

Fem unge leger om allmennlegefremtiden

Mye vil bli tenkt og skrevet i løpet av 2008 om rammebetingelser for utøvelse av faget vårt i tiden fremover. Og det er erfarne leger som skal ta seg av denne jobben. I *Utposten* lurte vi på hvilke tanker de unge legene hadde om utviklingen av faget frem til 2020. Derfor stilte vi fem utvalgte, to «enkle» spørsmål:

- 1) Hva tror du vil være de viktigste tiltakene for å få flere unge leger til å velge allmennmedisin frem mot 2020?
- 2) Hva tenker du er de viktigste strukturelle endringene som kan bidra til å gi deg en god arbeidssituasjon som allmennlege i årene fremover?

Her kommer svarene:

Thomas Lund Leivseth (31 år) tre år i allmennpraksis, Skreia legesenter, i spesialistutdanning

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

– En grundig og inspirerende introduksjon til faget allerede på grunnstudiet.

– Kvalitetssikring av distriktsturnustjenesten. Flere av mine kolleger ble under turnustjenesten vaksinert mot allmennmedisin på grunn av en lite inspirerende distriktsturnustjeneste. Det var distriktsturnustjenesten som fikk meg til å ville bli allmennlege. Jeg vet at ca 50 prosent av turnuslegene fra dette legesenteret har blitt allmennleger etter hvert.

– «Tak» på goodwillstørrelsen. Jeg fikk betale en overkommelig goodwill for min fastlegehjemmel.

Jeg hadde ikke gått inn i økonomiske forpliktelser av den størrelsesorden jeg vet forekommer stadig hyppigere, særlig i byene.

– Gode arbeidsmiljø og godt samarbeid mellom lege og kommune.



2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

– Jeg savner et tettere samarbeid mellom fastlege og sykehus, særlig psykiatrien. Jeg opplever at pasienter med dobbelt diagnoser rus/psykiatri tar opp stadig mer tid, og skulle ønske det var lettere å få i gang teambaserte behandlingsopplegg rundt denne pasientgruppen som lett faller mellom alle stoler.

– Men alt i alt er jeg er ganske godt fornøyd med arbeidssituasjonen slik den er i dag. Det viktigste må være trygghet på at de ordningene vi har vil fortsette.

Hallstein Netland (29 år) jobbet 1,5 år ved Oslo Legevakt, allmennseksjonen etter turnustjenesten

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

Jeg tror det er viktig å begynne rekrutteringen allerede fra medisinstudiet i form av mer utplassering i allmennmedisin

og mer undervisning som er allmennmedisinsk vinklet, i tillegg må veien til spesialiteten bli enklere med bedre kapasitet på de obligatoriske grunnkursene og tilrettelagt sykehus-tjeneste, samt gode låneordninger og snillere vaktbelastning. Eller kort sitert: fortid – fritid – fag – finanser og familie.

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Som fast ansatt legevakslege får man håpe at Hovedstadsutredningen kommer frem til en forenkling av Oslo-sykehusenes logistiske floker.



Kristin Planting Mølmann (31 år)
Vikar i allmennpraksis i Øksnes kommune
etter avsluttet turnus februar 2008

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

Fastlønn og interkommunale vaktordninger. Vi er leger og ikke forretningskvinner!

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Forutsigbarhet i hverdagen. Ad hoc og kriser annenhver dag er slitsomt, for eksempel er stabilitet i legedekningen i kommunen på lengre sikt enn bare uker og måneder viktig for meg.



Anne Gro Stenvang (30 år)
i distriktsturnus, Skreia legesenter, plan: ett års
vikariat i allmennpraksis etter turnus, start 15/2!

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

De fleste leger velger sin retning og spesialisering under turnustiden, eller rett etter denne. Jeg tror derfor at turnusleger som opplever distriktstjenesten sin som positiv og interessant, lettere vil velge allmennpraksis i fremtiden. Det er viktig med gode og engasjerte veiledere, passe stor arbeidsmengde og variasjon i arbeidet. Godt utrustede lokaler å arbeide i og godt miljø blant kollegaer. Nå tjener jeg mye dårligere i distriktsturnusen enn jeg gjorde på sykehuset og bedre lønn i distriktsturnus kan også bidra til at man minnes arbeidet i allmennpraksis som en god tid og noe man kan tenke seg å fortsette med i framtida.

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Jeg synes mye er bra, men synes kanskje mer tid per pasient ville være bra både for pasienten og legen. Jeg ser allerede nå at det er viktig at ikke allmennlegen pålegges mer enn det man har kapasitet til, verken når det gjelder listestørrelse eller kommunale oppgaver. Det er også viktig at de sykehusene man samarbeider med er velfungerende og opprustet. Økende ventetid på en del nødvendige undersøkelser og behandling hos spesialist, vanskeliggjør arbeidet i allmennpraksis.



Rune Slettbakk (34 år)
siste års legestudent i Bergen.
Gift, tre barn, rekrutterbar

1) DE VIKTIGSTE TILTAKENE:

Det er jo så trygt og godt på sykehusene. Sykehusene får masse penger og nye stillinger, vi har alltid mer erfarne folk rundt oss, lønningene stiger jevnt og trutt, arbeidstiden er rimelig fornuftig og en drøss med spesialiteter lar seg enkelt kombinere med henting av barn og familieliv. Hvorfor skulle jeg si nei til alt dette?

Det er fordi jeg og flere med meg har skjønnet poenget. Vi ser at det gode legelivet

ligger i blant annet langvarige, tillitsfulle, slitesterke relasjoner. Men vi ser også at den gode klinikerer må vite noe om lokalsamfunnet han bor i, fremtiden til industrien, størrelsen på lotten denne sesongen, tabellplasseringen til bygdalaget, og ikke minst tabellplasseringen til laget i nabo-bygda. Han må vite litt om sammenhengen mellom sludd i sjelen, slapseføre i ekteskapet og steinsprangfare på veien til arbeidsplassen. Det meste av dette er ofte uinteressant de neste fire liggedøgn på sykehuset.

Hvordan skal en rekruttere flere? Det korte svaret er at en må få flere til å skjønne poenget. Det litt lengre svaret er at en må forbedre allmennmedisinens navn og rykte. Min høyst subjektive viten om allmennmedisinens rykte fritt etter lunsjpraten på mitt eget kull, er at den er litt sekunda vare. Den er ikke attraktiv nok. Dette har dels strukturelle årsaker i at vi trækker rundt på sykehus i fem år og elleve måneder av et seks års studium, og allmennmedisinen blir dermed lite eksponert med all sin vidunderlige diversitet. Men det har også PR-messige årsaker, tror jeg. Det er mangel på storkjefta allmennlegepersonligheter som kan fortelle både oss studenter og befolkningen generelt hvordan arbeid i primærhelsetjenesten kan og bør være. Det trengs en person som kan gå litt høyt ut på banen og skryte litt over alt som er bra.

2) STRUKTURELLE ENDRINGER:

Først og fremst må allmennmedisinen beholde det som er bra i dag, som fastlegens autonomi, fleksibilitet, ressursbruk, prioriteringer, lønnsvilkår mv, og ikke kaste det gode ut med badevannet i omstillingsprosessen. Jeg ønsker å kunne kombinere fastlegelivet med et deltakende små-



barnsfamilieliv og tror man bør se videre på rene veiledede utdanningsstillinger, som hovedregel på flerlegesenter, gjerne fastlønnet for dem som ønsker det. Bruke delister mer. Senke listetaket som fersk fastlege. Ordnete forhold når det gjelder kjøp og salg av praksiser. Interkommunale legevaktstjenester der dette er geografisk mulig. Større fleksibilitet i hvordan og hvor en har sykehustenesete, kanskje dele opp denne i tre, fire, seks bolker, mulighet for å ta deler av denne på rusinstitusjoner, i fengsel, på hospice, som forskning, på norske misjonssykehus, som Norad-arbeid mv.

Fremtiden ser lys ut. Jeg går optimistisk ut og ser 2020 nye mulige måter å bli fastlege på.



for unge leger på vei inn i allmennpraksis

1. Beholde fastlegens autonomi, fleksibilitet, ressursbruk, prioriteringer, lønnsvilkår...
2. Medisinstudiet: «få flere til å skjønne poenget». Lengre utplassering i allmennpraksis. Engasjerte lærere.
3. Distriktsturnustjenesten: gode veiledere, bedre lønn, passe arbeidsmengde
4. Forbedre samarbeidet mellom fastlege og sykehus
5. Ordnete forhold i kjøp-salg av praksiser
6. Godt arbeidsmiljø
7. Gode vaktordninger
8. Mulighet for fastlønn og kortere lister
9. Muligheter for kombinasjon med familieliv
10. Trygghet og forutsigbarhet

ILLUSTRASjonsFOTO: MEHMET DILSIZ



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

C Mirena Bayer Schering Pharma

Oy Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B A03

INTRAUTERINT INNLEGG 20 µg/24 timer: Hvert intra-uterint innlegg inneh.: Levonorgestrel 52 mg, jernoksid (E 172), hjelpestoffer.

Indikasjoner: Antikonsepsjon. Idiopatisk menoragi. Beskyttelse mot endometriehyperplasi under substitusjons-behandling med østrogen.

Dosering: Settes inn innen 7 dager etter påbegynt menstruasjon. Bytte til nytt innlegg kan gjøres under hele syklus. Kan også innsettes i forbindelse med abortingrep i 1. trimester. Etter fødsel ventes minst 6 uker før innsetting. Dersom preparatet brukes til beskyttelse av endometriet under substitusjonsbehandling med østrogen, kan innsettingen skje når som helst hvis kvinnen er blødningsfri, i andre tilfeller i løpet av de siste dagene av menstruasjonen eller bortfallsblødningen. Livmorinnlegget skal fjernes/byttes etter 5 år.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt graviditet. Nåværende eller tilbakevendende bekkeninfeksjon. Infeksjon i nedre urinveier. Postpartum endometritt. Septisk abort i løpet av 3 siste månedene. Cervicitt. Cervikal dysplasi. Cancer i uterus eller cervix. Udiagnostisert unormal uterin blødning. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer dersom de påvirker livmorhulen. Tilstander som øker infeksjonsfaren. Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for noen av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Før innsetting foretas en generell og gynekologisk undersøkelse inkl. mamma-undersøkelse, cervixutstryk samt grundig familieanamnese. Graviditet, seksuelt overførbare sykdommer og genital infeksjon må utelukkes. Ny legekontroll bør skje 4-12 uker etter innsetting, og deretter 1 gang hvert år. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under legekontroll. Livmorinnlegget må fjernes ved tilbakevendende endometritt eller underlivsinfeksjoner eller dersom en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle innen få dager. Livmorinnlegget bør vurderes tatt ut eller brukes med forsiktighet, hvis en eller flere av følgende tilstander foreligger eller oppstår for første gang: Migræne, fokal migræne med asymmetrisk synstap eller andre symptomer som tyder på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markant blodtrykksskning, påvist eller mistenkt hormonavhengig neoplasia, inkl. brystkreft, alvorlig hjerte-karsykdom, som slag eller myokardinfarkt. Mirena kan brukes med forsiktighet ved medfødt hjertesykdom eller hjerteklaffsykdom med risiko for infeksjons endokarditt. Antibiotikaprofylakse bør gis til disse pasientene når innlegget settes inn eller fjernes. Innlegget må også fjernes dersom livmorveggen perforeres (f.eks. ved innsetting). Menstruasjonsforstyrrelser som oligomenoré og amenoré bør utredes. Spesielt viktig er det å være klar over at blødningsforstyrrelser, særlig ved samtidige underlivsmerter, kan bety ekstrauterin graviditet. Ved ev. graviditet skal livmorinnlegget fjernes umiddelbart. Livmorinnlegget kan støtes ut uten at kvinnen merker det. Symptomer på delvis eller fullstendig utstøtning kan være økt blødning eller smerte. Delvis utstøtning reduserer den antikonsepsjonelle effekten.

Interaksjoner: Metaboliserings- og progesteragener kan øke ved samtidig bruk av enzyminduserende legemidler, slik som krampedempende midler (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin) og antiinfektiva (rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz). Innvirkningen på den antikonsepsjonelle effekten av Mirena er ukjent, men er sannsynligvis av liten betydning pga. livmorinnleggets hovedsakelige lokale virkning.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Livmorinnlegget skal ikke brukes ved kjent eller mistenkt graviditet. Innlegget bør tas ut ved graviditet, ettersom intrauterine antikonsepsjonsmidler som blir sittende in situ øker risikoen for spontanabort eller prematur fødsel. Uttaking av innlegget eller sondering av livmoren kan resultere i spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør hun informeres om risikoene og ev. konsekvenser for barnet i tilfelle prematur fødsel. En slik graviditet må følges nøye opp. Ektopisk graviditet bør utelukkes. Alle symptomer på komplikasjoner i graviditeten må rapporteres, f.eks. krampe og smerte i abdomen med feber. Pga. lokal hormoneksponering, kan teratogenisitet (spesielt virilisering) ikke utelukkes helt. Klinisk erfaring er begrenset. Ingen tegn på fosterskader, som anses å ha sammenheng med Mirena, er hittil registrert i de tilfeller graviditeten er fullført med livmorinnlegget på plass. Overgang i morsmelk: Levonorgestrel går over, men risiko for påvirkning av barnet synes usannsynlig med den dosen som frigis fra livmorinnlegget.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Endokrine: Ødem. Gastrointestinale: Buksmerter, underlivsmerter, kvalme. Hud: Akne. Sentralnervesystemet: Hodepine, nedstemthet, humørforandringer, nervøsitet. Urogenitale: Blødningsforstyrrelser, reversible ovarialcyster, dysmenoré, vaginal utflod, cervicitt. Øvrige: Vektøkning, brystspenninger, mastalgi, ryggsmerte, utstøtning. Mindre hyppige: Hud: Hirsutisme, hårfall, kløe. Urogenitale: Infeksjoner i underlivet. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Oppblåsthet. Hud: Utslett, urticaria, eksem. Sentralnervesystemet: Migræne, redusert libido. Øvrige: Perforasjon av livmoren.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel med en jevn hastighet direkte til uterus. Består av et polyetylskjelett med en hormonerne bestående av en blanding av polydimetylsiloksan og levonorgestrel rundt den vertikale armen. Hormonkjernen er dekket med en polydimetylsiloksanmembran som regulerer frigjøringen av levonorgestrel. Livmorinnleggets skjellett er impregnert med bariumsulfat for å gjøre den synlig ved røntgen. God antikonsepsjonell sikkerhet. Total graviditetsfrekvens: 0,16 pr. 100 kvinneår. Ektopiske graviditeter er anslått til 0,06 pr. 100 kvinneår. Virkningsmekanisme: Frigjør gjennomsnittlig 14 µg pr. døgn over en periode på 5 år. Initialt frigjøres ca. 20 µg pr. døgn. Hovedsakelig lokale gestagene effekter i livmorhulen. De høye levonorgestrelkonsentrasjonene i endometriet hemmer den endometriske syntesen av østrogen- og gestagenreseptorene. Dette minsker endometriets følsomhet for sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt kan sees. Morfologiske forandringer i endometriet og svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermene i å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i livmor og eggledere hemmer spermimobiliteten og -funksjonen og forhindrer befruktning. Ovlusjon hemmes hos en del kvinner. Ved hormonell substitusjonsterapi brukes innlegget i kombinasjon med orale eller transdermale østrogenpreparater uten gestagener. Absorpsjon: Stabile plasmakonsentrasjoner på 0,4-0,6 nmol/liter hos kvinner i fertil alder og ca. 1 nmol/liter hos kvinner som står på østrogenbehandling, oppnås etter de første ukene etter innsettingen. Metabolisme: I leveren.

Utskillelse: Via urin og fæces.

Pakninger og priser: 1 stk. kr. 1205,90.

Sist endret: 05.11.2007

Bayer Schering Pharma,
Drammensveien 147 B, 0212 Oslo,
Tel: 24 11 18 00, Fax: 24 11 19 93