

Innhold:

Leder:	
Den allmennmedisinske karaffel	s 1
AV JANNIKE REYMERT	
Den allmennmedisinske karaffel – innl.	s 2
Den allmennmedisinske karaffel	
Et faglige innholdet i fastlegeordningen	s 4
AV PETTER ØGAR	
Med stjernene som navigasjonsredskap	s 7
AV MAGNE NYLENN	
Sundvollenseminaret 2000. Fem scenarier	s 10
Scenarier år 2010	s 14
AV PETTER ØGAR	
For samfunn varer lykkelige løsninger aldri	s 16
AV PÅL GULBRANDSEN	
Om scenarier fram til 2010	s 19
AV HANS TH. WAALER	
De fem scenariene – marked for alle pengene	s 20
AV STEINAR WESTIN	
Litt om dei nye helselovane	s 26
AV GEIR SVERRE BRAUT OG ØYSTEIN HUS	
Afrodite på legevakt	s 29
AV MARGARET OSHAUG	
Engler uten vinger – en oppfølging	s 33
INTERVJU MED J.E. NILSEN AV TONE SKJERVEN	
Steigenmodellen	s 36
AV F. ANDERSEN, B.WOIE BERG OG I.J. AARAAS	
Faste spalter	s 40

UTPOSTEN

utposten

Kontor:

RMR/UTPOSTEN
Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim
Tlf. 63973222 Fax 63971625
E-mail:rmrtove@online.no

Adresseliste redaktørene av
UTPOSTEN:

Torgeir Gilje Lid

Koordinator
Heskestadv. 11
4015 Stavanger
tlf: 51521071
fax: 51526152
E-mail: giljelid@online.no

Jannike Reymert

Skogstien 16
7800 Namsos
Tlf: 74 27 33 50
Fax: 74 27 54 10
E-mail: jannike.reymert@nt.telia.no

Elisabeth Swensen

3841 Flatdal
tlf: 3505 2121
Fax: 35052361
E-mail: elswense@online.no

Gunnar Strøno

Skogv. 29
3660 Rjukan
tlf: 35092228
Fax: 35090640
E-mail: gunnars@telnett.no

Frode Forland

Herregårdsv. 2 F
1168 Oslo
tlf: 22750561
fax: 22248868
E-mail: frode.forland@helsetilsynet.dep.telemax.no

Erik J. Pedersen

Heskestadv. 13
4015 Stavanger
tlf: 51527560
fax: 51508383
E-mail: ejped@online.no

Tone Skjerven

Modum Bad
3370 Vikersund
tlf: 32787096
fax: 32788308
E-mail: Tone.Skjerven@c2i.net

Forsidefoto: Torgeir Gilje Lid

Design & trykk:
PDC Tangen

Den allmennmedisinske karaffel

Det har ikke manglet på negativ fokusering på det allmennmedisinske faget de siste årene. Forhåpentligvis ble bunnen nådd med Magne Nylennas leder i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 26/2000 der han skriver: «Om det viser seg at verken pasientene, politikerne eller profesjonen selv tror på allmennmedisinens ideologi, må vi lete etter nye måter å organisere helsevesenet på.»¹ Videre mer enn antydes det at den bærende ideologien idag nærmer seg «DUST» – diskontinuerlig, uforpliktende, snevert og teknologisk – som erstatning for «KOPF» – kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende.

Mange røster hevet seg som motsvar på Nylennas ytringer, noe som vel er et godt tegn på at allmennmedisinen langt fra er så døende som først antatt. Nylennas ord er allikevel verdt å låne øre til, sannsynligvis representerer de bl.a. tanker kolleger i andre spesialiteter har om oss, og vi bør så absolutt kjenne vår besøkelsestid for å legge hans teser døde og maktesløse. Elendighetsbeskrivelsen har vært nødvendig slik at vi kan få anstendige vilkår i fastlegeordningen, selv om det i enkelte kretser har «tatt av» med dommedagsprofetier som nok har skadet oss mer enn det har gannet. Nå er det imidlertid på høy tid å snu trenden og la innføringen av fastlegeordningen være inngangsporten til en ny æra der sutrekulturen må vike for konstruktive innlegg og positivt innhold i faget.

Når det er sagt skal vi heller ikke glemme at det tross mange negative utsagn fra allmennlegehold, rekrutteringsvikt og økende press fra alle kanter finnes en ikke så liten armé tause slitere som har stått på sin post og nedlagt et betydelig og solid arbeide for sine pasienter også i de siste års nedgangstider. Tallmessig utgjør de et solid flertall av det norske allmennlegekorpset. Det er en type mennesker som ikke løfter sin røst og klager i tide og utide, men allikevel er trendsetterer i sin praksis ved å leve opp til det modifiserte KOPF-begrepet. Disse kollegene utgjør forhåpentligvis et solid fundament for en god primærhelsetjeneste i fastlegeordningen.

Irene Hetlevik har i en tankevekkende leder i Tidsskrift for Den norske legeforening nr 24/1999 innført begrepet «Den fulle allmennmedisinske bøtten»². For allmennlegene var dette en treffende beskrivelse av vår hverdag der det stadig kreves økt innsats fra oss på ulike områder, ikke minst pga økt fokus på screening av «risikopasienter» der store antall potensielt syke mennesker sjekkes opp mot mulig sykdom få har, mens mange ligger i «grenseland» og trenger videre oppfølging. Pga det høye antallet krever disse tiltakene betydelig økt legeinnsats, noe myndighetene må ta inn over seg før disse undersøkelsene innføres. Utenfor det allmennmedisinske miljøet har Hetleviks meget konstruktive innlegg til en viss grad druknet i den generelle elendighetsbeskrivelsen av vilkårene i primærhelsetjenesten. Det svært så treffende begrepet «full bøtte» har vel i seg selv bidratt til negative assosiasjoner, det er lite status å hente i ei bøtte!

Utposten har derfor ønske om å innføre et alternativt begrep – «den allmennmedisinske karaffel» – se den for deg: høy, lekker, slank (bortsett fra den noe fyldige nederdelen tilnærmet lik kroppsidealet mange strever mot i det postmoderne samfunn!). Innholdet er ofte herlig rubinrødt og av ypperste kvalitet, og hør hvilken forlokkende klukkelyd den avgir når innholdet skjenkes ut til de utvalgte! Vi ønsker å la karaffelen være et kjennemerke på vårt kvalitetsarbeide fremover (tross visse alkoholpolitiske betenkeligheter, men la nå dem fare for en gangs skyld!). Den allmennmedisinske karaffel skal fylles opp med en ny giv der vi utnytter mulighetene nærheten til våre pasienter gir, ingen andre leger har muligheten for å se og forholde seg til «hele mennesket» i våre pasienter som oss. Det er et utgangspunkt som er unikt og etterspurt, ingen pasienter er i lengden tjent med en så spesialisert medisinsk verden at legene ikke evner å se mer enn deres ulike organer. De fleste lidelsene folk bringer til torgs er jo også ofte «organuspesifikke» og lar seg ikke påvise ved ulike somatiske undersøkelser. De krever noe annet enn kjappe teknologiske løsninger for å lindres.

Våre tjenester er idag svært etterspurt av befolkningen (du behøver ikke engang være en god allmennlege for å ha ventelister lange som et vondt år!), og det er opp til oss å renfremstille essensen i allmennmedisinsk virksomhet slik at vi også i fremtiden kan levere et godt produkt til våre listepasienter. Vi har alle ansvar for at allmennmedisinen igjen blir et blomstende fag med ivrige grasrotentusiaster som vil noe mer med sitt fag og sin listepoulasjon enn å tilby kjappe konsultasjoner med høy inntjening men kanskje litt for lavt faglig innhold.

I dette nummeret av Utposten har vi derfor satt fokus på hva innholdet i den allmennmedisinske karaffel kan bli. Utover våren vil vi bringe fler artikler som skal fylles i den allmennmedisinske karaffel, og så er det bare å håpe at vi med det kan bidra til å friskmelde førstelinjetjenesten som etter vårt syn er levedyktig uendelig langt inn i dette årtuset!

Jannike Reymert

1. Nylenna M. Er allmennmedisinens tid forbi? Tidsskr Nor Lægeforen; 120:3110.

2. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547-8.

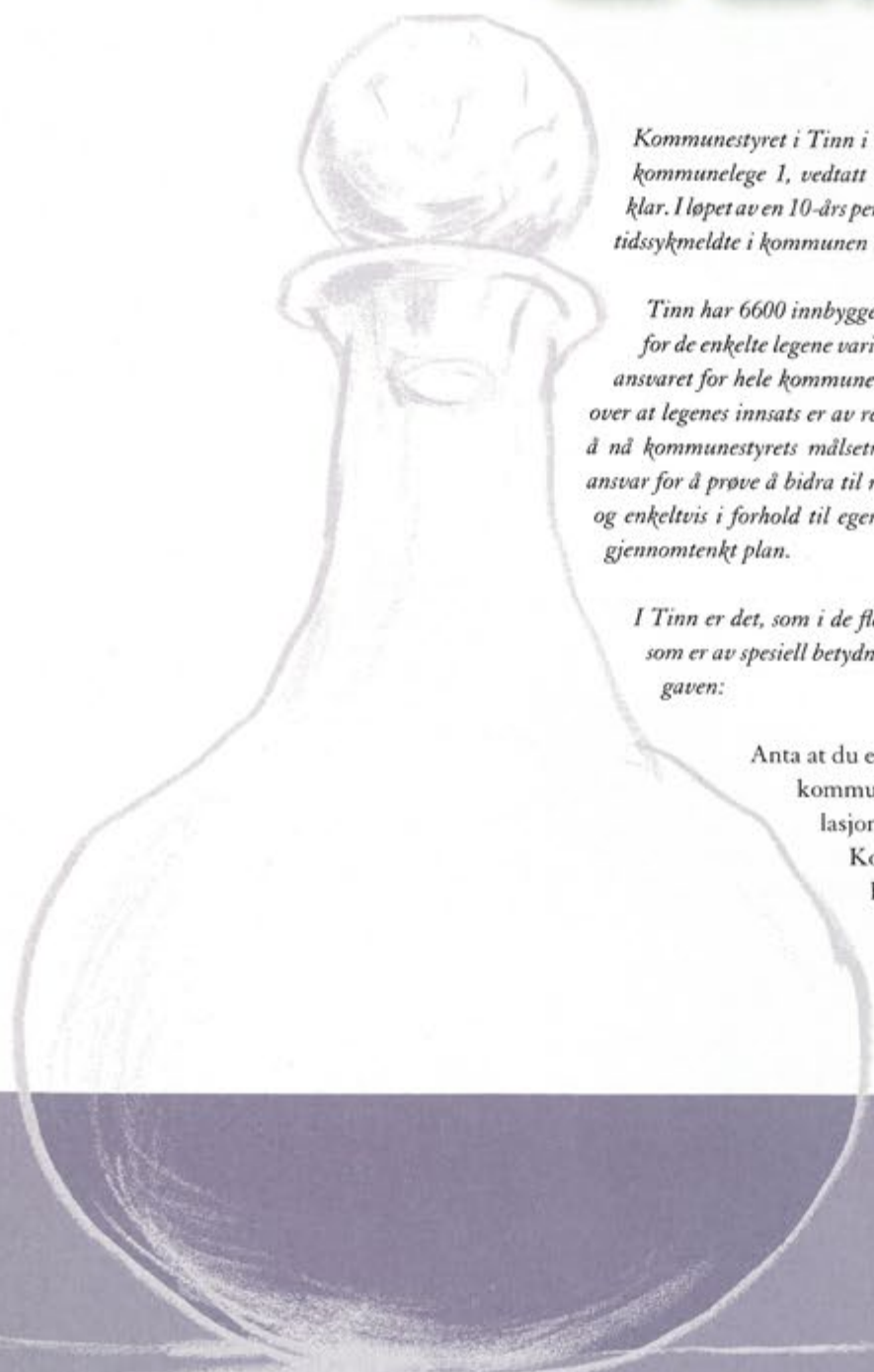
Den allmennmedisinske KAR

Kommunestyret i Tinn i Telemark har nettopp, etter forslag fra kommunelege 1, vedtatt en ny helseplan. Her er målsetningen klar. I løpet av en 10-års periode skal dødeligheten og andelen langtidssykmeldte i kommunen ned på landsgjennomsnittet.

Tinn har 6600 innbyggere. Det er 5 primærleger. Listelengden for de enkelte legene varierer fra 1.100 til 1.600. Sammen har de ansvaret for hele kommunens befolkning. Man er naturligvis klar over at legenes innsats er av relativt marginal betydning i forhold til å nå kommunestyrets målsetninger. Allikevel føler legene et klart ansvar for å prøve å bidra til målet, både sammen som et kollegium, og enkeltvis i forhold til egen pasientpopulasjon. Da trenger de en gjennomtenkt plan.

I Tinn er det, som i de fleste andre kommuner i landet, forhold som er av spesiell betydning. Det skal vi se bort fra i denne oppgaven:

Anta at du er fastlege i en gjennomsnittlig norsk kommune. Anta videre at din pasientpopulasjon er en gjennomsnittlig populasjon. Kommunestyret har vedtatt at dødeligheten og andelen langtidssykmeldte skal målbart ned over en 10 års periode. Hvordan vil du prioritere arbeidet med din pasientpopulasjon for å bidra til at målene kan



AFFEL

nås? Eller, sagt med andre ord, hvordan vil du fordele det edle innholdet fra din allmennmedisinske karaffel for at festen skal bli mest mulig vellykket?

Vi vil gjerne ha besvarelsen strukturert slik:

A: Vil du også bruke andre indikatorer eller målestokker for arbeidet ditt? Bør fastlegekollegiet i fellesskap vektlegge andre indikatorer for hele kommunen? Hvordan vil du eventuelt monitorere virksomheten for å se at du/dere er på rett spor?

B: Du kan naturligvis ikke gjøre alt mulig. Karaffelen må ikke være tom når hedersgjestene kommer. Hvordan vil du prioritere arbeidet for å nå de målene kommunestyret, fastlegene og du selv eventuelt har satt?

Eksempler på problemstillinger: Hvilke sykdommer vil du prioritere? Hvordan vil du eventuelt optimalisere arbeidet med hjerte/karsykdommer? Effektive kontrollrutiner og strengt regime? Sekundærforebygging, primærforebygging, eventuelt hvordan? Aktiv oppsporing av diabetikere? Hyp-pige og strenge kontroller? Hva vil du legge vekt på ved muskel/skjelettsykdommer? Primærforebygging, behandling, sekundærforebygging? Vil du starte røykeavvenningskurs eller ryggskole? Vil du prioritere arbeid i attføringsutvalg, eller vil du heller starte astmaskole? Skal du arbeide mye med

rusproblemer? Hva vil du prioritere i arbeidet med barna og med de gamle i populasjonen din? Hvor kan du bidra mest i samarbeid, med sosialkontor, PP-tjeneste, bedriftshelsetjeneste, arbeidskontor, trygdekontor, familievernkontor eller andre? Vil du identifisere flaskehalsen i kommunalt apparat, for eksempel fysioterapitjeneste eller hjemmesykepleie, og vil du eventuelt prioritere arbeid med å gjøre noe med disse i forhold til kommune-administrasjon/politikere? Vil du identifisere kritiske områder av kommunens politikk for øvrig, gjøre noe med det, og eventuelt hva? Vil du overvåke andrelinjetjenesten for å se hvor den bør forbedres i forhold til din populasjon? Ventelister, kvalitet på utredning og behandling, utskrivningsprosedyrer? Vil du eventuelt prøve å gjøre noe med flaskehalsen, og hva?

C: Hvilke muligheter tror du fastlegekollegiet i en kommune har for i fellesskap å oppnå målbar resultater for folkehelsen?

Vi ser gjerne at du kort begrunner valgene og vurderingene dine. De trenger ikke være dokumenterte, men du må eventuelt kunne sannsynliggjøre at de er fornuftige.

Utposten vil i de kommende nummerne bringe flere besvarelser på denne oppgaven. I dette nummeret finner du svarene fra

- Magne Nylenna, redaktør i Tidsskriftet
- Petter Øgar, fylkeslege i Sogn og Fjordane

Den allmenntmedisinske KARAFFEL

– det faglige innholdet i fastlegeordningen



● AV PETTER ØGAR

Utposten ønsker en diskusjon om det faglige innholdet i fastlegeordningen og har spurt en person som gikk ut av det virkelige liv for flere år siden, og hvis allmenntmedisinske spesialistkompetanse for lengst har gått ut på dato. Jeg er usikker på om det er smigrende eller foruroligende.

Nå ønskes det riktignok bare svar på noen enkle spørsmål om hvordan fastlegeordningen kan brukes i folkehelsa tjeneste. Hvilke pasienter bør prioriteres? Hvilke behandlingsmetoder og arbeidsformer bør velges? Det starter med forsiktige spørsmål om aktiv oppsporing av diabetikere og sekundærforebygging, men avanserer raskt. Vil du prioritere arbeid i attføringsutvalg, eller vil du heller starte astmaskole? Vil du aktivt evaluere kommunchelsetjenestens og andrelinjetjenestens tjenester og øve påvirkning for å bedre påviste svakheter? Hvordan bør arbeidet monitoreres med hensyn til kvalitet og effekt, og hvilket påvirkningspotensial på folkehelsa finnes ved optimalt allmenntmedisinsk arbeid?

Tankespilletts kulisser er Tinn kommune som ikke bare har en kommunelege I. Han eller hun har også samfunnsmedisinske ambisjoner. Og

ikke nok med det, det finnes et helt fastlegekollegium som lider av den samme sjeldne tilstanden og i tillegg har en bevisst holdning til helsetjenesten. Jeg trodde knapt det fantes slike steder igjen i kongeriket.

Det handler om allmenn- medisinens innhold og verdigrunnlag

Spørsmålene som stilles handler ikke primært om fastlegeordningen. De handler om allmenntmedisinens faglige innhold og ambisjon. Hvilke rolleforventninger bør vi ha til allmennpraktikerne? Hva bør være allmenntmedisinens ideologi og verdigrunnlag? Hva er anerkjente behandlingsformer og arbeidsmåter? Og hvem er det som legitimt kan bidra med svar på disse spørsmålene?

Allmennpraktikerne er selvfølgelig de nærmeste til å gi svar, men de kan ikke gjøre det uten å ta hensyn til de krav, forventninger og rammevilkår omgivelsene og samfunnet stiller. Allmennlegene utgjør heller ingen homogen gruppe. Tvert imot har de ulike syn, og synspunktene endrer seg over tid. Helsetjenesten og dens utøvere er en del av samfunnet og gjenspeiler samfunnets rådende kultur og verditrender. Markedstenkning, privatisering og individfokusering er dominerende trender som også eter seg inn i helsetjenesten og hos dens utøvere. For 10-15 år siden var det vanskelig å finne en allmennpraktiker som ikke så på en fastlegeordning som en riktig reform. I dag er det bare et knapt flertall blant legene som etter harde forhandlinger på overtid sier ja. Og det til tross for at ordningen, dersom en

Petter Øgar

cand.med 1978.

Ass. lege medisinsk avdeling Kongsberg sykehus 1980-83.
Kommunelege I og helsesjef i Hornindal 1983-95.

Fylkeslege i Sogn og Fjordane fra 1995 bare avbrutt
av et vikariat som konstituert helsedirektør i 2000.

Var tidligere spesialist og veileder i allmenn-
medisin, er spesialist i samfunnsmedisin.

Medlem av Utpostens redaksjon fra 1993 til 1998



