegetjeneste.

Johnny Mjell
Tørfestvn. 6B
3124 Tønsberg

Litteratur

1. Mjell J, Hoftvedt BO. Norsk allmennmedisin er i front, men UEMO utfordrer til forbedring. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115:409.
2. Mjell J, Ebbing H. Vår møte i Den europeiske allmennpraktikerorganisasjonen. Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115:2306.
3. Mjell J, Ebbing H. EU-krav vil få store konsekvenser. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116:118-119.
4. Hasvold T, Johansen R. Fastlegeforsøket. Evalueringsrapport. Tromsø; Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, 1996.
5. Tellnes G. Sickness Certification. Oslo; Universitetet i Oslo, 1990.
6. Steinert SR. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune. Sluttrapport etter tre forsøksår. Tromsø, 1996.

Medarbeiderne er ikke nevnt



Tove Rutle og Kari Svarttjernet

Helt siden starten på fastlegeforsøket har medarbeiderne vært forbedret på innføring av fastlegeordning. Så langt, også vært positive til intensjonen med en slik ordning.

Når Stortingsmeldingen nå ligger på bordet er det med et snev av usikkerhet vi registrerer at medarbeiderne ikke er nevnt. Imidlertid er finansieringsformen og selve organiseringen av legekantoret foreslått endret. Dette er grunnlaget for medarbeidernes virksomhet på legekantoret. Vår faglige utvikling og våre lønns- og arbeidsforhold spesielt og kvalitetsnivået på legekantorets tjenester generelt er knyttet til dette. Vi ser derfor fremover med bekymring. Erfaringsmessig vet vi at en overgang fra kommunal praksis til privat drift i seg selv er vanskelig. Således kan vi med sikkerhet si at en fastlegeordning vil få stor betydning for medarbeidergruppen.

Som legekantorets ansikt utad og pasientens første møte med primærhelsetjenesten, vil det være avgjørende for medarbeiderne å delta i planleggingen av ordningen. Medarbeidernes muligheter til å se helhet og kunnskaper om praksis vil være av stor nytte for så vel pasienter som legekantorets indre liv. Så langt vi er kjent med har medarbeiderne hatt liten mulighet til å påvirke forberedelser og gjennomføring av fastlegeforsøket. Heller ikke har de vært med under arbeidet med stortingsmeldingen.

I fastlegeordningen vil primærhelsetjenesten bli pålagt større ansvar og flere oppgaver. Dette vil for medarbeidere og for legene

bety endrede rutiner, høyere effektivitet og økt arbeidsmengde. Skal man være villig til å gå for en slik ordning, må det stilles krav til at legene får større innflytelse på organiseringen enn meldingen leg-

ger opp til. Tilsvarende må legene se medarbeidernes behov for gode arbeidsavtaler og muligheter for å være medvirkende i endringsprosessen og være åpne for at de kan påvirke sin egen arbeidssituasjon.

Medarbeiderne i fastlegeforsøket er positive

Medarbeiderne fra de fire kommunene i fastlegeforsøket er tilfredse med fastlegeordningen. Den klare grensen for hvilke pasienter de har ansvar for, veier opp for at de nå har mer å gjøre.

Etter telefonhenvendelse til flere legekantor i de fire kommunene i fastlegeforsøket, er det ingen tvil om at medarbeiderne føler større ansvar for pasientene. Fra tidligere å kunne henvise pasienter til andre legekantor, er oppgaven nå å skape tilgjengelighet og kvalitet til «egne» pasienter. Som en av medarbeiderne uttrykte det: «Nå er det mer kvalitet og mindre kvantitet. Begge deler tar tid, men det gir en langt bedre følelse å utføre kvalitet, enn å ha som mål å nå over flest mulig pasienter.» Den klare grensen for hvilke pasienter man må ta vare på setter medarbeiderne stor pris på og gjør pasienthenvendelsene enklere.

Økt arbeidsmengde

Medarbeiderne mener arbeidsmengden har økt i fastlegeforsøket. Spesielt legekantorene som har gått over fra kommunal til privat virksomhet påpeker at det er mer å gjøre. De har vanskelig for å sette fingeren på årsaken til den økte arbeidsmengden, men antar at bedre rutiner og bedre oversikt har medvirket til økt effektivitet og dertil høyere tempo.

Bedre samarbeid og rutiner

Som en positiv virkning av ordningen mener medarbeiderne at samarbeidet og teamfølelsen på legekantoret er styrket. Med et definert pasientansvar har et godt samarbeid mellom leger og medarbeidere blitt en sekundær

effekt -et samarbeid om ;»hvordan kan vi best ta vare på pasientene våre?» Dette spørsmålet har gitt mange nyttige diskusjoner og endringer av rutiner.

Det er så langt vi kjenner til ingen medarbeidere som har deltatt i planleggingen av fastlegeordningen. Dette har vært et savn. Selv mener de at flere av barnesykdommene i starten av forsøket til dels kunne vært unngått dersom de hadde vært med i diskusjonen i forkant. For noen medarbeidere ble det frustrerende å sitte som frontpersonell og være den som skulle svare på spørsmål om blant annet pasientlistene, men som lite og ingenting visste om den praktiske gjennomføringen.

Medarbeiderne står sterkere

Medarbeiderne i forsøket har ikke følt usikkerhet omkring ansettelse og arbeidsforhold under fastlegeforsøket. Riktignok er det flere organisasjonsvarianter hvor noen er ansatt av legene, andre er kommunalt ansatt. Vårt inntrykk er at medarbeiderne har fått anledning til å forhandle både ansettelsesforhold og arbeidsavtaler i overgangen til forsøket.

Selv mener medarbeiderne at de står sterkere nå under fastlegeordningen enn tidligere. Ansvar for lister, for pasienthenvendelser og krav til tilgjengelighet ikke minst, krever dyktige medarbeidere konkluderer de...

Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten:

Ikke hva jeg hadde håpet på, ikke hva norsk allmenntjeneste fortjener, men det kan fortsatt bli en fastlegeordning



HANS KRISTIAN BAKKE
Leder for Alment praktiserende lægers forening, Apf.

Norske allmenntjenestere er med god grunn stolte av sitt fag. Norsk allmenntjeneste er blant de beste i Europa. Departementet ser allmenntjenesten som fundament i norsk helsevesen. Dette passer dårlig med den nedslående beskrivelse departementet gir av vårt fag og vår utøvelse av faget innledningsvis i stortingsmeldingen. Videre beskrives erfaringene fra forsøket med fastlegeordning i fire norske kommuner uten at man finner grunn til å gå nærmere inn på, eller finne løsninger i forhold til, de problemene som er avdekket.

Meldingen setter opp en rekke mål for god allmenntjeneste som jeg støtter: Bl.a. god kvalitet, god tilgjengelighet, LEON og KOPF. De fleste av oss arbeider

idag på en måte som gjør at vi i stor grad fyller disse målene. I den grad vi ikke gjør det, skyldes dette bl.a. kapasitetsproblemer – forhold vi ikke rår over.

Det gis det inntrykk at pasientene idag stort sett ikke har fast lege, at pasientene oftest bruker flere leger samtidig eller bytter allmenntjeneste ofte, at det ikke er forpliktende forhold mellom lege og pasient utenfor fastlegeordningen. Dette er galt! Der man har stabil og god allmenntjenestedeckning savner denne beskrivelsen sitt motstykke i virkeligheten. Isteden velger departementet å beskrive norsk allmenntjeneste ut fra forholdene på steder med svært dårlig kapasitet og/eller svært stor grad av diskontinuitet i allmenntjenestestillingene. Samtidig sier meldingen skuffende lite om hvordan akkurat disse problemene skal løses ved en fastlegeordning. Det synes som om man i departementet lever i den tro at fastlegeordningen i seg selv skaper den kontinuitet blant allmenntjenestere og den kapasitet i tjenesten som kreves for at fast lege skal bli noe mer enn ord.

Forsøket med listepasientordning i fire norske kommuner beskrives nøye. Det er skuffende at man i svært liten grad har valgt å dvele ved, og forsøke å finne løsninger på de problemene legene i forsøkskommunene har pekt på (bl.a. for lange lister og mulighet til å ta vikar inn i praksis). Bedringen i tilgjengelighet og stabilitet beskrives uten at man finner

grunn til å diskutere hva dette er en effekt av; privatisering eller fastlegeordning? Tilsvarende resultater er oppnådd andre steder i landet ved å konvertere fra fast lønn til driftstilskudd. Det anføres at det er blitt lettere å nå legen på telefon, dette til tross for at telefonkostnaden er tatt ut av tariffen. Dette er en drøy påstand tatt i betraktning at det som er målt er i hvilken grad pasientene har nådd fram til hjelpepersonell eller telefonsvarer!

Det kan være nyttig å forsøke å heve seg over skuffelsen over hvordan vi og vårt fag beskrives og fraværet av løsninger på de problemer meldingen peker på, dels ikke peker på. Fra departementets side har man nok følt et sterkt behov for å rettferdiggjøre en reform.

Hva er bra i meldingen?

Det er meget positivt at meldingen så klart definerer allmenntjenesten som fundament i helsevesenet. Henvissningsplikt og tilbakevissningsplikt legges inn som klare premisser, noe allmenntjenestene har ønsket lenge. Det kan være positivt at allmenntjenestene får et så stort ansvar som meldingen legger opp til. Meldingen tar gledelig nok opp dårlig stabilitet og kapasitet (tilgjengelighet) som sentrale problemer i allmenntjenesten, og det uttrykkes et klart ønske om å finne en løsning på dette. Dessverre sitter man igjen og spør seg hvordan en fastlegeordning skal

kunne løse akkurat disse sentrale problemene. Signaler om at man vil utarbeide veiledende retningslinjer for organisering av legevakt er kjærkomment. Videre er det positivt at helseministeren har signalisert at man vil bruke tid på innføringen av ordningen (antydning hele landet i 3 år). Dette gir muligheter for å løse endel problemer, ikke minst bemanningsproblemer, som krever tid.

To hovedproblemer

Slik jeg ser det, står allmennlegetjenesten idag overfor to hovedproblemer:

1. Dårlig stabilitet i allmennlegestillingene en del steder.
2. For dårlig allmennlegetekning i forhold til de arbeidsoppgaver og den populasjon vi skal ivareta.

Med en fastlegeordning kan disse problemene forsterkes, dels bli tydeligere.

Stabilitet i allmennlegestillingene

En fastlegeordning vil kun fungere etter intensjonen i den grad ordningen sikrer stor grad av stabilitet i allmennlegestillingene. Problemene med dårlig stabilitet har i første rekke vært knyttet til fastlønnsstillinger både i perifere og sentrale strøk. Spørsmålet blir om den modell man legger opp til sikrer tilstrekkelig grad av stabilitet i distriktene. Det er lite nytt i de forslag som fremmes for å bidra til å sikre slik stabilitet. At man i tillegg legger opp til en økonomisk modell i ordningen som i meget sterk grad vil favorisere leger i befolkningstette strøk med lange lister gjør dette enda verre. Når 50% av omsetningen i praksis skal komme fra basishonoraret, blir dette distriktsfiendtlig. Det er ikke tilstrekkelig at man i denne sammenheng skal lage spesielle ordninger for kommuner med mindre enn 3000 innbyggere. Selv har jeg erfaring fra Ullensvang Herad i



Hardanger. Heradet har 4000 innbyggere. I min del av kommunen (Utne) var det 1600 innbyggere og 2 leger. Med den økonomiske modell som er lagt fram, vil de legene som idag er på Utne raskt finne det mer tjenlig å få seg en lengre liste i Bergen, evt. begynne å jobbe i sykehus. Det vil også innenfor en fastlegeordning være slik at man mange steder i landet, av hensyn til vaktbelastningen, vil måtte ha en allmennlegetekning som er langt bedre enn den generelle norm. Erfaring fra samme legekantor er at man aldri hadde for lite å gjøre kurativt. Det var ingen spesialister eller poliklinikker på lang avstand. Ikke en pasi-

ent forlot kommunen uten at allmennlegene hadde sett på vedkommende først. En finansieringsmodell med mindre andel basishonorar og større andel stykkprisfinansiering vil jevne ut forskjellene mellom leger med lange lister (sentrale strøk) og leger med korte lister (perifere strøk). En fastlegeordning som favoriserer leger i sentrale strøk på bekostning av leger i perifere strøk, kan vi ikke akseptere.

Meldingens beskrivelse av den gamle huslegen som «tryggheten og bestandigheten selv» frister meg til å fortelle en opplevelse fra Hardanger. En søndag formiddag over en kopp kaffe i forbindelse med et sykebesøk fortalte en vel 80 år



gammel mann på Vines om hans erfaring med den gamle huslegen. Han hadde truffet ham bare en gang, det tok vel ett døgn før han kom, og det var den mest kostbare opplevelsen de hadde på mange år i hans familie!

Kan en fastlegeordning bidra til å bedre allmennlegedekningen?

Det er en *provokasjon* når Helseministeren på pressekonferansen ved fremleggelse av den aktuelle stortingsmeldingen sier at denne reformen vil føre til behov for færre leger. Erfaringen fra forsøket viser at det motsatte er tilfelle. Dette passer også dårlig med det som står skrevet i meldingen om at tilgjengelighet og utgifter har gått opp, at øket tilgjengelighet var et av målene, og at økte utgifter derfor må forventes og aksepteres.

Skal en fastlegeordning fungere etter intensjonene, er det helt maktpåliggende at den lege pasienten står på liste hos, kan gi et tilbud om legetjenester når pasienten trenger det.

Pasientens valgmuligheter i forhold til å søke helsetjenester blir innskrenket i et fastlegesystem. Mens man tidligere kunne henvende seg flere steder, vil man i en fastlegeordning i større grad være prisgitt et tilbud hos fast lege. Erfaringene fra legene i forsøkskommunene og evalueringen av forsøket viser at arbeidsmengden har økt. Kravene fra pasientene øker, behov synliggjøres (uten at det er noe galt i det) og flere oppgaver flyttes fra 2. til 1. linjetjenesten. Listene er blitt for lange! *Den økte arbeidsbelastningen og det økte ansvaret må finne sitt motstykke i en villighet hos myndighetene til å prioritere allmennlegetjenesten i forhold til å få tilført flere legeårverk de nærmeste årene.*

Ivaretagelse av det beste vi har idag

Noe av det som kjennetegner norsk allmennmedisin er at vi gjør mye selv med pasientene. Vi hen-

viser i liten grad videre til 2. linjetjenesten. *Ethvert grep som fører til noen få prosent flere henvisninger pr. år til en allerede svært presset annenlinjetjeneste vil bli svært dyrt for samfunnet og det vil føre til stor grad av misnøye i befolkningen.* Det er i så måte svært skuffende at man legger opp til en økonomisk modell som i mindre grad enn i dagens driftstilskuddssystem stimulerer allmennlegene til selv å foreta utredning og behandling av pasientene og i mindre grad stimulerer til å prioritere de pasientgrupper som har størst behov for legetjenester og som samtidig fremføres som prioritert fra politisk hold. En økonomisk modell med 50% av omsetningen i form av basistilskudd favoriserer legen med lang liste bestående av unge (vesentlig friske) personer på bekostning av legen som arbeider lange uker på en kort liste bestående av mange kronikere og andre med stort behov for helsetjenester. Dette er feil vei å gå, noe ikke minst de kvinnelige allmennlegene i forsøket har påpekt gjentatte ganger.

Fastlegeordning – en ansvarsreform

En fastlegereform er en ansvarsreform. Det er en reform som mange steder vil føre til større forandringer for legene enn for pasientene. Pasientene har alltid hatt rett til å velge seg en fast lege. Dårlig kapasitet og/eller stabilitet hos allmennlegen har begrenset pasientenes rett i så måte. *En fastlegeordning får et innhold etter intensjonen kun i den grad ordningen sikrer nødvendig tilgjengelighet og stabilitet. Legene får nå ansvaret for å gi pasientene denne retten til fast lege og de ytelser dette innebærer. Da må allmennlegene også få innflytelse på rammebetingelsene.* Allmennlegene kan være villige til å ta på seg dette meransvaret. Dette forutsetter imidlertid at dette meransvaret finner sitt motstykke i en vesentlig innflytelse på organiseringen av allmennlegetjenesten i kommune-

ne, herunder bl.a. listelengder og bemanning. Behovet for slik innflytelse er klart når en leser hva som listes opp som legenes ansvar (og klager skal rettes til legen, ikke kommunen) – listen er ikke uttømmende:

- Ansvar for en definert populasjon, inkl. Ø.Hj. på dagtid
- 52 ukers ansvar og ansvar for å skaffe vikar
- Tilfredsstillende telefontilgjengelighet og rimelig ventetid
- Henvisningsplikt, tilbakevisningsplikt og som hovedregel sykemelding fra fast lege – dette ønsker vi, men det innebærer merarbeid
- Plikt til å delta i tverrfaglig samfunnsmedisinsk arbeid – kommunene skal bestemme omfanget
- Der det er aktuelt, delta i opplæring av turnuskandidater.

Offentlige allmennlegeoppgaver

Det gjøres til et stort poeng i meldingen at man mange steder har hatt problemer med å få allmennlegene til å dekke kommunale bistillinger. Videre forklares dette ut fra legenes pekuniære motiver uten tanke for at allmennlegene har et altfor stort arbeidspress. Man ser også helt bort fra at endel kommuner bevisst har valgt å ikke bruke de privatpraktiserende allmennlegene til denne type arbeid. Det er min mening at alle allmennleger skal delta i denne type arbeid i kommunene, noe også meldingen legger opp til. I meldingen gis det inntrykk av at kommunene skal kunne pålegge legene offentlige allmennlegeoppgaver nærmest ad libitum. Her må det inn noen rammer som man kan forholde seg til. Videre bør det gis mulighet for at legene, innenfor visse rammer, tar del i offentlig legearbeid i varierende grad etter hvor de er i sin yrkeskarriere. Dessverre diskuterer ikke meldingen hvilke konsekvenser en fastlegeordning kan få for organiseringen av det arbeid

som idag utføres av allmennleger, f.eks. ved helsestasjon og i skolene.

Vikarordninger

En fastlegeordning stiller større krav til vikarordninger og vikarmuligheter enn dagens system. Departementet ser dette helt annerledes og skriver i meldingen: «det skal hverken være nødvendig eller mulig for en lege å ta inn ekstra legehjelp for å betjene sin liste – det ville innebære en uthuling av fastlegeprinsippet». Dette er fullstendig galt. Det er min påstand at fravær av mulighet til å ta inn vikar i egen praksis vil være en uthuling av fastlegeprinsippet. Mulighet til å ta inn vikar sikrer legen mulighet til nødvendig fri for bl.a. videre- og etterutdanning og dermed kvaliteten på de tjenester som ytes. Videre er det klare signaler fra forsøkskommunene om at dette bidrar til større grad av stabilitet blant kvinnelige allmennleger i ordningen. Det må være mulig å kunne bruke vikar f.eks. i perioder med større omsorgsoppgaver. Det må være bedre for pasientene at de møter en vikar på det legekantoret de vanligvis søker enn at de må gå til en annen lege på et annet kontor som ikke har journaler og som har en full liste å betjene allerede. Dette betyr ikke at jeg ønsker listebaronier. Det skal vi unngå. Redselen for baronier må ikke hindre oss i å lage ordninger som gjør det mulig å leve med våre lister.

Refusjonsreglene for vikarer i allmennpraksis må endres i tråd med intensjonen i den reform man søker innført! Dette aspekt må finne sin løsning, og ikke sin begrensning i forskrift om refusjonsrett som idag. Det er verd å merke seg at et av de mest sentrale krav fra legene i forsøket har vært muligheten til å ta vikar inn i praksis.

En fastlegeordning som legene ikke finner tilfredsstillende, vil heller ikke bli tjenlig for befolkningen. Allmennlegene må således ha mulighet til å begrense sin arbeidsmengde (listelengde, mulighet til å ta inn

vikar i praksis) slik at hensynet til videre- og etterutdanning, nødvendig fritid og hensyn til familie ivaretas. Dette ikke minst av hensyn til kvaliteten på de tjenester vi skal yte befolkningen.

Aplf som fagforening og eventuell fastlegeordning

Aplf som fagforening må forholde seg til noen helt klare realiteter i denne saken. Som fagforening skal vi bl.a. ivareta medlemmenes interesser vedrørende lønns- og arbeidsvilkår. Aplf har den styrke at alle medlemmene har en felles faglig plattform. Det har på hver generalforsamling fra 1993 vært uttalt stor grad av skepsis fra medlemmene til ordningen. Samtidig er det like klart at legene i forsøkskommunene i stor grad er fornøyd, men de har like klare krav til forbedringer. Det er grunn til å nevne at fastlegene i Tromsø i februar i år var klare til å legge ned listeordningen dersom man ikke hadde fått gjennomslag for sitt krav om en rett til, innenfor visse rammer, å kunne sette tak på sin egen liste.

Styret i Aplf har blitt beskyldt for å være prinsipielle motstandere av, og svært negative til en fastlegeordning. Dette til tross for at styret og undertegnede gjentatte ganger har uttalt at man i perioden som har vært ikke har villet ta endelig standpunkt hverken for eller imot, men i stedet har funnet det riktig å vurdere ordningen slik den etterhvert fremtrer. Dette er fortsatt holdningen i styret i Aplf. De rammer for en nasjonal fastlegeordning som eventuelt blir lagt frem etter behandling av meldingen i Stortinget, de påfølgende arbeidene i departementet og forhandlinger mellom partene vil til slutt måtte legges frem i en generalforsamling (evt. ekstraordinær generalforsamling) i Aplf for at medlemmene skal få si sin endelige mening.

I tiden som kommer legger Aplf opp til en bred organisasjons-

messig behandling av den fremlagte stortingsmeldingen. De tillitsvalgte i hvert fylke er oppfordret til å arrangere medlemsmøter og styret vil gjøre hva de kan for å delta på disse.

Fastlegeordning – Quo vadis?

Hva må til for å få støtte fra allmennlegene til en fastlegeordning?

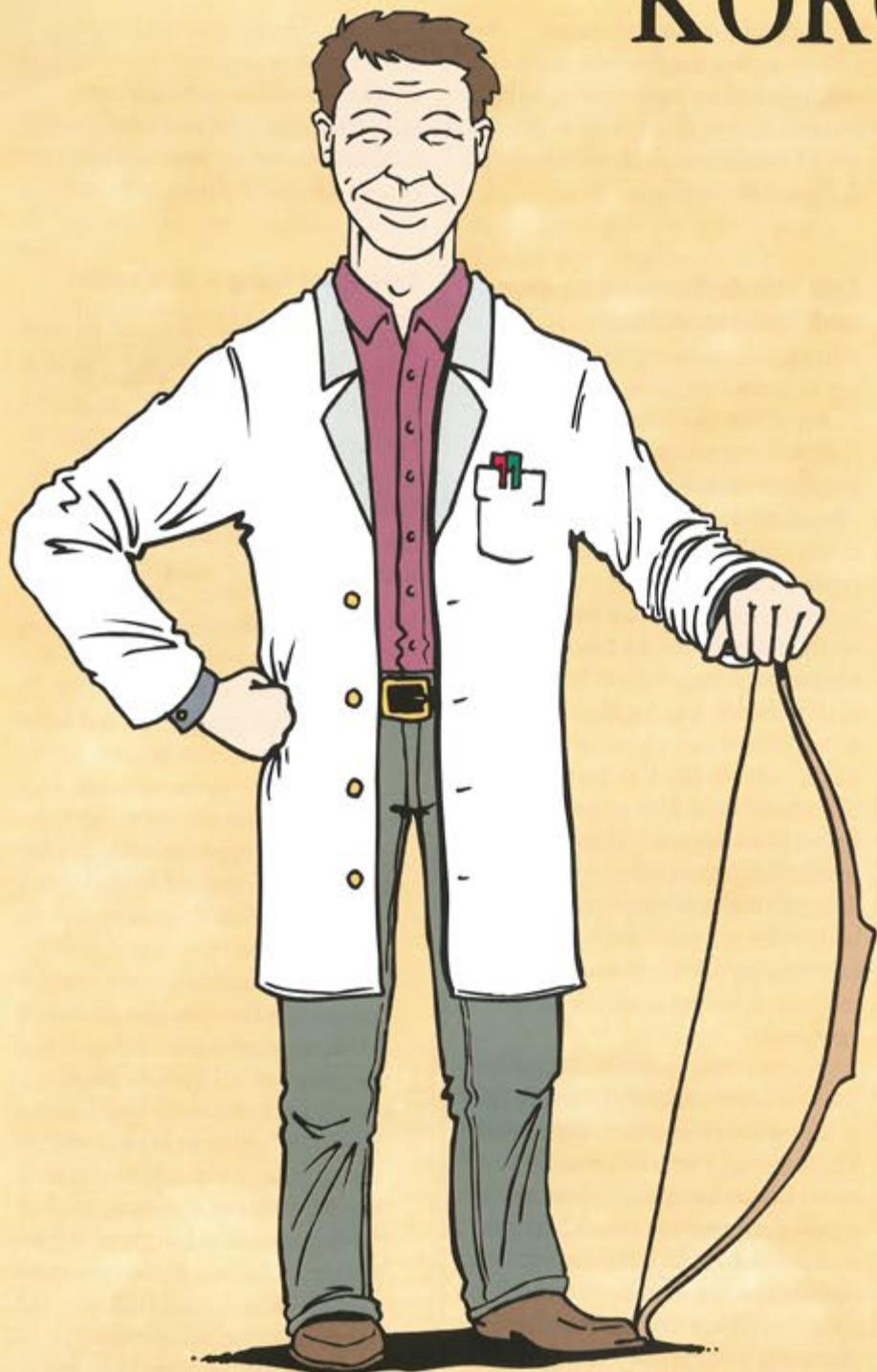
For det første vil det være tilnærmet umulig å få etablert en fastlegeordning i Norge uten allmennlegenes medvirkning. *Jeg tror man kan få norske allmennlegers støtte til en fastlegeordning under noen helt klare forutsetninger:*

- Hensynet til legetjenesten i distriktene må ivaretas på en tilfredsstillende måte
- Den modell man velger må stimulere legene til å ta seg av de pasientkategorier som trenger det mest og som er prioritert, og den må legge forholdene til rette for en optimal fordeling av oppgaver mellom 1. og 2. linjetjenesten
- Legenes økte ansvar må finne sitt motstykke i en tilsvarende innflytelse på organiseringen av legetjenestene i kommunene, herunder bl.a. legedekningen.
- Videre må allmennlegene føle en trygghet for at det beste fra dagens ordning videreføres i et fastlegesystem. Mulighetene for å sikre kvaliteten på de tjenester vi skal yte bl.a. gjennom vår videre- og etterutdanning, muligheten til å sette grenser for ukens og årets arbeidslengde og mulighet for avlastning (vikar) når legitime grunner tilsier det blir svært viktig.

Hans Kristian Bakke
Fyllingsdalen 3-legesenter
Oasen bydelscenter
5033 Fyllingsdalen

KORONARE RI

– mer enn h



Card
doxazosin

– mer enn et

CARDURAN "Pfizer"

Selektiv alfa₁-blokker ATC-nr. C02C A04

Tabletter: 2 mg, 4 mg og 8 mg: Hver tablett inneh.: Doxazosin mesylat. aeqv. doxazosin. 2 mg resp. 4 mg et 8 mg Laktose, hjelpestoffer.. Tabletter 2 mg og 8 mg med delestrek.

Indikasjoner: Hypertensjon, gitt alene eller i kombinasjon med tiazid, beta-blokker, kalsiumantagonist eller ACE-hemmer. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet overfor quinazoliner (prazosin eller doxazosin). Nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Forholdsregler hos pasienter som allerede bruker doxazosin, og som får hjerteinfarkt, må vurderes individuelt.

Bivirkninger: Vanligst er ortostatisk svimmelhet initialt, hodepine, slapphet/uvelfølelse, vertigo, ødem, asteni, søvnløshet, kvalme og rhinitt.

Urininkontinens er sjeldnere. Isolerte tilfeller av priapisme er rapportert ved bruk av alfa₁-antagonister, inkludert doxazosin. Med lav startdose (1 mg) og forsiktig doseøkning er takykardi og palpitasjoner sjeldne. Brystsmerter eller forverrelse av brystsmerter kan betinge seponering eller dosereduksjon. Ortostatisk blodtrykksfall, eventuelt med synkope, kan forekomme. Hjerteinfarkt, arytmier og slag er rapportert, men sammenheng med behandlingen er ikke klarlagt.

Forsiktighetsregler: Pasienter med angina pectoris bør på forhånd bruke midler som gir effektiv profylakse mot angina-anfall før de får doxazosin. Muligheten for uforutsett kraftig antihypertensiv effekt, spesielt ved samtidig betablokker-behandling, tilsier at doxazosin introduseres i lave doser (1 mg) og at eventuell doseøkning skjer langsomt. Ved overgang fra betablokker til doxazosin hos pasienter som har angina pectoris, må vanlige forsiktighetsregler ved seponering av betablokker iakttas og doxazosin først initieres etter at pasienten er blitt hemodynamisk stabil. Pasienter med symptomatisk hjertesvikt bør primært ha behandling rettet mot hjertesvikten før doxazosin initieres. Pasienter med behandlet hjertesvikt bør kontrolleres nøye i startfasen, med henblikk på eventuell forverrelse. Som for alle legemidler som metabo-

Carduran
doxazosin

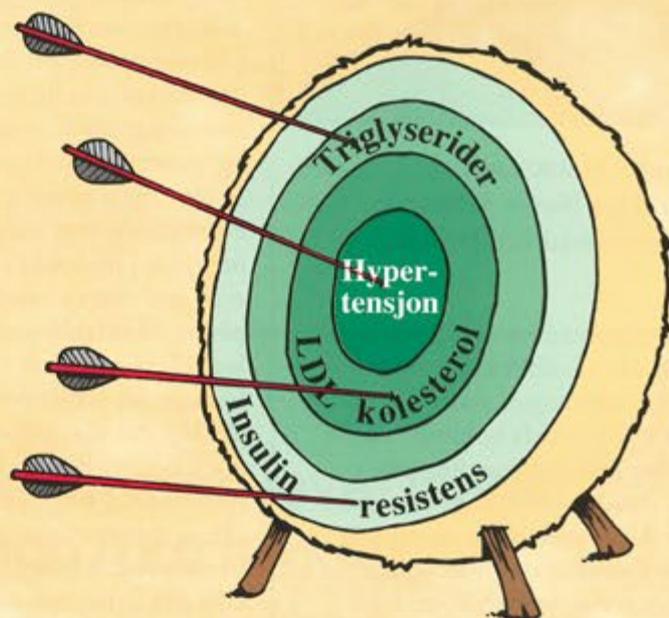
SIKOFAKTORER

ypertensjon

uran[®]



antihypertensivum



liseres fullstendig av lever skal doxazosin administreres med forsiktighet til pasienter med nedsatt leverfunksjon. Ingen erfaring foreligger om bruk av doxazosin hos barn. Evnen til å betjene maskiner, motorkjøring o.l. kan påvirkes, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Symptomatisk behandling av benign prostatahyperplasi bør institueres i samarbeid med spesialist i urologi. Før behandling iverksettes, og regelmessig under behandlingen, skal pasienten undersøkes nøye med digital rektal eksaminasjon, registrering av symptomer og måling av prostataspesifikt antigen (PSA) for om mulig å avdekke prostatacancer.

Graviditet/ amming: Forsøk hos dyr har ikke vist tegn på teratogen effekt, men indikerer akkumulering i brystmelk. Dyreforsøk med doser 300 ganger høyere enn øverste terapeutiske dosering har vist redusert føtal overlevelse. Sikkerhet er ikke godtgjort hos gravide eller ammende, og doxazosin bør bare brukes når behandlingsbehovet er avveiet mot mulig risiko.

Interaksjoner: Doxazosin kan forsterke blodtrykksenkning som skyldes andre midler med virkning på blodtrykket. Blodtrykksenkning av doxazosin kan motvirkes av antiflogistika. **Dosering: Hypertensjon: Voksne:** Doserer én gang daglig. Initialt 1 mg. Dosen kan økes etter en eller to uker til 2 mg dag-

lig. Om nødvendig kan dosen fordobles hver annen uke. Høyest anbefalte dose er 16 mg daglig. **Benign prostatahyperplasi:** Doserer én gang daglig. Initialt 1 mg. Om nødvendig kan dosen dobles hver eller hver annen uke til maksimalt 8 mg. Vanligste vedlikeholdsdose er 4 mg daglig. Vanlig dosering av doxazosin kan benyttes hos pasienter med redusert nyrefunksjon.

Overdosering/ forgiftning: Inntre hypotensjon, legges pasienten straks flatt med hodet ned. Annen behandling gis individuelt etter behov. Dialyse er ikke indisert på grunn av doxazosinets høye proteinbinding.

Pakninger og priser:

2 mg: Enpac: 28 stk kr 217,30

98 stk kr 586,30

4 mg: Enpac: 98 stk kr 742,80

8 mg: Enpac: 98 stk kr 1125,40

T: 12

Refusjon § 2-13 ved
benign prostata hyperplasi



Strandvn. 55 • 1324 Lysaker •
Telefon: 67 52 61 00 - Fax: 67 52 61 99



Kommentarer til Stortingsmelding nr. 23



BJARNE HAUKELAND
Leder for Norsk Selskap for
Allmenntidisin, NSAM.

Stortingsmelding nr. 23 om legetjenesten i kommunene og om fastlegeordningen svarer i store trekk til NSAMs holdning om at fastlegeprinsippet er ønskelig og bør innføres. Meldingen er god å lese, kort, oversiktig og det står mye fornuftig om helsetjenestens oppgaver og utfordringer. Meldingen befester primærlegen som pasientens inngangspurt til helsetjenesten. Ved å innføre fastlegeordningen fjernes den eksisterende firedele finansieringsordningen i primærhelsetjenesten. Det er positivt. Kommunene skal inngå avtale med legene og man må være forberedt på at mange kommuner vil søke en billig løsning som kan være få leger med store lister. Historien fra 1984 viser at mange kommuner løp fra sine forpliktelser i forhold til avtaler om driftstilskudd og brukte noe av disse midlene til andre oppgaver.

Departementet mener at en fastlegeordning vil løse de sam-

funnsmedisinske oppgavene samtidig som man får en bedre primærlegetjeneste. I Norge har primærlegen brukt å fungere i samarbeid med blant annet hjemmesykepleie, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Allmennpraktikeren bidrar med kunnskaper som er nødvendige for at de andre leddene skal fungere faglig tilfredsstillende. Den nye kombilegen vil likevel m te praktiske vansker. Fastlegen vil bli en mer engasjert doktor for sin pasientpopulasjon, men det kan bli vanskelig å engasjere fastlegen i tverrfaglig arbeid utenom konkrete oppgaver som vedrører legens liste. Jo mer legen er fraværende fra sitt kontor, dess mer utilgjengelig blir han/hun i forhold til sitt listean-svar. Inkludert i beredskapsansvar på dagtid. Meldingen åpner ikke for felles listean-svar for legesentral bortsett fra i småkommuner. I så fall blir det mye behov for fast vikar hvilket kan bli komplisert, ikke minst for solopraktikere. Departementet sier ikke noe om hva som skjer hvis legen blir syk, eller har annet utforutsett fravær.

Meget viktig for NSAM er muligheter til videre- og etterutdanning, fagutvikling og anledning til forskning i primærhelsetjenesten. Om det siste sies det lite og det er bekymringsfullt. Ordningen forutsetter et 52 ukers  rlig ansvar for pasientene. Samtidig uttrykkes behovet for kontinuerlig faglig oppdatering rettet mot de behov pasientene har og at framtidig utdanning bør sikte på tverrfaglige opplegg som legger vekt på samhandling med andre faggrupper. Det opplyses om Cochrane-samarbeidet, NOKLUS og Senter for samhandling i helsetjenesten.

Utdanning og kurs koster tid

og penger. Resultatet kan bli at det for mange leger ikke blir tilstrekkelig anledning til fravær til slik utdanning. Det er bekymringsfullt at Utdanningsfond II nevnes som en stor ressurs uten å nevne at størrelsen på fondet skjæres ned. Innenfor meldingen må deltakelse i videre- og etterutdanning sikres både som en rett og en plikt, for fastlegen. Det må være et mål at fastleger er spesialister i allmenntidisin, eventuelt med særordninger for de eldste.

Det sies mye om at allmenntidisen skal få bedre anledning til å ivareta pasienter med kompliserte og sammensatte problemstillinger, men lite om hva dette innebærer. En viktig del av kvalitetsnivået på en praksis er hjelpepersonellens kompetanse og tilgang på utstyr. Nåværende ordning med klasselassering etter bemannings- og utstyrsnivå faller bort og man må unngå vridninger som gjør at den faglige standarden senkes gjennom reduksjon av utgifter til personell og laboratorium.

Fastlegen forventes å gi sine pasienter god service og meldingen presiserer at listene ikke må være så store at legene f r for stor belastning. Den sier likevel ikke noe om legenes rett til å stenge egen liste for å kunne styre arbeidsmengden. Antall pasienter på en liste skal ikke overstige 2300. Fastlegesystemet har i andre land ført til definering av normal-årsverk. Ordningen må gi legen rett til å sette grense for egen liste ved 1500 personer ved full kurativ praksis, slik som det nå er lagt opp til i Tromsø.

En stor bekymring har vært hvordan ordningen skal fungere i utkantkommuner og sm kommu-

ner der befolkningen har få leger å velge i og befolkningsgrunnlaget vil være for lite til å drive en lønnsom praksis. Hvorvidt nevnte spesialordninger; (høyere per capita tilskudd, samarbeid mellom kommuner, fast lønn eller prosentavtale for kommuner med under 3000 innbyggere) er tilstrekkelig er uvisst. I forslaget presiseres det ikke hvordan det skal gjøres attraktivt og meritterende for legen å arbeide i en utkantkommune utover eksisterende ordninger. Slik det nå foreligger, vil forslaget stimulere til at leger helst etablerer seg nær større sentra med mulighet for avlastning, deling av ansvaret og med mulighet for vikarordninger.

Pasienten skal få rett til å velge annen lege to ganger hvert år. Det står ikke at legen må kunne reservere seg for å ha enkelte pasienter på listen, tvert om. I praksis kan

det oppstå situasjoner der lege-pasientforholdet blir ødelagt og legen bør kunne fritas for å behandle denne pasienten. Det må finnes en mulighet til å stryke enkeltpasienter fra sin liste.

Meldingen sier at fastlegen skal ha plikt til å avgi grunnlagsdata som er nødvendig for evaluering av fastlegeordningen. Oppretting av databank med opplysninger fra en samlet allmennlegetjeneste reiser en rekke spørsmål om personvern, disposisjonsrett og bruk av slike data.

Dersom forslaget blir gjennomført med forbedringer vil det føre til en forbedret kurativ praksis, med klarere ansvarlinjer mellom de forskjellige nivåer i helsetjenesten. Trolig vil man unngå en god del dobbeltarbeid der samme pasient utredes av flere leger samtidig. Forhåpentligvis vil man redusere arbeidsbelastningen på legevaktene

fordi flere ting kan gjøres på dagtid. De fleste mennesker vil få en lege som de kan bygge opp et tillitsforhold til. Mange leger vil være fornøyd med å ha et befolkningsmessig avgrenset ansvar og vil gjøre et bedre arbeid overfor dem man har ansvar for, samtidig som legen beholder kontrollen og styringen over sin egen arbeidsplass.

*Bjarne Haukeland
Tanum legesenter
Gamle Tanumv. 66
1300 Sandvika*



«De sier at man lever lenger hvis man ikke røyker»

«Hvor gammel er du, da?»

«82»

«Så det du sier er at hvis du ikke hadde røykt, så hadde du kanskje vært 90!?»

Hva kommer det av at 117 leger samles på eget initiativ for å diskutere våre produkter?



For om lag 15 år siden ble vi inspirert til å løse spesielle informasjonsoppgaver i helsesektoren. I dag inspireres leger selv, og samles for å vurdere og prege våre informasjonsløsninger.

Vårt viktigste korrektiv er god kontakt med deg

"Infobruk" er en selvdrevet kundeorganisasjonen som samles i brukergrupper som blant annet kravspesifiserer sine behov overfor Infodoc.

Samlinger med godt over hundre deltakende leger utgjør i dag en av våre viktigste arenaer for tilbakemelding. Brukergruppene diskuterer bruk av edb, men inviterer også topp foredragsholdere på medisinske tema

Hvorfor vi skylder mange leger en stor takk

Sannheten er at våre edb-løsninger i virkeligheten er utviklet av deg og dine kolleger. Programmene er utviklet på legens egne premisser - ikke elektronikkens. Våre produkter og tjenester er i stor grad basert på råd fra helsesektoren selv.

For at vi skulle få et innblikk i en kompleks profesjon, måtte vi selv veiledes, - før vi kunne bidra til et klima der forståelse og samarbeid er toneangivende. Mange av dine kolleger fortalte oss hva de ønsket, og hvordan de eksisterende hjelpemidlene ikke tilfredstilte mange legers behov.

Enkelte synes rett og slett at edb var vanskelig å få tak på, mens andre edb-fortrolige mente at hjelpemidlene var for begrensende.

Produktbredde som hjelper deg med mer enn tradisjonelle arbeidsoppgaver

Infodoc markedsfører verktøy som tilfredsstiller helsetjenestens behov for dokumentasjon og journalføring. Vi tilpasser våre produkter for det aktuelle behovet og fornyer programvare ved endringer i hel-

sesesenet, som for eksempel når det kommer nye oppgjør rutiner fra Trygdekontoret. Et aktivt samspill med Microsoft er også en garanti for kvalitet og fleksibilitet i våre leveranser.

Brukerstøttetjeneste hele døgnet

Vårt mål er at Infodocs produkter skal være lett tilgjengelige og fleksible hjelpemidler som er enkle i bruk. Derfor ønsker vi fortsatt dialog.

Denne erkennelsen har gjort Infodoc til ledende i Norge, og blant selskapets kunder er sykehus og helseinstitusjoner, spesialister, allmennpraktiserende leger, legekontorer, kommune- og bedriftsleger.

Vår brukerstøttetjeneste gir deg blant annet 24 timers service i tillegg til kontinuerlig oppfølging og vedlikeholdsavtaler.

Ta kontakt med oss - så får du bedre tid til å være lege.

infodoc
EDB FOR HELSESEKTOREN

- Ja, send meg informasjon om Infodocs informasjonsløsninger, og be en rådgiver kontakte meg.
- Send meg nærmere informasjon

Navn _____

Tittel _____

Arbeidssted _____

Telefon _____

Adresse _____

Kuponen sendes Infodoc, Postboks 122, 5042 Fjøsanger
Telefon 55 12 19 90 Telefax 55 12 33 29

St.M. 23 – Hva mener OLL?



IVAR HALVORSEN
Leder for Offentlige Legers
Landsforening, OLL.

Spenningen er foreløpig utløst – Hernes har talt. Uansett hva man måtte mene om innholdet er Stortingsmelding nr. 23 – «Trygghet og Ansvarlighet» et skjellsettende dokument for norsk allmenn- og samfunnsmedisin og bør leses av hver eneste primærlege. OLL regnet med at det ble en prinsipp-orientert stortingsmelding. Langt på vei har vi fått det. Det er dermed grunnlag for utstrakt deltakelse fra Dnlf mht. den endelige utformingen av systemet.

Umiddelbart skuffet det meg at meldingen gir et relativt grovt foretgnnet bilde av dagens tilstand. Man sier at standarden på norsk allmennmedisin er svært høy, men ellers må lesere som ikke vet bedre tro at pasienter i Norge ikke har fast lege, og spesielt ikke kronikere. Dette tas som en påminnelse om at meldingen er et politisk dokument og skal tjene politiske hensikter. Den bør leses som et salgsmotiv for fastlegeordningen. Stortinget er adressaten. Jeg blir derfor ikke så skremt av at det legges vekt på kontroll, styring,

økonomisk oversikt osv.. Noe annet ville virkelig ha vært overraskende. Departementet (SHD) og Stortinget må imidlertid bli enige med Dnlf også om slike forhold. Ellers blir det ingen fastlegeordning.

Det som virkelig er bra med meldingen er at den plasserer vår primærlegetjeneste som definitiv grunnmur i helsevesenet – på en måte som er i samsvar med våre beste tradisjoner. Grunnlaget er store og lille KOPE, LEON og vår vanskelige, men viktige dørvakt/portåpner-funksjon. Hele samlingen av våre egne kortformuleringer av hovedpremissene for et godt allmennmedisinsk virke er der – mange av oss kunne ha skrevet det selv. OLLs hovedargument for en fastlegeordning ligger nettopp her. Vi tror at både pasienter og helsevesenet er tjent med en best mulig allmennlegetjeneste. Forutsatt gode løsninger kan det også bli et bedre system for legene enn dagens konglomerat av modeller. Denne konsolideringen av allmennmedisinen som krumtapp i helsevesenet er viktig, men veien over til et langt mer degenerert, forretningsorientert tilbud & etterspørsel-system er ikke lang.

Allmennmedisinens samvirke og arbeidsdeling med spesialisthelsetjenesten og andre instanser i stat og kommune er også kongruent med 80-tallets allmennmedisinske ideologi. Allmennlegens rolle som koordinator forsterkes. SHD vil f.eks. tildele fastlegen eksklusiv henvisningsrett til spesialist. En av følgene blir et mer markert skille mellom allmennleger og privatpraktiserende spesialister i byene. Etter mitt skjønn er dette ønskelig som hovedprinsipp. Befolkningens muligheter til spesialistvurdering er i dag svært skjevt fordelt. Jeg vil heller ha en styring av spesialist-

bruken forvaltet gjennom en faglig fundert henvisningspolitikk enn styring gjennom refusjonsbegrensninger.

Det er gledelig at meldingen er opptatt av kvalitet og faglig oppdatering hos legene. SHD vil bl.a. styrke samfunnsmedisinsk kompetanse og la fastleger bli en prioritert målgruppe for utviklingen av kunnskapsbasert praksis. Det er ikke mange kommuner som har vært synderlig engasjert i slike sider.

Nyskapningene rett til «second opinion» hos annen allmennlege og klagerett for pasientene er logiske følger av et fastlegesystem. Vi bør gi pasientene andre muligheter til protest enn å bytte lege. Dette kan vi få på en god måte.

Meldingen har en virkelig alvorlig svak side. Den forbigår i stillhet at mange av dagens mangler med allmennlegetjenesten henger sammen med et feil forhold mellom legedekning og arbeidsbyrde. Fastlegeforsøket har levert sterke indisier på økt arbeidsbyrde, delvis som en ønsket effekt (kvalitetssikring) og delvis som en endring i forventningene hos befolkningen. Meldingen er tydelig på plikt-siden for legene og legger opp til tyngre legeengasjement i tidkrevende arbeid, mer tverrfaglighet, mer samordning. Dette går ikke opp. Man hopper over at også allmennleger må kunne forvente en overkommelig arbeidsmengde.

Det er forøvrig god grunn til å se på om det er legedekningen eller arbeidsoppgavene en bør gjøre mest med. Det er svært mange «rekvirenter» av legearbeid i dag. I tørketiden i Oslo kreves det legeattest for å kunne bruke hageslange i stedet for vannkanne.

Den økonomiske løsningen er relativt detaljert, med 50% av



bruttoinntekten som hode-tilskudd. Her har ønsket om forutsigbart utgiftsnivå helt overkjørt andre hensyn. Et stort hode-tilskudd og egenandeler på dagens nivå legger incitamentene på helt galt sted. Det vil lønne seg best å ha mange hoder og mange konsultasjoner. Vi vet jo at incitamentsystemene virker. Det burde være logisk at man legger størst incitament på de viktigste oppgavene og ikke motsatt. I utkanter er det nødvendig at legerne gjør større deler av utredning og behandling lokalt. Dette må honoreres. Taperne med SHDs løsning blir bl.a. de gamle og de kronisk syke med sammensatte problemer. Vinnerne blir de unge og sporadisk syke – som nok kan forvente en helt annen tilgjengelighet for sine akutte ting enn i dag. Leger som vil bruke lenger tid på pasientene og samfunnsmedisinere i store kommunale deltidsstillinger må ut fra et slikt opplegg belage seg på langt lavere lønn enn kollegene sine. Et veldifferensiert tariffsystem er et godt helsepolitisk virkemiddel. Det vil nok derfor være mer hensiktsmessig med en større andel til normaltariffen på bekostning av hode-tilskuddet.

Meldingen tar ikke mål av seg til å behandle den kommunale samfunnsmedisinen i dybden, men lover i stedet at det nå straks skal lages en NOU om Folkehelsearbeidet. Likevel har man tatt med formuleringer som kan tolkes i løfterik retning:

- «samfunnsmedisinske og grupperettede oppgaver ikke har den plass de burde hatt i kommunenes helsetjeneste» «... det er ekstra uheldig at også avlønnen er så mye lavere enn for andre oppgaver»
- «Kommunene skal ha ansvaret ...for at det samfunnsmedisinske arbeidet blir tilfredsstillende utført».

Jeg finner ikke noe i meldingen som skulle være til direkte hinder

for en kontinuering av vår tradisjon med kombileger. Det blir vanskelig å ha store kommunale deltidsstillinger, men det er det i dag også. Vi må uansett tenke gjennom endel forhold når det gjelder bredde og dybde av samfunnsmedisinske oppgavespekter på kommunenivå (jfr. Sjur Agdesteins debattinnlegg i Utposten nylig). Der er signaler om at SHD ønsker å styrke grunnlaget for både samfunnsmedisinen og de tradisjonelle «kommunale» legeopp-gavene, økonomisk og faglig. Det store spørsmålet er om dette blir noe mer enn fagre løfter. SHD har ikke tatt inn alvor i at en rekke av landets kombileger i disse dager teller på knappene mht. å trappe ned sin samfunnsmedisinske engasjement til fordel for kurativt arbeid. For øyeblikket ser det ikke ut til at vi får klarere signaler enn det dere kan lese i Stortingsmeldingen. OLL kommer ikke til å la dette få hvile.

Selv om OLL i utgangspunktet er positivt innstilt til fastlegeordningen kan vi ikke støtte noen gjennomføring av en slik reform hvis det fører til en forverring av legenes lønns- og arbeidsvilkår. Vi er nødt til å få gjen-nomslag for viktige forhold som:

- noenlunde lik avlønning for kommunale oppgaver og kurativt arbeid
- mulighet til å stenge listen sin på et nivå som gir en normal arbeidsbelastning (fast overtid må være frivillig)
- en god tur-nusordning
- stort ansvar for legene må gjen-

speile seg i stor frihet til selv å forvalte virksomheten sin, f.eks. mht. ferier, permisjoner o.l.

- fleksible ordninger i mindre kommuner, mht. listeansvar, ansvar for investeringer og personell o.l.
- endel av det ansvaret som man har lagt til enkeltleger må overføres til en legegruppe.

Etter vår mening vil altså en fastlegeordning først og fremst være en mulighet til systemforbedringer som alle parter ser seg tjent med. Det er ingen grunn til å fortvile, men all grunn til å komme med kreative innspill. Svært mye arbeid gjenstår, stortingsmeldingen viser kun konturene av det som kan bli et fastlegesystem på norsk. Ambisjonsnivået vårt må selvfølgelig være at det må bli den beste varianten verden til nå ha sett.

Ivar Halvorsen
Øvre Sandviku. 29
4016 Stavanger





Tekst: Anders Smith



Anders Smith, født 1945. Cand. med. Oslo 1972. Ass. lege og reservelege ved Folkehelse 1975-80, allmennpraksis Markveien legesenter i Oslo 1980-86, kommuneoverlege i Bærum 1986-1996. Nå seksjonsoverlege ved Avd. for samfunnsmedisin, Folkehelse. Fra 1. juni 1997 fylkeslege i Akershus. M. Sc. community medicine London 1980.

Mange av oss som er opptatt av samfunnsmedisinens fremtid i Norge, har også prøvet oss på ulike definisjoner på hva samfunnsmedisin er og hva begrepet samfunnsmedisin inneholder.

Det har vel vært en tendens til å si at samfunnsmedisin stort sett dreier seg om *grupperettet helsefremmende og forebyggende arbeid*.

Fylkeslege Tor Ødegaard i

Vi må styrke den sosialmedisinske dimensjonen i samfunnsmedisinen

Akershus sier i en artikkel i Utposten (nr. 1/1997) at vi har glemt sosialmedisinens mikrodimensjon i denne forbindelse, d.v.s. den kliniske sosialmedisin konsentrert om enkeltmenneskers problemer, familie og arbeidsplass.

Ødegaard minner om at *sosialmedisinen* omfatter såvel mikrodimensjonen (klinisk sosialmedisin) som makrodimensjonen (samfunnsrettet medisin).

Jeg tror at Tor Ødegaard her peker på noe vesentlig, og det er mulig at flere av oss som har vært opptatt av samfunnsmedisinens ansvar og oppgaver overfor den presumptivt friske delen av befolkningen, så og si har «glemt» vårt tilsvarende ansvar for de, både enkeltindivider og grupper, som har en sosialt problematisk menneskelig adferd eller avvik fra en sosial norm. Kanskje er det derfor bygget opp barrierer mot tverrfaglig og tverretattlig samarbeid hvilket, som Tor Ødegaard nevner, kan ha bidratt til den isolasjon som er blitt mange samfunnsmedisinere til del.

Etter 10 år som kommuneoverlege i Bærum registrerer jeg med en viss ro at jeg faktisk har deltatt i mye av den type arbeid som Tor Ødegaard omtaler. Bl. a. fikk vi tidlig etablert «Kommuneoverlegens gruppe for stoffmisbruk og AIDS». Vi brukte lovverket aktivt til å forsvare og hjelpe utsatte enkeltpersoner eller familier hvor utkastelse fra hus eller leilighet eller frakobling av elektrisitetforsyning ville bety en alvorlig trussel mot liv og helse. Vi brukte mange ganger vårt eget begrep «helsedi-

plomati» til å finne en løsning på tvers av etater og fag for å få til en god løsning for vanskeligstilte.

Men det ergrer meg at vi aldri satte dette på trykk når vi omtalte hva samfunnsmedisin var. Jeg selv har vært med på å beskrive innholdet i kommunal samfunnsmedisin slik (1):

- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsestatistikk
- Helsemessig beredskap
- Organisasjon og ledelse

Til mitt forsvar kan jeg si at deler av sosialmedisinen, kanskje særlig makrodimensjonen, er godt nok ivarettatt gjennom kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven (2). Her er som kjent begrepet *sosiale miljøfaktorer* en del av definisjonen på miljørettet helsevern. Videre ligger det et stort potensiale i kommunehelsetjenestelovens §1-4, 3. ledd (om *medvirkning*) og samme lovs §3-4 (om *medisinsk-faglig rådgivning*). At kommunal samfunnsmedisin også forutsetter kunnskap og erfaring innenfor *organisasjon og ledelse*, skulle borge for at tilrettelegging av tjenester for vanskeligstilte grupper, ikke ble glemt. Men mikrodimensjonen, *den kliniske sosialmedisin*, blir lett mye mer usynlig. Kanskje burde det bli en oppgave for OLL og andre i tiden som kommer så og si og bringe den *kliniske sosialmedisin* tilbake til eller inn i samfunnsmedisinen?

Skjematisk ville da ovenfor nevnte liste se slik ut når det gjelder innholdet i den kommunale samfunnsmedisin:

- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsestatistikk
- Helsemessig beredskap
- Klinisk sosialmedisin
- Organisasjon og ledelse
- Medisinsk-faglig rådgivning

Men ryddejobben er ikke ferdig med dette ettersom vi ved inklusjon av *klinisk sosialmedisin* i begrepet samfunnsmedisin har åpnet for at samfunnsmedisinen også har ansvar og oppgaver rettet mot enkeltindivider og ikke bare mot enkeltindivider som representanter for en gruppe. Vi kan altså ikke lenger si at samfunnsmedisin i kommunehelsetjenesten bare dreier seg om «grupperettet helsefremmende og forebyggende arbeid». Kanskje skulle vi prøve en definisjon som dette:

Samfunnsmedisin i kommunehelsetjenesten består i grupperettet og individrettet arbeid som krever tverrfaglig og tverretatlig medvirkning.

Med en slik omdefinering av begrepet samfunnsmedisin, vil vektleggingen av det helsefremmende og primærforebyggende bli tonet noe ned, likeledes det grupperettede aspektet. Derimot legges det større vekt på det *tverrfaglige*. Kanskje er det til syvende og sist

det som er det grunnleggende trekk ved samfunnsmedisinen, enten man arbeider for funksjonsfriske eller funksjonshemmede mennesker individuelt eller i grupper?

Begrepet *medisinsk-faglig rådgivning* som jo blir ansett som en typisk samfunnsmedisinsk virksomhet i kommunehelsetjenesten, kan heller ikke betraktes som et rent grupperettet helsefremmende og forebyggende tiltak. I odelstingsproposisjon nr. 60 (1993-94) (3) heter det i kap. 6 om kommunelegen som medisinsk-faglig rådgiver: «Dessuten vil denne legen innen sitt fagfelt kunne gi personellet råd og veiledning, både i enkeltsaker og som ledd i generell opplæring og kompetanseheving.» Helt tilsvarende innebærer oppgaven som «smittevernlege» i kommunen (4) en lang rekke høyst individrettede tiltak som f. eks. råd og veiledning til enkeltindivider, motta henvendelser og meldinger, bestemme forholdsregler for enkeltpersoner som ikke er vaksinert, ileggelse av yrkesforbud (dog sammen med fylkeskommunalt utpekt lege), begjære obduksjon og forberede forslag til tvangssak.

Som vi ser: grenseoppgangen mellom det individrettede og det grupperettede i samfunnsmedisi-

nen er ikke like tydelig bestandig. Kanskje bør vi derfor altså tone ned definisjonen av samfunnsmedisin som noe rent grupperettet og primærforebyggende/helsefremmende. Allmennpraktikeren har lenge fått høre at han eller hun ikke ser skogen for bare trær. Samfunnsmedisinen har lenge fremhevet behovet for å se hele skogen. Men det forhindrer vel ikke at man også av og til ser ett og annet tre?

Anders Smith
Anton Schjøth's gt. 2
0454 Oslo

Referanser:

1. Smith, A.: Samfunnsmedisin i kommunehelsetjenesten. Overheadserie med presentasjon av miljørettet helsevern og de andre samfunnsmedisinske oppgavene i kommunehelsetjenesten. Oslo 1995.
2. Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene
3. Ot. prop. nr. 60 (1993-1994) Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover
4. Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).

Den faste spalten fra RELIS er ikke med denne gangen, men vil komme igjen i neste nummer.

Regionalt legemiddelinformasjonscenter (RELIS) er et tilbud til helsepersonell og skal formidle produsentuavhengig legemiddelinformasjon. RELIS besvarer spørsmål om legemidler fra bl.a. leger, tannleger og farmasøyter. Foreløpig er det opprettet RELIS i helseregionene 2 og 3, i samarbeid med henholdsvis Rikshospitalet/Rikshospitalets apotek og Haukeland sykehus/Haukeland sykehusapotek. Nedenfor er det gjengitt et spørsmål til RELIS som kanskje kan være av interesse for Utpostens lesere.

? RELIS

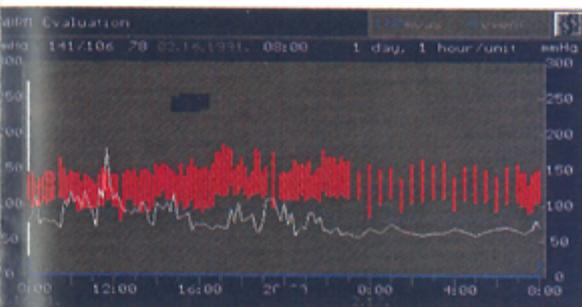
ABPM 24 timers blodtrykksapparat

Fra 1.9. 1996 er refusjonstaksten (129 k = kr. 200,-)
frigitt for alle allmenpraktiserende leger.

Memo	Sys	Dia	PP	MAD	HR
Avg.	152.12	104.55	47.36	120.48	77.52
Maximum	185.00	129.00	78.00	145.67	178.00
Minimum	108.00	79.00	28.00	88.67	59.00
StdDev	12.19	8.96	9.54	9.10	20.17
Diurn. Idx	-2.65	-0.09		-1.16%	
H.timeidx	92.36	96.53		97.92%	
H.impact	461.00	429.75		438.11	mmHg x h

Vi kan tilby Meditech ABPM - 03

Apparatet er:



- Lite, lett og meget enkelt å bruke
- Tilnærmet lydløst i bruk
- Apparatet måler oscillometrisk-ingen mikrofon
- Leveres med oppladbare batterier og lader i samme koffert

Referanser: - Indre Med. Ivar Hoff tlf: 38 02 35 05
- Hjertespesialist Arne Koss tlf: 63 97 90 90
- Dr. Løvstad tlf: 63 98 05 30

Kr. 17 925,- eks. mva. Fritt levert
Dette er inkl. software for PC-bruk (min. 286 prosessor)

Tilbudet gjelder så langt beholdningen rekker.

MultiMed

Spireaveien 6 0580 OSLO

Tlf: 22 72 26 00 Fax: 22 65 05 44



Sjur Agdestein redegjør i siste nummer av *Utposten* for spesialitetskomitéens tanker om den nye hovedutdanningen i samfunnsmedisin (1). Han inviterer til innspill. Jeg har tidligere hatt skrivelser i *Utposten* med relevans for denne problemstillingen (2, 3), men føler likevel behov for å komme med noen supplerende synspunkter.

Viktige føringer

Hensikten med spesialistutdanning er å sikre adekvat kompetanse (kunnskap, holdninger, ferdigheter) i bestemte yrkesroller. Spesialistutdanningen må derfor ta utgangspunkt i hvilke yrkesroller som skal fylles. Det gjelder både faglig innhold og praktisk gjennomførbarhet. Man må med andre ord lage regler som i tilstrekkelig grad tar hensyn til den faktiske virkelighet de skal virke i.

Samfunnsmedisin utøves på alle forvaltningsnivåer, men kommunene vil fortsatt være hovedarenaen for iverksetting av samfunnsmedisinske tiltak. Dette er i samsvar med innholdet i kommunehelsetjenesteloven og Stortingets henvendelse til Regjeringen 30.04.96, som Agdestein refererer: *Det henstilles til Regjeringen å styrke samfunnsmedisinen med særlig vekt på lokalsamfunnsmedisinen ut i fra at 90% av folks helsetjenester dekkes av kommunen.*

Den ferske stortingsmeldingen om legetjenesten i kommunene understreker en rekke steder betydningen av samfunnsmedi-

Ny hovedutdanning i samfunnsmedisin

sinsk arbeid i kommunene, og det bebudes en egen folkehelsemelding som nærmere skal drøfte hvordan både samfunnsmedisinsk og annet folkehelsearbeid skal realiseres. Jeg kan ikke finne signaler i meldingen som tyder på et ønske om å skille samfunnsmedisineren og den praktiserende allmennlegen.

Kommuneloven med store frihetsgrader for intern kommunal organisering gjelder fortsatt. De fleste norske kommuner er også fortsatt små, selv om mange skulle ønske og forutser at dette vil endre seg.

Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin må ta hensyn til disse forhold.

Faglig innhold

Agdestein definerer samfunnsmedisin som vitenskapen om og aktiv deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme livskvalitet og bedre helse. Definisjonskatalogen for allmennlegetjenesten fra 1996, som er velsignet av Sosial- og helsedepartementet, definerer samfunnsmedisin slik:

Den delen av medisinen som er opptatt av og rettet mot helsetilstanden i hele eller deler av befolkningen, livsmiljøet og samfunnsforholdene befolkningen lever i, og hvordan helsetjenesten og andre tiltak som iverksettes, imøtekommer behov og fungerer i forhold til å bedre folkehelsen.

Man bør ha gode grunner for å avvike fra en fersk, «offisiell» definisjon. I dette tilfellet er også den «offisielle» definisjonen etter mitt syn klart bedre og mer dekkende,

bla. ved at den klarere understreker det grupperettede perspektivet. Den bør derfor foretrekkes.

I forhold til utvikling av spesialistregler må imidlertid definisjonen operasjonaliseres og konkretiseres. Agdestein gjør dette, men jeg synes opplistingen hans både inneholder vesentlige mangler og høyst diskutabile elementer. Et alternativt forsøk kan være:

- Kartlegging, overvåking og analyse av helsetilstanden i befolkningen og de faktorer (miljø, livsstil, arv) som kan påvirke den positivt og negativt. Dette dreier seg om alt fra epidemiologisk og samfunnsmedisinsk grunnforskning til de ulike forsøk på å tilfredsstille kommunehelsetjenestelovens krav om å ha oversikt over den lokale helsetilstand og de lokale helsedeterminanter.
- Utvikling av metoder og tiltak i helsevesenet og i andre samfunnssektorer som vil føre til bedring av folkehelsen. (Men IKKE gjennomføringen av tiltak i andre sektorer, slik noen synes å tro. Det er ikke helsevesenets oppgave å skape levende lokalsamfunn, kulturaktiviteter eller sosiale nettverk!)
- Samfunnsmedisineren kan også planlegge og administrere gjennomføring av tiltak.
- Gruppe-/befolkningsrettet smittevern.
- Evaluering av helsetjenester og andre ulike tiltak som påvirker helsetilstanden. Helseøkonomiske vurderinger vil være et viktig element i dette.

- En viktig funksjon er å være helsefaglig premissleverandør og rådgiver for overordnet administrativ og politisk myndighet og andre organer i og utenfor helsetjenesten. Det vil si å være en aktør både i helse- tjeneste- og helsepolitikken.
- Helsemessig beredskap.

Jeg kan ikke se noen automatisk kobling mellom samfunnsmedisinsk arbeid og lederfunksjon i helsetjenesten på alle forvaltningsnivåer, slik Agdestein hevder. Samfunnsmedisineren har en viktig rolle som helsefaglig premissleverandør og rådgiver for overordnet administrativ og politisk myndighet og andre organer i og utenfor helsetjenesten. Men det er altså en opplysnings-, rådgivnings- og gjørne pådriverrolle uten dikterende fullmakter. Det er også viktig å være seg bevisst at samfunnsmedisinen er begrenset til å gjelde problemstillinger hvor medisinsk kunnskap er en vesentlig forutsetning for å forstå eller løse problemene.

En av årsakene til samfunns-

medisinens problemer i dag tror jeg skyldes manglende realitetsorientering til den kommunale forvaltningsmessige virkelighet og de spilleregler som gjelder der. Det er svært viktig at spesialistutdanningen tar dette på alvor og legger stor vekt på hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter som gjør at samfunnsmedisineren vil klare seg bedre i det kommunale system. Det kan se ut til å være behov for radikale endringer på dette området i spesialistutdanningen.

Hva er samfunnsmedisinske stillinger?

Agdestein skriver: *Omorganiseringen av Den norske lægeförening i 1992 medførte en grensedragnings mellom de ulike stillingsgrupper med inndeling og obligatorisk medlemskap i yrkesforeninger. Medlemskap i yrkesforeningen Offentlige legers landsforening, som også er Spesialforening for samfunnsmedisin, kan etter dette på ett vis definere landets samfunnsmedisinske stillinger.*

Dette er en merkelig form for logikk. Det kan da ikke være lege-

foreningens organisasjonsstruktur som avgjør stillingskategoriene blant leger i norsk helsevesen? Det må være stillingenes konkrete innhold vurdert opp mot den gjeldende definisjon av faget som avgjør om en stilling skal kalles samfunnsmedisinsk eller ikke. Gjennom Agdesteins resonnering er feks. alle trygdelegestillinger gjort til samfunnsmedisinske stillinger mens sjefslegestillingene ved sykehusene ikke er det. Det kan stilles vel begrunnede spørsmål ved om dette er en dekkende beskrivelse av mange trygdelegers faktiske arbeid.

Petter Øgar
Pb. 411
5801 Sogndal

Referanser

1. Agdestein S. Den nye hoveutdanningen i samfunnsmedisin. Utposten 1997; 26: 62-7.
2. Øgar P. Kommunelege I – hvem er det? Utposten 1994; 23: 48-50.
3. Øgar P. Hvordan kan vi best få fram samfunnsmedisinen i en ny kommunestruktur? Utposten 1995; 24: 248-53.

GÅGATA LEGESENTER

ELI BREVIG ARNE EIKÅS ELI BERG
SPESIALISTER I ALLMENNEMEDISIN
BJØRN GJELSVIK
SPESIALIST I ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Vikariat ledig i spennende praksis

Fra august-september -97 kan du gå inn i en vel innarbeidet gruppepraksis i

3 måneder, 6 måneder eller for lengre tid.

Praksisen startet i 1975. Den har overvekt av yngre pasienter, har begge kjønn og hele spekteret av problemstillinger en møter i allmenn praksis.

Rammene er: 5 dyktige, godt skolerte legesekretærer, romslige lokaler med nydelig utsikt (se logo), gode muligheter for veiledning av erfarne, flinke kollegaer, driftstilskuddsklasse III, 10-delt legevakt (kan få mer om ønskelig)

Kongsvinger kommune ligger 9 mil øst for Oslo. Det er gode kommunikasjoner via vei og jernbane.

Ta kontakt med Eli Berg så snart som mulig. Kan også nåes på eli@internet.no eller privat på telefon 62 82 62 39, Vepsen. 74, 2250 Roverud.

Kontor:
Gågata 5
kl. 8.45 – 15.00

Postadresse:
Posttuttak C Stasjonssida
2201 Kongsvinger

Telefon:
62 81 88 80
Telefax:
62 81 16 11

Bankgiro:
1840.07.14572



NYHET

Kjærlighet med bitter ettersmak

Forekomst av Herpes Genitalis øker¹⁾

Vi utviklet Zovirax™ acyclovir, nå har vi utviklet



Færre doseringer²⁾

500mg, 2 ganger daglig i 5 dager

- 5 til 10 dager ved primærutbrudd

(sammenlignet med acyclovir som doseres 5 ganger pr. dag i 5 dager)

Hindrer utvikling av lesjoner³⁾

Studien det refereres til er «første overbevisende demonstrasjon på at antiviral behandling kan hindre utvikling av lesjoner».

Reduserer varighet av herpesutbruddet³⁾

d.v.s. redusert varighet av lesjoner, smerte og ubehag samt varighet av virusutskillelse - sammenlignet med placebo.

GlaxoWellcome

FOR HELSE OG LIVSKVALITET

Postboks 4312, Torshov - 0402 Oslo

Tlf.: 22 58 20 00 - fax: 22 58 20 04

C Valtrex «Glaxo Wellcome»
Antiviralt middel

ATC-nr.: J05A B02

TABLETTER 500 mg: Hver tablett inneholder: Valacyclovirhydroklorid tilsvarende valacyclovir 500mg, hjelpestoffer. Fargestoffer: Titandioksid (E171) og blått farvefaststoff (E142).
EGENSKAPER: *Klassifisering:* Valacyclovir er en valinsyreester av acyclovir, og omdannes til acyclovir etter peroral absorpsjon. Acyclovir er en spesifikk hemmer av herpesvirus med in vitro aktivitet mot herpes simplex virus (HSV) type 1 og 2 og varicella zoster virus (VZV). *Virkningsmekanisme:* Acyclovir hemmer syntesen av viralt DNA etter fosforylering til dets trifosfat. Omdannelsen fra mono- til trifosfat skjer via cellulære kinaser. Acyclovirtrifosfat er en nukleosidanalog som ved inkorporering i virus-DNA kompetitivt hemmer DNA-polymerase. Dermed termineres DNA-kjeden, og videre virusreplikasjon blokkeres. Etablert latens i gangliene elimineres ikke, hvilket innebærer at acyclovir ikke hindrer fremtidige residiv. I en klinisk studie var tiden til smertefrihet ved herpes zoster signifikant kortere etter behandling med valacyclovir sammenlignet med acyclovir. Median tid til smertefrihet var 38 dager ved valacyclovir-behandling mot 51 dager ved acyclovir-behandling. Effekt på smerte er kun vist hos pasienter eldre enn 50 år. *Absorpsjon:* Biotilgjengeligheten av acyclovir fra valacyclovir tablett er ca. 54% (49-60%), det vil si 3-5 ganger høyere enn for peroral acyclovir. Den systemiske eksponeringen for acyclovir ved dosering 1000 mg valacyclovir peroralt tre ganger daglig vil være dobbelt så høy som ved 800 mg acyclovir peroralt fem ganger daglig. Etter en enkelt-dose på 1 g valacyclovir oppnås en gjennomsnittlig maksimal acyclovir konsentrasjon på 25,1 ± 10,5 mmol/l (5,7 ± 2,4 mg/ml) etter en median tid på 1 time og 45 minutter ± 35 min. Engangsdose på 500 mg gir en gjennomsnittlig maksimal plasmakonsentrasjon av acyclovir på 15 ± 3,7 mmol/l (3,3 ± 0,8 mg/ml). *Proteinbinding:* Ca. 15%. *Halveringstid:* Ca. 3 timer (i plasma). *Metabolisme:* Valacyclovir omdannes til acyclovir via hydrolyse. *Utskillelse:* Utskilles i urin hovedsakelig som acyclovir og 9-CMMG. <1% av gitt dose valacyclovir gjenfinnes i urinen.

INDIKASJONER: Akutte tilfeller av Herpes Zoster infeksjoner hos pasienter med normalt immunforsvar hvor et alvorlig sykdomsforløp kan forventes. Alvorlige infeksjoner forårsaket av Herpes simplex-virus i hud og slimhinner hos pasienter med normalt immunforsvar, inkludert primær og residiverende Herpes genitalis.

KONTRAINDIKASJONER: Overfømtilighet overfor valacyclovir, acyclovir eller andre av preparatets innholdstoffer.

BIVIRKNINGER: Hyppige (>1/100): *Generelle:* Brekninger, hodepine, kvalme. Mindre hyppige: Hud: Utslett. Sjeldne (<1/1000): *Generelle:* Uro. Sentralnervesystemet: Forvirring, hallusinasjoner. I de kliniske studier ble hodepine og kvalme rapportert med samme frekvens etter behandling med valacyclovir som med placebo. Spontanrapporter med reversible CNS reaksjoner etter behandling med acyclovir foreligger, vanligvis hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon eller andre predisponerende faktorer. Andre bivirkninger som rapporteres sporadisk etter acyclovir-behandling er: midlertidig økning av serum bilirubin og leverenzym, lett senkning av erytrocytter, leukocyter og trombocytter, lett økning av serumkarbamid og serumkreatinin, videre tretthet og hårfall. Kausal sammenheng med behandlingen har ikke kunne fastsettes i placebokontrollerte studier. Det er rapportert tilfeller av nyreinsuffisiens, mikroangiopatisk hemolytisk anemi og trombocytopeni hos alvorlige immunsupprimerte pasienter som har mottatt høye doser (8g daglig) valacyclovir i lengre perioder. Dette er også observert hos pasienter med samme underliggende sykdom, men som ikke har vært behandlet med valacyclovir.

FORSIKTIGHETSREGLER: Dosejustering gjennomføres hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon pga. akkumulasjons risiko, se dosering. Eldre pasienter og pasienter med lav kreatinin clearance bør holdes godt hydrert. Den kliniske erfaring av valacyclovir til pasienter med nedsatt leverfunksjon er begrenset.

GRAVIDITET/AMMING: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Valtrex bør derfor ikke brukes under graviditet. *Overgang i placenta:* Opplysninger mangler. Dyrestudier har ikke vist foster-skadelige effekter. Peroral administrering av valacyclovir har ikke vist påvirkning av fertiliteten hos hann- og hunnrotter. Bare etter acyclovir gitt i svært høye doser som ga toksisitet hos morydret, er det sett fetale anomalier. Prospektive studier av ca. 300 gravide kvinner som ble systemisk eksponert for acyclovir i første trimester viste ikke økt forekomst av fosterskader. *Amming:* Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Forsiktighet bør derfor utvises. *Overgang i morsmelk:* Behandling med acyclovir har gitt konsentrasjoner i morsmelk på 0,6 - 4,1 ganger plasmakonsentrasjonen. Det er beregnet at behandling med acyclovir 200mg 5 ganger daglig potensielt vil kunne eksponere diende barn for en døgn-dose på ca. 1mg. Imidlertid brukes acyclovir intravenøst i doser på 30mg/kg kroppsvekt/dag i behandling av neonatal herpes simplex.

INTERAKSJONER: Cimetidin og probenecid øker AUC med 20% respektive 40% for acyclovir ved å redusere renal clearance. Andre legemidler som påvirker nyrenes fysiologi kan eventuelt påvirke plasmakonsentrasjonen av acyclovir.

DOSERING: *Herpes zoster infeksjoner:* 2 tablett 500mg tre ganger daglig i 7 dager. Behandlingen bør initieres så snart som mulig etter utslettets frembrudd og senest innen 72 timer. *Alvorlige infeksjoner i hud og slimhinner forårsaket av Herpes simplex-virus:* Primærinfeksjon: En tablett 500mg 2 ganger daglig i 5-10 dager. Residiverende infeksjon: En tablett 500mg 2 ganger daglig i 5 dager. Både ved primærinfeksjon og residiv bør behandlingen innsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet, aller helst i prodromalstadiet eller når lesjonene begynner å vise seg.

Pasienter med nedsatt nyrefunksjon:

Kreatininclearance (ml/min)

(normalområde 60 - 120)	Herpes zoster	Herpes simplex
15 - 30	1g 2 ganger daglig	Normaldosering
< 15	1g 1 gang daglig	500mg én gang daglig

Til pasienter som gjennomgår regelmessig hemodialyse anbefales samme dosering som til pasienter med kreatininclearance < 15 ml/min, med doseinntak etter at hver dialyse er gjennomført.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Det foreligger få opplysninger om overdosering med valacyclovir. Kontakt eventuelt Giftinformasjonssentralen. *Symptomer:* Kvalme, brekninger, eventuelt lever- og nyrepåvirkning. *Behandling:* Ved symptomgivende overdosering kan acyclovir utskilles ved hemodialyse. Ventrikkeltømming og/eller behandling med aktivt kull kan eventuelt overveies.

PAKNINGER OG PRISER: Tablett: 500 mg enpac: 10 stk. kr 357,80. 500 mg enpac: 42 stk. kr 1284,50.

Januar 1997

Referanser:

- 1) Drugs, Valacyclovir; A review, Nov. 1996, 52(5): 754-772.
- 2) Godkjent preparatomtale.
- 3) SL Spruance et al., A Large-scale, Placebo-Controlled, Dose-Ranging Trial of Peroral Valacyclovir for Episodic Treatment of Recurrent Herpes Genitalis, Arch Intern Med; Vol 156, 1996: 1729-1735.



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 15 00 37 (fax)

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

LITT NYTT...

Det kommer en og annen melding om nye fornøyde *WinMed*-brukere. Det kunne vært spennende om noen ville fortelle litt om nykommeren blant journalprogrammene i vår spalte.

For *Profdoc*-brukere har jeg mottatt en liten godbit på Internet: «Jag har på eget initiativ satt ihop en hemsida med tips angående PROFDOC II journalsystem. URL: <http://hem.passagen.se/profdoc/index.htm> – Hälsningar – Peter Tenbrock, Distriktsläkare Tumba Vårdcentral, Sydvästra Sjukvårsområdet Stockholms läns landsting»

Infodoc har sendt ut sin første Windows-versjon. Den er enkel, men fungerer, og det fine med *Infodoc*'s løsning er at Dos-versjonen og Windows-versjonen kan kjøres om hverandre på samme pasientdatabase (og på samme maskin). Den er en gratis oppgradering for alle med vanlig vedlikeholdsavtale.

Spirometri er et ganske hett tema for allmennpraktikere – og Microloop-apparatet med det tilhørende edb-programmet «Spirare» er absolutt noe brukere av de før nevnte journalprogrammene bør se nærmere på. Selve installasjonen av programmet og implementeringen mot journaldata-basen krever litt ekstra innsats og tunga beint i munnen – spesielt for de med Novell-nettverk, men firmaet som leverer utstyr og program (*Diagnostica*) har god telefonstøtte. Anbefales!

Produksjon av *html-formaterte publikasjoner* er etterhvert blitt ganske enkelt. Det finnes oversettere fra de vanligste tekstbehandlere og redigeringsprogram med grafisk grensesnitt (WYSIWYG). De som har nettverksløsninger på kontoret og som vil spre informasjon, prosedyrebøker og internt kan bruke *html*-formatet til dette. Eksempler på program som kan brukes er: *Transit* for å oversette flere tekstdokumenter til ensartet hypertekstformat, *FrontPage* og *PageMill* for redigering og layout og *Arachnophilia* for finpusning og korrigerings av skrivefeil.

MMX er «siste nytt» på prosessorfronten. Dette er en prosessorvariant spesielt beregnet på multimediamaskiner – og hvor mye av funksjonene til skjermkortet er bygget inn i selve prosessoren. Det bygges nå pc-er uten separat skjermkort til en billig penge, men med god kraft for multimediasvisninger. Dette kan være aktuelt for legekontor som skal arbeide med videokonferanser og fjernkonsultasjoner.

Palmtop – *HPC* – håndpc. Disse små maskinene har vært i produksjon i noen år. *Pison*, *Apple* og *HP* har vært de mest brukte. Nytt av året er at disse små pc-ene på størrelse med en lommebok og 350g i vekt, uten hard disk (plate-lager), men 2 – 6 Mb hukommelse og lager (RAM og ROM) kommer med *WindowsCE* operativsystem – et 32-bits OS med kvaliteter nesten som et *WindowsNT-light*,

slankeversjoner av tekstbehandler, regneark, kommunikasjonsprogram og elektronisk post for LAN (lokalnettverk) og WAN (Internet), kalender, adresse- og avtalebok osv. *HPC* (Palmtop-pc) kommuniserer med en større pc via com-portene eller infrarød kommunikasjonsport. Den har *PCIM-CA*-port for modem og ekstra lager. Noen har innebygget modem som standard. Maskinene er bygget omkring en spesiell *RISC*-processor som sørger for god hastighet og kraft. Tastaturet er lite og egner seg ikke for touch-skriving, men for to-tre-fingerteknikk er det helt ok. I stedet for mus har maskinen berøringssensitiv skjerm og leveres med en liten penn som brukes til å klikke direkte på skjermen og fungerer ypperlig som muserstatning. Skjermen er sort-hvit (gråtoner) – såkalt backlit LCD – som trenger god bakgrunnsbelysning for å fungere bra. Pris: \$ 6-700 – dvs 4-5000 kroner. Dette er en touch av framtid.... Om ikke lenge får vi slike *HPC* med aktiv fargeskjerm, og de vil da kunne bli alternativ til dagens laptopmaskiner.

Cuneiform er et OCR-program (brukes til å lese dokumenter via scanner) som ser meget lovende ut. Det finnes i en dansk versjon som klarer norske bokstaver, og feilprosenten i hver dokument-side er meget lav sammenlignet med andre og dyrere program. Programmet finnes på Internet og kan lastes ned for en prøveperiode før eventuelt kjøp.

Hva skjer med legenes frie forskrivningsrett og legemiddelomsetningen etter Grund-utvalget og Strøm-utvalget?

Radisson SAS Park Hotel, Fornebu
3. og 4. juni 1997

Tirsdag 3. juni 1997

- 09.30 – 10.00 Registrering/kaffe
10.00 – 10.15 Åpning av konferansen
10.15 – 10.45 Piller, prioritering og politikk
Hva slags refusjonsordning trenger pasienter og samfunn? (NOU 1997:7) *Jan Grund, professor BI, leder av Grund-utvalget*
- 10.45 – 11.00 Diskusjon
11.00 – 11.15 Pause
11.15 – 12.15 Rammevilkår for omsetning av legemidler
Lønnsomme legemidler (NOU 1997:6)
Steinar Strøm, professor, Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo, leder av Strøm-utvalget og Grethe Eide, apoteker, medlem av Strøm-utvalget
- 12.15 – 12.45 Diskusjon
12.45 – 13.45 Lunsj
13.45 – 14.15 Dagens legemiddelomsetning og utgifter for Rikstrygdeverket.
Hvordan vil forslagene i NOU 6 og 7 påvirke Rikstrygdeverkets funksjon og utgifter? *Stig Grydeland, avd. direktør, Stønada vd. III, Rikstrygdeverket*
- 14.15 – 14.30 Diskusjon
14.30 – 14.45 Kaffepause
14.45 – 15.15 Legen som resepskriver: Agent for pasienten, samfunnet eller...? *Ivar Sønbo Kristiansen, forsker dr. med., Statens Institutt for Folkehelse.*
- 15.15 – 15.30 Diskusjon
15.30 – 16.00 Pasienten og legens frihet på samfunnets bekostning. *Per Olav Roksvaag, direktør, Statens legemiddelkontroll*
- 16.00 – 16.15 Diskusjon
16.15 – 17.00 Finansiering og styring av legemiddelomsetningen som ledd i realiseringen av helsepolitiske mål. *Innlegg ved medlemmer av Stortingets Sosialkomité: Annelise Høegh (H) og Asmund Kristoffersen (A)*
- 17.00 – 17.30 Diskusjon/avslutning
19.00 MIDDAG

Onsdag 4. juni 1997

Konsekvenser av innstillingene

- Forberedte innlegg av:
09.00 – 09.20 *Per Flatberg, president, Apotekerforeningen*
09.20 – 09.30 Diskusjon
09.30 – 09.50 *Hans Petter Aarseth, president, Den norske lægeforening*
- 09.50 – 10.00 Diskusjon
10.00 – 10.30 Kaffepause
10.30 – 10.50 *Thor Krey-Jacobsen, direktør, Legemiddelindustriforeningen*
- 10.50 – 11.00 Diskusjon
11.00 – 11.20 *Arne Heimdal, generalsekretær, Norges astma- og allergiforbund*
- 11.20 – 11.30 Diskusjon
11.30 – 12.00 Forbrukerrådet. *Per Anders Stalheim, direktør, Forbrukerrådet*
- 12.00 – 12.10 Diskusjon
12.10 – 13.15 Lunsj
13.15 – 15.30 Paneldebatt med innledere. Leder av panelet: *Eystein Arntzen, styreformann Nosyko AS*
- 15.30 Avslutning

Deltakeravgift:

Kr. 2700,- som inkluderer konferanseavgift, lunsj og kaffe begge dager samt kursmateriell.

Full pensjon:

Kr. 3650,- dekker i tillegg til deltakeravgiften, overnatting og middag.

Påmelding:

Snarest

Opplysninger:

Nærmere opplysninger fåes ved henvendelse til:

NOSYKO AS

v/Berit Aannerød,
Telefon 22 33 15 70
Telefax 22 33 15 75

SecretStuffer er et lite gratisprogram fra Symantec (Norton) som enkelt kan brukes til å kryptere filer og elektronisk post. Mottakeren får et passord av deg som kan

dekryptere og åpne filen. Dermed kan du sikre at bare den mottakeren du bestemmer kan lese det som oversendes.

De her omtalte produktene er

bare en liten del av alt det nye som har dukket opp i edb-sammenheng den senere tid.

*John Leer,
Legesenteret i Florvåg, 5305 Florvåg*

Islandske allmennpraktikere i hardt vær:

«Kampen gjorde meg enda stoltere av faget mitt»

Om oppsigelsene, forhandlingene og framtiden for islandsk allmennmedisin.

Bjarni Jónasson intervjuet av Linn Getz

Islandsk primærhelsetjeneste lå for få år siden på solsiden, full av optimisme og fremtidsplaner. Man kunne høre allmennmedisinske ideologier i England hviske «Look to Iceland». Men etter sol kommer regn – ikke minst her på vulkanöya. I 1996 bruktes ord som «krise» for å beskrive situasjonen. Mange av Utpostens lesere er kjent med at det på sensommeren 1996 utspant seg en konflikt mellom islandske allmennmedisinere og landets myndigheter (1): Over 90 prosent av de offentlig ansatte primærlegene realiserte sine oppsigelser den 1. august 1996, i protest mot ressursmessig og ideologisk underernæring og stadig svekkede lønnsforhold. Landet var praktisk talt uten allmennpraktikere i seks uker før forhandlingene fikk en midlertidig løsning. Hva var dette egentlig for konflikt? Hvorfor oppsto den, og hva førte den til? Vi gir ordet til Bjarni Jónasson, en av de «gode gamle» i faget her til lands.



Bjarni Jónasson F. 1949, cand. med. fra Reykjavík 1979. Spesialistutdannelse i allmennmedisin i Västerås, Sverige, 1979-83. Fra 1983 har han arbeidet som familielege ved Heilsugæslan (helsesenteret) i Gardabæ, som er en kommune i Stor-Reykjavík-området. Allmennlegekonflikten i 1996 hadde den positive konsekvens at Bjarni i noen uker hadde mer tid til samvær med sin sønn Jonas (til venstre) og

den øvrige familien. Bjarni har gjennomført en undersøkelse om allmennpraktikers arbeidsvilkår og helse og er ellers ivrig opptatt av ungdomsotball.

Linn Getz F. 1962, cand. med. fra Trondheim 1989. Allmennmedisinsk oppvåkning på Senja etterfulgt av praksis i Karlsøy og Surnadal. Hun var nyansatt som amanuensis i allmennmedisin ved Universitetet i Trondheim da en islending erobret hennes hjerte – hvilket første til at hun flyttet til Reykjavík for ett år siden. Der arbeider hun nå med psykiatri på Landspítalinn (det islandske Rikshospitalet). Hösten 1996 ga hun ut «Utdanningshåndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin» sammen med Steinar Westin. Linn's møte med Island er nærmere beskrevet i Tidsskriftet nr 26, 1996 (2).

Grunnlagsfakta om Island og landets leger

- Antall innbyggere på Island: 270 000
- Leger bosatt på Island: 900 (20% kvinner)
- Det finnes tre større sykehus (i byene Reykjavík og Akureyri) og 14 små sykehus ute på landet – mange av disse er delvis bemannet av primærlegene (i delte stillinger).
- De fleste leger på Island har sin grunnutdanning hjemmefra og sin spesialistutdanning fra utlandet – ofte Sverige, USA/Canada eller England, i det siste har mange reist til Norge.

Allmennmedisin på islandsk

- En allmennpraktiker heter på islandsk en heimilislæknir (hjemmets legefamilielege)
- Det er i utgangspunktet listepasientordning. På grunn av manglende henvisningsplikt går en del pasienter direkte til «organspesialister».
- Det er for få hjemler for primærleger i Reykjavikområdet der halve landets befolkning bor. Mange innbyggere kan per idag ikke få fast heimilislæknir.
- Det er – tross stor pågang – praktisk talt ingen ventelister på helsesentrene, man skal kunne komme inn til lege (som regel sin faste) på dagen.
- Det er 180 primærleger i landet, 108 er spesialister i allmennmedisin. 19 leger i Reykjavik driver ren privatpraksis, resten er tilknyttet offentlige helsesentre (det var denne gruppen som gikk til oppsigelse).
- Omtrent halvparten av primærlegene jobber på landet
- Grunnlønnen i det offentlige er generelt lav og levekostnadene på Island er høye. «Organspesialistene» er avhengige av inntekter fra privatpraksis i tillegg til sykehuslønnen. De kommer dermed i konkurranse med primærlegene om å betjene pasienter med allmennmedisinske problemstillinger.
- Gjennomsnittslønnen for en heimilislæknir er brutto NOK 30.000 – 40.000 per måned (basert på arbeidstiden 08-17, pluss vakter.) Grovt sett kommer 1/3 av lønnen fra faste inntekter, 2/3 fra takstsystemet.
- Islandske helsesentere er moderne og arkitektonisk vakre bygninger.
- Alle offentlige helsesentre har ansatt sykepleiere.

Dagen er nettopp avsluttet på helsesenteret i Gardabær. Bjarni henter tekopper. «Dette er en vanskelig sak å skrive om, tror du ikke?» sier Bjarni. «Jo», sier jeg. «Men det har slått meg at vi i Norge tar de gylne tidene i allmennmedisinen litt for mye som en selvfølge. Kanskje vil det ikke alltid være slik? Norges nye helseminister står ikke akkurat på barrikadene i kampen for primærhelsetjenesten. Derfor har jeg lyst til å skrive hjem om islendingenes erfaringer.

Konflikten har størst interesse for oss nordmenn om vi kan se den i et større perspektiv. Hvor begynner historien?

Med året 1973, da det ble lovfestet at ryggraden i det islandske helsevesen skulle være en solid primærhelsetjeneste. Det ble gitt grønt lys for bygging av nye helsesentre rundt om i landet. Vi var en gjeng kolleger som, oppfordret av helsemyndighetene, reiste ut for å lære faget. Flertallet dro til Sverige. Tidlig på 1980-tallet kom de fleste tilbake som idealister med spesialist-tittelen i lomma. Vi var en

sammensveisert gruppe som hadde «bestått prøvelsene» ute – nå skulle vi hjem og bygge opp allmennmedisinen i vårt eget land. Ambisjonene og arbeidsviljen var enorm, ingen talte timer eller kroner. Mottoet var kort og godt «þetta er gaman!» Vi hadde vår egen faglige forening FÍH (Félag íslenska heimilislækna) og tok

Mange islandske legesentre er moderne og originale og spennende bygninger, sett med en innflytters øyne. Her: Helsesenteret i Lágnúla, sentralt beliggende i Reykjavík. Foto: Allmennpraktiker Halldór Jónsson.



snart imot beundrende gjester, blant annet nestoren Peter Pritchard fra Oxford, som mente at den primærhelsetjeneste vi hadde fått til på Island, fortsatt bare eksisterte i festtalene i hans hjemland.

Men så kom forvitringen likevel?

Ja, og det skjedde i det stille. Vi erkjente etter hvert at den lovfestede primærhelsetjenesten tross alle løfter aldri ble ferdig utbygd i Reykjavikområdet. Til tross for at vi ga klart uttrykk for at vi var underbemannet, ble bebudete nye stillinger ikke opprettet, og vi kunne etter hvert ikke ta flere pasienter inn på listene våre, tross stor pågang. Organspesialistene har derimot fått nærmest uhemmet anledning til å etablere seg i privatpraksis i de senere årene, og det er aldri blitt innført noen henvisningsplikt. Det ble fritt fram for diskontinuitet og legeshopping. Særlig så vi en pasientstrøm i retning av barneleger, ÖNH-leger, gynekologer og hudleger. I 1995 kom det som fikk begeret til å flyte over: Det har lenge vært lovfestet at legevaktsfunksjonene i landet skal dekkes av allmennleger. Likevel ble det opprettet en privat bar-

nelegevakt bemannet med pediater vegg i vegg med den offentlige allmennlegevakten i Reykjavík. Atter et eksempel på undergraving av vår rolle som helsetjenestens koordinatorer.

Lønnsmessig sakkett allmennpraktikerne stadig lenger akterut. I 1982 var primærlegene øverst på tabellen når fast lønn ble sammenliknet mellom ulike yrkesgrupper – prester, ingeniører, sykepleiere, etc. I 1995 lå vi helt på bunnen av den samme tabellen! Den faste lønnen er riktignok bare en del av våre inntekter, men det er den som gir pensjonsgrunnlaget og utgangspunkt for overtidsbetalingen.

Vi prøvde å si fra, men opplevde at ingen hørte på oss. Og det så bare ut til å bli verre. Våren 1995 prøvde daværende helseminister å innføre henvisningsplikt slik at veien til organspesialister skulle gå gjennom den faste primærlegen. Forslaget strandet etter kraftig motstand fra organspesialistene.

(Starfsemin af stað 19/9-96): Fungerende helseminister Asgrimsson kan ikke tenke seg at legenes formann Katrin Fjelsted og forhandlingsdirigent Gunnar Ingi Gunnarsson leker lenger med guttene i Finansdepartementet.



ÉG vil bara ekki hafa að þið séu að leika ykkur lengur með þessum gaurum . . .

Nordisk kongress på Ísland til sommeren!

11-14 juni 1997 avholdes den 10. Nordiske kongress i allmennmedisin i Reykjavík. Det foreløpige programmet er utsendt til samtlige primærleger i Norden. Tilbudet er variert, både faglig, kulturelt og sosialt. Kontakt Dr. Sveinn Magnusson, Heilsugaeslan, IS-210 Gardabaer. Fax: + 354 565 60 22

Senere i 1995 var det regjeringsskifte, og vi fikk ny helseminister. Gruppen rundt henne hadde liten tilknytning til primærhelsetjenesten og manglet det politiske mot til å føre henvisningsaken videre. Interessen for primærhelsetjenesten så ut til å ha nådd bunnen hos politikerne.

Dere valgte til slutt å si opp stillingene i håp om å bli tatt på alvor. Hvordan begrunnet dere oppsigelsene?

Først og fremst med *ideologi*. Vi har som sagt et lovverk med klare bestemmelser for primærhelsetjenesten, men dette er i praksis blitt helt utvannet. Vi ba derfor om at myndighetene bestemte seg: Vil dere ha en levedyktig primærhelsetjeneste i dette landet? Hvis ja, behøver vi mannskap og ressurser til å løse disse oppgavene. Etter at behovet for rammebetingelser og personell var klarlagt, ønsket vi så å forhandle om lønnen for å utføre de fastsatte oppgaver. Vi ville spesielt ha vår faste lønn oppjustert tilsvarende utviklingen i andre yrkesgrupper etter 1982. Alt dette ble omhyggelig beskrevet i et dokument som fulgte med da vi sendte våre oppsigelsesbrev den 31. januar 1996.

Hvordan vil du karakterisere de politiske og administrative motspillere i konflikten?

Jeg ble overrasket og betenkt over å oppdage det jeg vil kalle *makteløsheten hos makten*. Passiviteten og likegyldigheten var nedslående, både lokalt og nasjonalt. Intet skjedde de første ukene etter oppsigelsene, og tiden gikk mot datoen 1. mai da vi etter planen skulle fratru. Myndighetene brukte imidlertid sin lovfestede rett til å framskyve datoen til 1. august – men dermed så det ut til å bli stille igjen. Vi måtte nærmest presse på for å få lov til å debattere saken! Men så oppsto det etter hvert godt klima mellom oss og myndighetene i forhandlingene – så lenge det dreide seg om ideologi. I juni hadde vi kommet overens med helse-

Það er með miklum trega sem ég fer frá Íslandi

Islenskir heilsugæslulæknar á leið til útlanda í atvinnuleit:
- en maður þarf tekjur til að lifa, segir Ólafur Stef. heilsugæslulæknir í Breiðholti

Sáttafundi heimilislækna og ríkisins var slitið síðdegis í gær

Allt situr fast læknadeilunni

Afleiðingar uppsagna heilsugæslulækna

Landlæknisembættið rannsakar dauðsf

Læknadeilan verður alvarlegri með hver

Ég sé enga lausn

- segir Ingibjörg Pálmadóttir heilbrigðisráðherra

Heilsugæslulæknar hafa snúið til starfa

Vaxandi álag á hjúkrunarfræðinga og bráðmottoku sjúkranusanna:

Neyðarástandið er að skapast og skella yfir

departementet om 21 punkter som dokumenterte myndighetenes vilje til å satse på primærhelsetjenesten; bedre ressursene, bemanningen, definere klarere faglige retningslinjer. Ideologisk sett var vi dermed fornøyde.

Men nå var det det med ett slutt på idyllen. «Da trekker dere vel oppsigelsene tilbake?», sa myndighetene. Og de beskyldte oss for svik da vi sa at nei – nå var tiden nå var inne for lønnsforhandlingene. Det virket som om våre forhandlingspartnere i helsedepartementet ikke hadde lest vårt oppsigelsesdokument der de to trinnene klart framgikk. Saken ble dermed overført til finansdepartementet. Men da var situasjonen frosset til. Da den 1. august opprant, så vi ingen annen mulighet enn å legge ned arbeidet slik vi hadde bebudet.

Hvordan organiserer man seg i en slik konfliktsituasjon?

Det var opprettet én forhandlings-

gruppe for den faglige delen av forhandlingene og én for lønnsforhandlingene. Da oppsigelsene var et faktum den 1. august, ble det så og si daglig arrangert «Åpent hus» for alle de «arbeidsløse» legene – der møtte alltid representanter for de forhandlende komitéer for å utveksle opplysninger og informasjon med oss «fotfolket». Helt sentralt i disse møtene sto ledelsen i FÍH (den islandske allmennpraktikerforeningen) og «senatet» bestående av tidligere ledere av foreningen. På disse møtene ble linjene lagt for det videre arbeidet parallellt med at alle ble holdt oppdatert. Legene på landet ble holdt ajour via et eget kontaktnett. Dette holdt kampviljen og motet oppe blant oss - på tross av innkommende regninger, manglende lønnsutbetalinger og en stigende uvissthet om framtida.

Og denne erfaringen vil jeg gjerne formidle videre: I en slik konfliktsituasjon må man hele tiden ha kursen klar! Alle må være

enige om målsetningene. Én for alle – alle for én. Det var en øvelse i solidaritet og samhold som jeg vet vil komme oss til gode som kollegagruppe fremover.

En profesjonell PR-mann var med oss hele tiden som konsulent. Han ga tips om hvordan og når vi burde ha kontakt med massemedia. Dette samarbeidet var viktig og lærerikt. Etter fire uker ble det forøvrig stiftet et eget PR-råd innen FÍH.

I løpet av konfliktperioden ble det avholdt to ekstraordinære landsmøter for allmennpraktikerne i FÍHs regi. Det første ble holdt i Reykjavík den 12. august. Hele 113 av de 126 «konflikt-legene» i landet møtte. Ideologene la an tonen fra talerstolen og vi kjente oss alle oppildnet. Mediainteressen var stor, og jeg husker at jeg gikk lykkelig fra møtet med visshet om en snarlig seier for mitt fag. Men så skjedde altså intet mer. Og etter noen dager hadde de første kollegene tatt konsekvensene av uvis-

heten og reist til vikariater i utlandet. Jeg reiste også ut selv, til Sverige, men det var senere.

Midt under konflikten ble det holdt et ekstraordinært stor-möte i den islandske legeforeningen. Vi fryktet selvsagt at de mange og mektige organspesialistene skulle knekke oss. En vellykket ideologisk kamp sett fra vår side ville jo true deres livsgrunnlag. Men spesialistene ga full støtte til våre lønnskrav og nöyde seg med å si at man ville ønske å komme tilbake til de ideologiske spørsmålene på et senere tidspunkt. Mötet ga med andre ord ikke det fryktede nådestötet – responsen lå nærmere en solidaritetserklæring.

Hva skjedde i befolkningen da allmennpraktikerne ikke møtte på kontoret?

Vi hadde jo forestilt oss krisestemning – så og si straks. En kollega som hevdet at dette ville ta tid og at konflikten ikke ville få sin løsning før etter tre uker, ble mött med latter. Men vi fikk oss en overraskelse der, for i de første dagene skjedde så og si ingenting! Folk klarte seg på et vis uten oss. Det tok flere dager før den jevne mann fikk med seg at doktoren hans hadde sagt opp. Og det var ingen som snakket om krise, det kom svært få klager i media. Etter noen dager sto imidlertid sommerens store utfartshelg – Kjøpmannshelgen – for døra. «Nå kommer krisen», sa vi optimistisk til hverandre. Men helga kom og gikk – uten dramatik. Befolkningen, politikere og helseadministrasjon tok fortsatt det hele med ro. Forhandlingsviljen var liten fra myndighetenes side – konflikten så ut til å bli langvarig. Jeg var en slagen mann i de dagene, noe som også framgår av dagboken min (figur 1). Dette var litt av en lærepenge. Vi innså at vi på enkelte områder hadde overvurdert vår egen betydning og slagkraft.... Men roen i befolkningen kan ha hatt mange årsaker. Delvis tror jeg

dette skyldtes at pasientene var solidariske med oss og ventet hjemme – men delvis var det også uttrykk for et raskt oppstående system av nödløsninger.

Hva slags nödløsninger?

Pasienter med akutt sykdom eller bekymringer ble tatt hånd om i akuttmottakene på sykehusene: Der var det enorm pågang, og man kalte inn ekstra personell. Men som sagt var det mange som intetanenede dukket opp på helse-sentrene, eller som søkte råd hos sykepleierne der. Mange av sykepleierne hadde det ganske töft, tror jeg. De ga råd etter beste evne, de tok nye utskrifter av resepter som sto registrert på pasienten. Apotekene godtok også brukte resepter fra pasientene, og de ga ut en del minstepakninger uten resept. Og så var det jo et lite antall primærleger som ikke sa opp – de tok jo unna en god del pasienter. Det samme gjorde de mange privatpraktiserende organspesialistene. Naturlig nok var situasjonen for befolkningen langt mer utrygg på landet der slike tjenester ikke fantes. På landet påtok derfor noen leger seg ulønnet nödvaktjeneste, basert på den etiske forpliktelsen til å yte öyeblikkelig hjelp. Dette ga en viss ro og trygghet i befolkningen, selv om nödvakten i praksis ofte var stasjonert milevis unna.

Hva skjedde med folkehelsen i denne tiden?

I utgangspunktet var folk flest friske. Det var sommer, og ingen epidemier var på gang. De mest akutte problemene fant som sagt veien til sykehusenes akuttmottak, men det forekom nok at pasienter valgte å se ting an uheldig lenge. Den mest påfallende effekten på folkehelsen kom til uttrykk som en bölge av av subakutte problemstillinger som skylte over oss da vi kom tilbake på jobb etter konflikten. Mange pasienter med kroniske

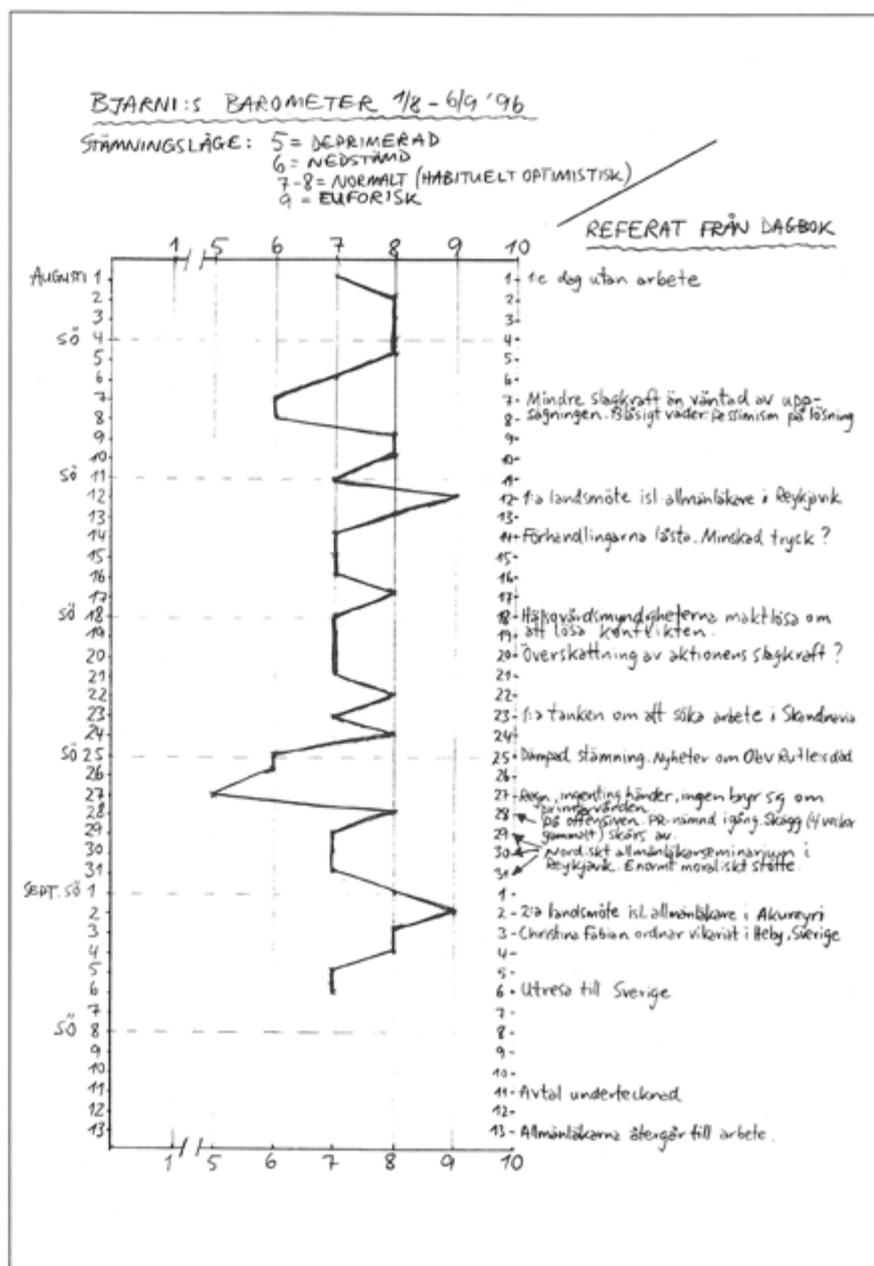
lidelser hadde holdt ut og ventet – og blitt sykere. Det ble lange og tunge dager på kontoret – en god illustrasjon på primærhelsetjenestens viktige rolle overfor disse pasientene.

Hva kom ut av konflikten?

For det første fikk vi som sagt dokumentet med «de 21 punktene» som ga oss støtte i den ideologiske kampen. Blant de viktigste punktene der kan jeg nevne

1. *Forslag om et frivillig henvisningssystem:* Pasienter kan (for 150-200 norske kroner i året) «abonnere» på gratis konsultasjoner hos den faste primærlegen og lavere egenandeler hos spesialister som han eventuelt blir henvist til. Organspesialister som deltar i ordningen får særskilt refusjon fra det offentlige. Pasienter som deltar i ordningen, kan om de skulle ønske det, også gå direkte til spesialist, men da koster konsultasjonen mer fordi spesialisten ikke får refusjon.
2. *Löfte om fortsatt utbygging av primærhelsetjenesten fram mot året 2005.* Det ble satt opp en liste med prioriterte tiltak både hva angår nye lokaler og stillinger i primærhelsetjenesten.
3. *Desentralisering av finansiell styring og ansvar* for primærhelsetjenesten fra stat til hérað (hérað tilsvarer fylke, men ut fra folketallet svarer det etter norske forhold heller til en kommune).

Blant de övrige punktene: Tilrettelegge ordninger for ambulerende organspesialister på landsbygda, styrt av henvisninger fra primærlege. Bedre kommunikasjonen og samarbeidet mellom leger i første- og annenlinjetjenesten, blant annet utvikling av klare regler for sending av epikriser. Legge til rette for sammenslåing av vaktområder på landet, unngå at leger går i endelt vakt. Sikre mulighet for



Bjarni's barometer: Milepæler i konflikten (kronologisk i høyre spalte), i parallell med Bjarni's egen aktivitet og «formkurve» i den samme perioden til venstre.

vaktfritak fra 55 års alder. Støtte utviklingen av datoriseringen av journalene i primærhelsetjenesten (som også på Island ligger langt foran utviklingen på sykehusene)

Etter lønnskonflikten fikk vi en umiddelbar lønnsøkning på 7%, i takt med øvrige arbeidstakere i landet. Men den endelige løsningen på lønsspørsmålet ble – til vår tilfredshet – utsatt og lagt i hendene på en lønnsdomstol (Kjaranefnd). Vi føler oss tryggere når Kjaranefnd bestemmer lønnen enn

med Staten som motspiller og setter vårt håp til at vi i løpet av 1997 vil få en plass i det akademiske lønshierarkiet som står i forhold til innsatsen.

Bortsett fra de forhandlingsmessige resultatene har vi også sett en annen gledelig virkning av oppsigelsene: Folket på Island vet med ett hva primærhelsetjenesten står for! Mange viser økt forståelse for primærlegens rolle, ikke minst som bærer av kontinuitet og koordinasjon i helsetjenesten. Ja, jeg

kan nesten si at jeg har hatt en faglig gjenoppvåkning selv også. Den tøffe konfliktperioden fikk meg selvsagt til å tenke faget mitt grundig igjennom. Og resultatet av den prosessen var at jeg ble enda sikrere på meg selv rent faglig. Jeg fikk – tross erfaringen av at folk kan overleve uten oss i noen uker – mer pondus og ble enda stoltere av faget mitt!

Hvordan ser framtida ut?

Vi vendte alle tilbake til jobb i letelse og optimisme. Men vi har fått se at utviklingen – tross løftene – går langsommere enn forventet. Nå har vi vært i arbeid i drøyt fire måneder etter konflikten og man kan nok ane en viss frustrert utålmodighet. Når kommer de nye stillingene vi er blitt lovet? Når kommer lønnsfastsettelsen og hvordan blir den?

Etter årsskiftet har vi sett at noe av det vi fryktet, og som gjorde at vi gikk til oppsigelse, likevel har begynt å skje: Flere primærleger ute på landet har sagt opp. Det ser ut til å ha oppstått en utmattelse blant disse kollegene, basert på kombinasjon av dårlige lønnsforhold og faglig isolasjon med stor vaktbelastning. Ofte er det snakk om én lege med éndelt vakt. Når legen slutter, kan det med rette kalles en krise for et lite bygdesamfunn. Her kreves faglig revitalisering, reorganisering og – ikke minst – politisk forståelse og vilje! Personlig er jeg – som ellers i livet – optimist. Men det er for tidlig å si at krisen er over i islandsk primærhelsetjeneste.

Referanser:

- (1) Husom N. Islands allmennleger i konflikt. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116 (Nr 23): 2823.
- (2) Getz L. Brev fra Island. Med legekoofferten i vesterled. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116 (Nr 26): 3139-41.

Korleis styrkje det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunane?

Del 2

Artikkelen som følger er del 2 av en komprimert utgave av gruppeoppgave fra fjorårets kommunelegekurs. Del 1 ble presentert i UTPOSTEN nr. 2/97. Både del 1 og del 2 kan hver for seg stå på egne ben, men har som felles hovedtema hvordan det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene kan styrkes. Forfatterne er alle leger med lang fartstid fra primærhelsetjenesten:

- Erlend Bergesen, kommunelege I, Fusa kommune
- Lasse Folkvord, kommunelege II, Malvik kommune
- Marit J. Kamøy, allmennpraktiker, Oslo
- Odd Kjøstvedt, kommunelege I, Skånland kommune
- Vegard Vige, kommuneoverlege, Halden kommune

Desentralisert samfunnsmedisin har lange og stolte tradisjonar i Noreg, men faget har dei siste åra slite med svak fagutvikling, liten kontinuitet i MFRL-stillingane og akterutsegla lønnsutvikling (1,2).

Ved kommunelegekurset på Folkehelsa har det hausten 1996 vore sett særleg søkjelys på samfunnsmedisinen sine organisatoriske, økonomiske og faglege vilkår i norske kommunar.

Forf. drøftar i denne artikkelen tiltak vedrørende økonomiske forhold og organisering av fastlegeordning, som kan styrkje samfunnsmedisin på kommunenivå.

I denne artikkelen drøftar forff. ulike tiltak for å styrkje samfunnsmedisin på kommunenivå med vekt på kombilegens rolle og behovet for samfunnsmedisinsk 2. linjeteneste.

Kombilegen – eit gode eller nødvendig onde?

Helsedirektoratet ville i si tid innføre ei norm for MFRL si arbeidstid i høve til kommunestorleik, ved å anbefale heiltidsstillingar i kommunar med meir enn 10.000 innbyggjarar (1). Etter Betty Petersen sin rapport er realiteten i dag:

- 96% av MFRL (Medisinsk faglig Rådgivende lege) i kommunane er kombilegar

- Antal kombilegar er aukande, grunna aukande bydelsinndeling i dei største kommunane, med bydelsoverlegar i kombistillingar.
- Jamvel i dei største kommunane ynskje dei fleste MFRL kombistilling (2).

Det kan tenkjast mange årsaker til at legane ynskjer dette. Det vil ofte opplevast positivt å kunne variere mellom fleire typer arbeidsoppgåver, og legen vil nødig gje frå seg dei positive verdiane som ligg i å arbeide direkte med pasientar. Legen si grunnutdanning legg mest vekt på klinisk praksis, og mange legar kjenner seg mest heime med det. Dette er handlingsretta og aktivt, medan samfunnsmedi-

sinsk arbeid krev utprega samarbeidsholdning i eit fleirfagleg/sektorielt system, der det ikkje alltid er enkelt å vite kva ein sjølv kan «ta æra for».

Fordelar:

Den som skal gje medisinske råd til kommunen sin administrative og politiske leiing, og (oftast) leie kommunen si helseteneste bør ha eit godt kjennskap til klinisk praksis; kjenne terrenget ved sjølv å arbeide der. Kombistillingane sikrar ein slik kjennskap. Legen har betre høve til ein positiv allianse med befolkninga gjennom arbeidet som allmennpraktikar. Legen får betre oversikt over korleis helsetenestetilbodet i kommunen og i regionen fungerer i praksis, og kan



dermed lettare kjenne kor skoen trykkjer.

Legane sin terskel for å søkje seg til/skifte til stilling som MFRL vil vere lågare når dei kan halde fram med allmennpraksis og dermed halde på, og vidareutvikle, den allmennmedisinske kompetanse dei har. Høve til retrett vert og betre, og stillingane vil lettare kunne dekkjast ved mellombels fråvær og vakansar.

Ulemper:

Det sentrale problemet er avgrensning i høve til kurativt arbeid. Kurative tenester er meir etterspurd, og vil oftast opplevast som meir presserande. Ynskje om å vera ein god lege for pasienten kan lett koma i vegen for nok arbeids-

ro rundt dei samfunnsmedisinske oppgåvene. Det ligg og økonomiske incitament under for ei slik prioritering.

Legen kan, særskildt i større kommunar, få kapasitets- og tidsproblem. Det vil kunne vere til hinder for å halde seg godt nok oppdatert både innan samfunns- og allmennmedisin. Tilsvarande vil det verte vanskeleg å delta i alle nødvendige møter og samarbeidsfora, og dermed finne ut av kva som foregår i kommunen og å delta tidleg nok i plan- og utviklingsprosessar. Dette svekkjer det høve til påverknad som legen har etter Kommunchelselova i desse sakene. Både overfor pasientane og kommunen si verksemd kan kontinuitet og tilgjenge bli for dårleg.

Det er og potensielle habilitetskonfliktar, der legen kan identifisere seg meir med dei øvrige allmennpraktiserande legane enn med kommunen/befolkninga, og dette kan påverke objektiviteten av dei råd som vert gjevne.

«Ekteskapet» mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin er eit særnorsk fenomen med lange tradisjonar. Under visse føresetnader er dette framleis eit system å satse på for framtida, for dei minste kommunane finns det neppe noko alternativ.

Ein tilrå:

- Legen må ha høve til god praktisk avgrensing mellom kurativ og samfunnsmedisinsk arbeid (t.d. ha eit separat kontor for dei to funksjonane).
- Det må tilsetjast nok hjelpepersonell som legen har administrativt ansvar for.
- Eit velfungerande kontaktnett med kolleger i andre kommunar, for å motverke fagleg isolasjon er viktig.
- God kontakt med fylkeshelsestenesta for å kunne medverke til god helsetenesteplanleggjing på begge forvaltningsnivå.
- Økonomisk utjamning mellom ulike typar legearbeid.
- Samsvar mellom legen si arbeidstid i samfunnsmedisin og storleik på befolkninga. Grappa vil foreslå at for uoppdelte kommunar og kommune-/bydelar med meir enn 15-20.000 innbyggjarar bør det tilsetjast MFRL i heiltidsstilling.

Samfunnsmedisinsk 2. lineteneste

Fylkeslegen er i dag den som kan seiast å ha 2.lineteneste funksjon i høve til kommunal samfunnsmedisin. Statlege institusjonar som Folkehelsa, Helsetilsynet, Statens institutt for strålehygiene (SIS), Statens helseundersøkelse (SHUS) i Oslo fungerer som ei 3.lineteneste med spisskompetanse innan ein-skildområder.

Fylkeslegen representerer på den eine sida ein velprøvd etablert institusjon i ein samfunnsmedisinsk akse med kompetanse innan m.a. helseopplysning, jus, barn og helse. På den andre sida er det ofte manglande teknisk hygienisk kompetanse ved mange fylkeslegekontor. Avstanden frå kommunane til eitt sentralt kontor i kvart fylke kan vera lang i dei daglege utfordringane i samfunnsmedisinen. Der er og eit betydeleg press på tilgjengelege ressursar ved fylkeslegekontora. Utfordringar i somatisk og psykiatrisk 2.lineteneste tek mykje tid for fylkelegen.

Mange kommunelegar saknar i dag fylkeslegen i ein sterk rolle som aktiv medspelar og ressursbase i dei daglege samfunnsmedisinske utfordringane. Har dobbeltrolla med tilsyn på den eine sida, og råd og veiledning på den andre, tippa for mykje over i tilsyn? Einskilde rapportar frå den auka tilsynsaktiviteten etter 1994 kan tyde på det.

Ut frå dei signal som er gitt vil fylkeslegen gjerne representere 2.linetenesta til samfunnsmedisinen i kommunane, men vedgår å ha hamna i ei dobbelrolle, noko som praktisk, og i sterkare grad juridisk, er vanskeleg å takle (3).

Kan eit kompromiss mellom fylkesnivået og kommunenivået vera interkommunale/regionale kompetansesenter for samfunnsmedisin? Det kan tenkjast eit landsdekkjande nett med 50-80 slike einingar med eit folkeunderlag på 20-100.000 innbyggjarar. Eit slikt team med samfunnsmedisinsk kompetanse, gjerne med lege i heiltidsstilling, teknisk hygiene og næringsmiddeltilsyn og andre faggrupper, i eit tverrfagleg miljø, ville representere eit nærare og meir slagkraftig alternativ til dagens ordning. Dette ville kunne forsvare lokalsamfunnsmedisinen mot den utarminga vi i dag er vitne til. Slike samfunnsmedisinske einingar med tverrfaglege team av ulike faggrupper vil gje verdifull vedtakstøtte til lokale medisinske rådgjevarar, utan at dei formelle

forvaltningsnivå vart endra. Kommunen vert framleis det formelle vedtaksorgan slik kommunelova krev. Dette vil gje betra arbeidsvilkår for den lokale medisinske fagleg rådgjevande lege som i småkommunar framleis vil vere kombi-legen som tidlegare omtala. Dette vil representere eit nært 2.linete nivå med tverrfagleg kompetanse, som til dagleg arbeider med problemstillingane innan samfunnsmedisinen.

Som ein 3.variant kan ein tenkje seg eit 2.linete nivå samlokalisert med lokalsykehuset. Ein førebyggjande/samfunnsmedisinsk avdeling ville knyte samfunnsmedisinen saman med somatisk 2.lineteneste, og kan gje høve til felles ressursutnytting innan fagfeltet.

Ein tilrår:

- Samfunnsmedisinen i kommunane treng ei velfungerande 2.lineteneste.
- Fylkeslegen må ha eit tilpassa lovverk og rammevilkår for å fylle ein slik funksjon.
- Der kan alternativt opprettast regionale/interkommunale einingar med samfunnsmedi-

sinsk kompetanse i eit tverrfagleg team. Dette skal fungere som 2.lineteneste og vedtakstøtte til den kommunale medisinske faglege rådgjevar/samfunnsmedisinar.

*Erlend Bergesen, Fusa
Marit J. Kamøy, Oslo
Odd Kjøstvedt, Skånland
Vegard Vige, Halden
Lasse Folkvord
Vikhamar Legekantor
7560 Vikhamar*

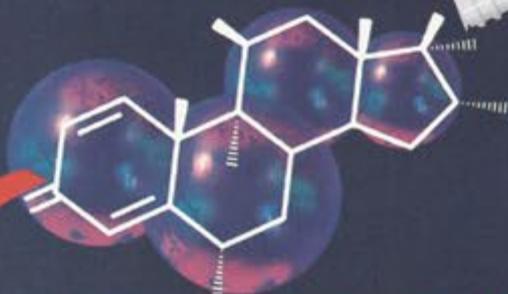
Litteraturliste

1. Helsedirektoratets veiledningsserie 4-90. Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten, en veileder for kommunelege 1
2. Pettersen B. Søkelys på samfunnsmedisinen. En undersøkelse av samfunnsmedisin og samfunnsmedisinere i norske kommuner og bydeler, 1994. Rapport til Sosial-og Helsedepartementet, april 1996. Arbeidsrapport nr.1/1996. Seksjon for helsetjenesteforskning.
3. Personleg meddeling Asblørn Haugsbø, Fylkeslege i Vestfold og Helga Arianson, Ass. Fylkeslege i Hordaland

Se oftere mot nord.
Gå mot vinden, du får rødere kinn.
Finn den ulendte stien. Hold den.
Den er kortere.
Nord er best.
Vinterens flammehimmel,
sommernattens solmirakel.
Gå mot vinden. Klyv berg.
Se mot nord.
Oftere.
Det er langt dette landet.
Det meste er nord.

Rolf Jakobsen

En ny generasjon lokale steroider^{1,3}



FlutivateTM
flutikason propionat

med designet «soft»-molekyl^{2,3}
gir en bedre terapeutisk indeks^{1,3}
dvs. forholdet mellom:

Ønskede effekter

Uønskede effekter

Referanser:

- 1) Chu A, Mann S. Fluticasone propionate in the treatment of inflammatory dermatoses. *Brit Journ of Clin Pract* 1995; 49, 3: 131-133.
- 2) Korting HC, Maibach HI (eds): *Topical Glucocorticoids with increased Benefit/Risk ratio*. *Curr Probl Dermatol*, Basel, Karger, 1993, vol. 21: 11-19.
- 3) Placquido D. *Topical Corticosteroids in Clinical Practise: Focus on Fluticasone Propionate*. *Cutis* 1996; 57, 2S: 0-9

C Flutivate "Glaxo Wellcome" Kortikosteroid

ATC-nr.: D07A

KREM 0,05%: 1 g inneholder flutikasonpropionat 0,5 mg, cetostearylalkohol, cetomakrogol 1000, flytende parafin, n-propylmyristat, propylenglykol, imidurea, natriumfosfat, sitronsyre, rensed vann til 1 g.
SALVE 0,005%: 1 g inneholder flutikasonpropionat 0,05 mg, propylenglykol, sorbitanseskvioleat, voks, flytende parafin til 1 g.
EGENSKAPER: Klassifisering: Gruppe III kortikosteroid (sterke) med karbotoat i sidekjeden. Flutikasonpropionat er lipofilt, noe som øker reservoareffekten i epidermis. Bindingen er i høy grad selektiv for glukokortikosteroid-reseptoren. Halveringstiden av det aktive steroid-reseptor-kompleks er > 8 timer, noe som gir lang virkebid. Kremen har høyt fettinnhold (50%) og er egnet ved både akutte, subakutte og tørre tilstander eller når det av kosmetiske årsaker er ønskelig. Salve benyttes ved tørre, skjellende og licheniserte tilstander. **Virkningsmekanisme:** Inflammasjons-hemmende, klestilende og mitosehemmende effekt. **Absorpsjon:** Langsom perkutan absorpsjon. Liten risiko

for suppresjon av HPA-aksen (morgen plasmakortisol < 0,05 ng/ml) dersom mindre enn 50% av arealet til en voksen person behandles eller ved anvendelse av mindre enn 20 g krem/salve per dag. **Halveringstid:** Ca. 3 timer etter iv. injeksjon.
Metabolisme: Hovedsakelig i leveren til inaktive metabolitter.
INDIKASJONER: Inflammatoriske og kløende hudlidelser f.eks. psoriasis (unntatt ved utstrakt plaque psoriasis), eksem og andre steroidomfintlige hudlidelser.
KONTRAINDIKASJONER: Primærinfeksjoner i huden forårsaket av bakterier, sopp eller virus. Sårbehandling. Perioral dermatitt. Acne vulgaris. Rosacea. Hypersensitivitet mot innholdstoffer i preparatet. Dermatoser hos barn under 1 år. Perianal og genital kløe.
BIVIRKNINGER: Systemiske effekter kan forekomme ved øklusjonsbehandling over store hudområder, først og fremst hos barn. **Hypypige:** > 1/100 Pruritus. **Mindre hypypige:** Lokal varmfølelse. Hudatrofi. Striae. Teleangiektasier. Rosacea-liknende hud. Maskering av infeksjon og infeksjonsspredning. Hyperadrenokortisisme. **Sjeldne:** < 1/1000 Utvikling av kontakteksem. Forverring av symptomer. Binyrebarkhemming.

Økt hårvekst. Pigmentforandringer.
FORSIKTIGHETSREGLER: Forsiktighet ved bruk på genital- og rektalslimhinne, i ansiktet og intertriginose områder. Preparatene må ikke komme i øyet. Varsomhet bør utvises ved behandling av barn og ved langvarig behandling med høye doser over store hudområder pga. fare for binyrebark-suppresjon. Antimikrobiell behandling bør gis hvis inflammerte lesjoner infiseres. Seponer topiske kortikosteroider hvis infeksjonen spres seg.
GRAVIDITET/AMMING: **Overgang i placenta:** Det er påvist påvirkning av fosterutviklingen hos dyr etter bruk av kortikosteroider. Relevansen av dette ved human bruk er ikke klarlagt. Forsiktighet bør derfor utvises ved behandling av gravide. **Overgang i morsmelk:** Det foreligger ingen opplysninger om overgang i human melk. Ut fra flutikasonpropionats farmakokinetiske profil er overgang i morsmelk lite sannsynlig etter lokal administrasjon.
DOSERING: Påsmøres i tynt lag 1-2 ganger daglig.
PAKNINGER OG PRISER: Krem og salve: 30 g kr 72,60, 100 g kr 176,50. T:31

Spersallerg®

[Når pasienten trenger **rask** symptomlindring]



- **Raskere innsettende effekt enn Levocabastine¹**
- **Effektivt¹**
- **Langvarig effekt**
- **Rimelig**

I en tysk multisenterstudie¹ ble 69 pasienter av begge kjønn med diagnosen akutt allergisk konjunktivitt behandlet i 2 uker med enten Spersallerg® (n=34) eller Levocabastine (n=35). Tidsperioden var fra mars til august 1995 og pasientenes alder var mellom 18 og 82 år. Studien konkluderer med at begge medikamentene reduserer både objektive og subjektive symptomer effektivt.

Forskjellen mellom de to behandlingene var den raskere innsettende effekten av Antazolin/Tetryzolin (SPERSALLERG®) 30 minutter etter administrasjon av første dråpe av studiemedikasjon.¹



Spersallerg®

Antihistamin + vasokonstriktor. ATC-nr.: S01G A52

CIBAVision®
Ophthalmics

1 Richard Wertheimer, Gabriela Blessmann. «Antazolin/Tetryzolinhaltige Augentropfen im Vergleich zu Levocabastinhaltigen Augentropfen bei akuter allergischer Konjunktivitis». Klin. Monatsbl. Augenheilkunde 1997; 210:93-96.

Spersallerg® CIBA Vision®

Antihistamin + vasokonstriktor. ATC-nr.: S01G A52

Øyedråper: 1 ml innehold: Antazolini chlorid, 0,5 mg, tetryzolini chlorid, 0,4 mg, natr. chlorid, 8,9 mg, acid. hydrochlorid, q.s., benzalkoni chlorid, 50 µg, hydroxypropylmet-hylcellulos, 3 mg, aqua steril. ad 1 ml. 1 dråpe innehold: Antazolini chlorid, 17 µg, tetryzolini chlorid, 13 µg. **Egenskaper:** Klassifisering: Inneholder antazolin, et antihistamin, samt det vasokonstriktoriske stoffet tetryzolin. Virkningsmekanisme: Gir en hurtig og langvarig effekt ved å motvirke hyperemi i conjunctiva. Antazolin gir samtidig en antiallergisk virkning. **Indikasjoner:** Allergisk konjunktivitt. Kontraindikasjoner: Allergi mot en eller flere av preparatets komponenter. Keratoconjunctivitis sicca.

Bivirkninger: En svak reduksjon av tåresekresjon kan forekomme. Hvis det skulle oppstå overfømflighet overfor ett eller flere av innholdsstoffene avbrytes medikasjonen. Forsiktighetsregler: Bør ikke brukes sammenhengende i lengre perioder. Anvendes med forsiktighet hos pasienter med trang kammervinkel.

Dosering: 1 dråpe i nedre konjunktivalsekk 1 til 4 ganger daglig. **Pakning og priser:** (pr. mars-97) 10 ml kr. 58,-