

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 6

OKTOBER 1979

ÅRGANG 8

Loven om distriktshelsetjenesten, mangelfullt økonomisk fundament?

Av
innholdet:

AAGE BJERTNÆS:

Må loven om
distriktshelse-
tjensten tang-
forløses? s. 2

LARS HELLING:
Forslag til for-
handlingsstrategi
om privatpraktiser-
ende legers
avlønning s. 3

CHRISTIAN
BORCHREVINK:
Forsknings-
områder i almen-
medisin s. 4

MÄRTEN KVIST:
Vidareutbildingen
innom allmän-
medicin s. 7

JOHN LEER:
Forventninger og
konflikter s. 9

TORLEIV
ROBBERSTAD:
13 legar s. 10

Omnhus og
hovedkomiteens
utredninger ... s. 11

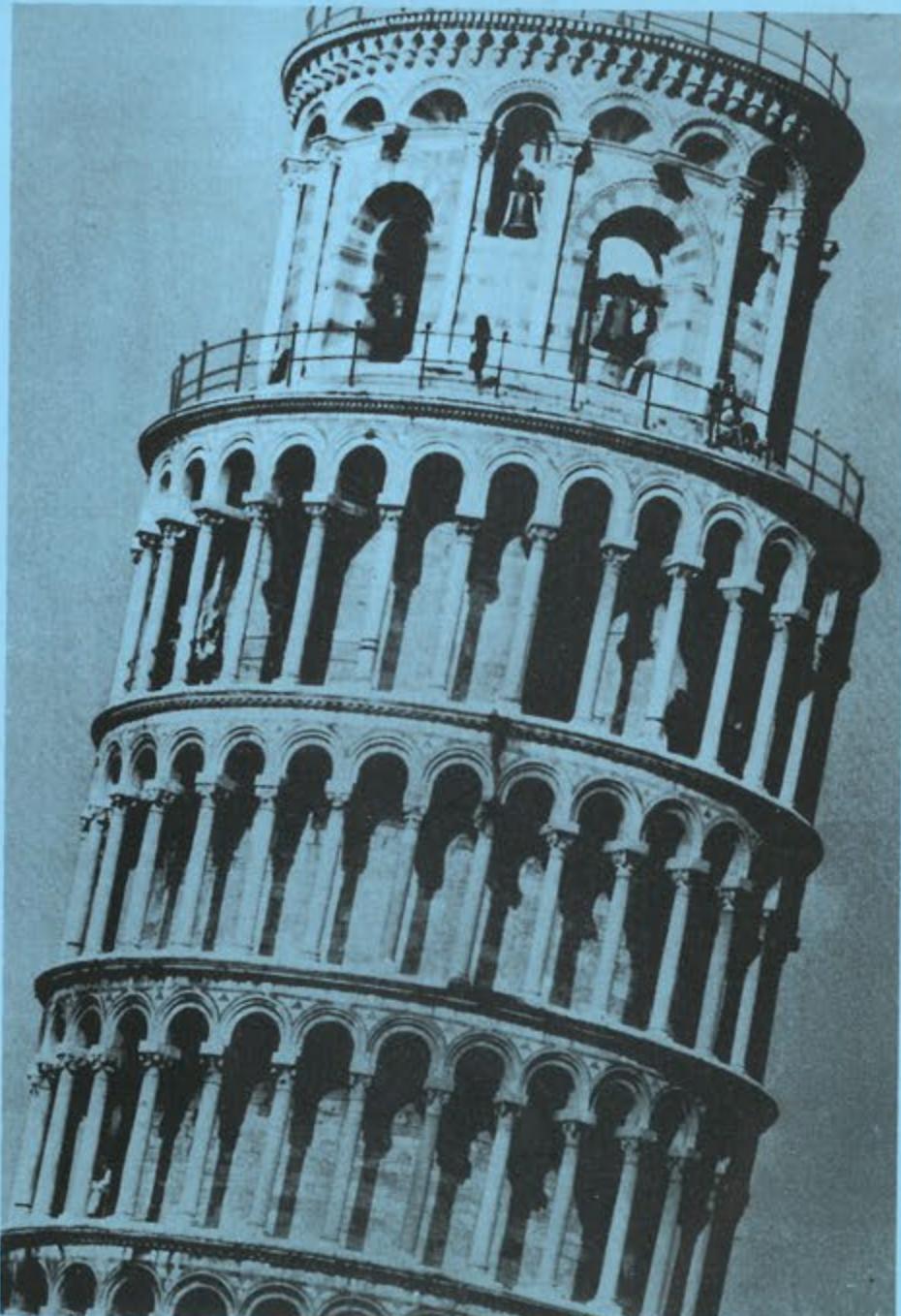
TORLEIV
ROBBERSTAD:
Praktikeren ... s. 14

JON BLOCK
INGAR OTTEMO:

Fire store
forsknings-
prosjekter
Almen.med.
kongress,

København 79 s. 15

ODD EINAR DØRUM:
Kommentar ... s. 17



Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Toril Jacobsen
Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237
Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 75,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Må loven om distrikts-helsetjenesten tangforløses?

Med stillingsstopp i sykehusene vil primærhelsetjenesten tilføres 200 nyutdannede leger på årsbasis. En besnærende tanke som varmer en hver distriktsleges hjerte.

I disse dager går lovutkastet til distrikthelsestjenesteloven ut til høring, medfølgende Nyhusutvalget og Juel-komiteens innstillinger. Etter politisk press og årelangt press fra helsearbeidere ble innstillingene tatt av bedingen i raskt tempo. Nyhusutvalgets innstilling så raskt at mye av skroget synes å mangle, og mange allerede tviler på om skuta flyter. De bebudete delinnstillingen vil muligens rette opp noe av inntrykket.

Det synes klart at en for å hindre legeutvandring må skaffe arbeidsplasser til 200 nye primærleger i året. Utgifter til etablering av kontor og til drift vil minium beløpe seg til 100 millioner kroner i merutgifter pr. år. Når en vet at lejetjenesten kostet staten 765 millioner i 1978 er det lett å regne ut at denne utgiftsposten vil måtte fordobles etter 7-8 år, da ser en bort ifra prisstigningen.

I tillegg vil ekspansjon i fysioterapitjenesten, hjemmesykepleien og til det forebyggende arbeid også kreve store statlige investeringer. Når Nyhusutvalget antyder at en ved å



dempe sykehusveksten vil kunne skaffe de nødvendige midler kan en saktens begynne å tvile på at lovverket er realistisk gjennomførbart. Ruth Rystes enkle regnestykke 1% spart i institusjonsbudsjettet betyr 4% økning i distrikthelsestjenesten, virker heller ikke særlig beroligende. Det må være klart for en hver at om loven om distrikthelsestjenesten skal gjennomføres, og det bør den, må det skaffes til veie de nødvendige midler. En må få en høyt akselerrende vekst i rammetilskottene, og i tillegg må en ha de svakere stillede kommuner under oppsyn slik at økonomisk havari kan unngås. Lovutkastet burde

tølges opp med et forpliktende følgeskriv fra finansdepartementet som gav oss et mer realistisk bilde av hva som kan forventes av ressurser i årene fremover. Uten dette virker det meste av loven som et slag i luften.

Aage Bjertnæs.

Les forøvrig oversikten over de to utvalgenes innstilling i bladet.



Forslag til forhandlingsstrategi om privatpraktiserende legers avlønning

V/ LARS HELLING. ALMENPRAKT. DNLF. LILLEHAMMER

De synspunktene jeg kommer med her, har jeg i brev av 9.2. og 26.7. d.å. gjort kjent for Lægeforeningens sentralstyre og for Aplf's og OLL's styrer. Noen av disse synspunktene vil være kjent for deltagerne på landsmøtet i Stavanger i år.

Arsaken til at jeg går ut i Tidsskriftet og Utposten med dette nå, er først og fremst av hensyn til de regionale møtene sentralstyret skal avholde over hele landet i tiden 1. oktober - 18. oktober. Dernest er det fordi jeg har en beklemmende følelse av at sentrale tillitsmenn fortsatt har en utilbørlig naiv holdning til i hvilken grad myndighetene vil komme oss i privat praksis i møte, senest uttrykt ved Generalsekretærens lederartikkel i Tidsskriftet lo.ds.:

Privat almen- og spesialistpraksis i fremtidens distrikthelsestjeneste.

Det er klare tegn og utsagn fra myndigheter og politikere om at normaltariff-systemet vil man ha bort. Statsråd Ryste sa direkte i et TV-intervju under vårt landsmøte at privatpraksis bare er en overgangsordning. Og normaltariffen har jo vært låst fast på samme nivå i mange år.

Likevel klamrer man seg til de tynnest halmstrå - at jo: privat praksis har nok fortsatt en rimelig sjanse. Generalsekretærens halmstrå i nevnte artikkel er etablering av 1 - en - privatpraksis i Sverige!

Hittil har vi kommet med lua i hånden og bedd pent om høyning av normaltariffen. Det har vi ikke fått. Det har vi stilltiende godtatt.

Vi i privat praksis - på grasrota - må nå manne oss opp å ta kampen opp.

Denne kampen begynner med at våre sentrale tillitsmenn ved de regionale møtene må få klar beskjed om hvor vi står og hva vi forlanger.



Det er det første. Dernest må de få beskjed om at dersom forhandlingene ikke fører frem, må aksjoner være forberedt, og vi må være villig til å gjennomføre dem. Strategien for forhandlingene må m.a.o. være klar på forhånd.

Myndighetenes strategi er klar: De trenger oss og har ikke råd til å tvinge oss alle over på fast lønn på en gang. De velger derfor en langsom utmattelse ved å holde normaltariffen nede, slik at de gradvis kan tvinge oss inn i det systemet de velger for oss, og vi må godta de betingelsene de byr oss bl.a. almisser i form av subsidieringsordninger av forskjellige slag. Særlig dette siste er meget uehdlig, for dermed avskjærer vi oss fra å komme i reell forhandlingsposisjon overfor myndighetene slik som ved regulære lønnsforhandlinger.

Første punkt i forhandlingene må være krav om en meget anseelig (30-40% ?) forhøyning av normaltariffen og vaktkompensasjon. Dette blir selvfølgelig avvist! Da bør ultimatumet være at det offentlige må innløse de private legepraksisene og

overta alle driftsutgiftene inkludert lønn til legene. Hvorfor skal vi stille dette ultimatumet?

Det må være adskillig vanskeligere for myndighetene å avvise begge alternativene.

Vår fanatiske klamring til normaltariffen er faktisk vår svakhet.

Myndighetene har selvfolgtlig oppdaget dette og utnyttet det. Derfor er det viktig at vi nå må velge klare linjer: Enten normaltariffen eller fast lønn.

Og det er viktig at vi på dette grunnlag aksjonerer NA - mens det er krise i primærlegetjenesten. Vi har nå sjansen til å tvinge oss inn i lønnsregulativet på et anstendig nivå. Dette lønnstrinn vil vi bli stående på med ansiennitetsjusteringer og revisjoner ved de vanlige lønnsforhandlingene. Vi får fast arbeidstid, pensjons- og sykeordninger, kompensasjon for vaktjeneste, vi fritas for alt økonomisk og administrativt ansvar.

Loven om distrikthelsestjenesten vil inneholde styringsmidler som setter

Forts. side 18.

Forskningsområder i almenpraksis

Foredrag ved 1. nordiske kongress i almenmedisin i København
av Prof. dr. med. Christian F. Borchgrevink



Hva er forskning?

Forskning er aktiviteter som øker vår viden, eller organisert nysgjerrighet. Siden sannsynligvis alle som er kommet til denne kongressen nødvendigvis må ha i seg en viss grad av nysgjerrighet, er vi langt på vei. La oss håpe at kongressen kan få mange av oss til å organisere eller systematisere denne nysgjerrigheten som allerede er der.

Hvorfor skal vi forske? Fremskritt er basert på ny viden og ny viden får vi gjennom forskning. Det gjelder også vårt behandlings-tilbud til våre pasienter. Ingen kan godt påstå at denne verden, helsemessig sett, er så perfekt at fremskritt er unødvendig.

Men trengs det forskning i almenpraksis? Ja, av mange grunner. Endel sykehusforskning kan være direkte uheldig, og misvisende for almenpraksis. Når universitetssykehusene kommer frem ad forskningens vei til en rutine antibioticabehand-

ling for øvre luftveisinfeksjoner eller urinveisinfeksjoner, basert på resistensmonster overfor sykehusets bakterieflora, ville det være direkte uheldig å la disse resultater også gjelde i almenpraksis hvor bakteffloraen og sikkert også resistensmønsteret er andeltes.

Jeg vil også minne om at f.eks. symptomet hoste vil bety noe forskjelligt om man er på en lungeavdeling eller i praksis, feber betyr neppe det samme i en infeksjonsavdeling som i en vanlig praksis. Derfor må vi forske innen vårt eget felt. Vi kan arve mye fra sykehuet, men slett ikke alt.

Det er også mange viktige sykdommer som sees i almenpraksis og ikke på sykehus, hvor fremskritt i diagnostikk og behandling langt på vei er avhengig av vår forskning.

Man kunne neppe tenke seg at den store engelske undersøkelse over eventuelle bivirkninger ved P-pillen med 46.000 kvinner fulgt i

mange år, kunne vært gjennomført av andre enn Royal College of General Practitioners.

At forskning er viktig for fagets status vis a vis våre kolleger og for rekryttering til almenpraksis, bør nevnes, selv om det selv sagt ikke er av de viktigste grunner til forskning.

Forskning og kritisk sans hører sammen. Jeg tror at forskning har en smitteeffekt over på andre områder av vår praksis. Det vil si, at den almenpraktiker som organiserer sin nysgjerrighet blir en bedre lege rent generelt, i alle fall i mange sammenheng.

Er målsetningen å bedre kvaliteten av dagens almenpraksis, og det bør det være, tror jeg det er viktigere å prioritere den desentraliserte masseforskning i almenpraksis, bl.a. på grunn av smitteeffekten, frem for å bygge opp sentrale eliteforskningsinstitusjoner. Men de fleste almenpraktikere

er som jomfruer å betrakte forskningmessig, og fordi mange av dem i tillegg lever i forskningmessig sôlibat, vil det være behov for å støtte i vel utbyggede universitetsinstitutter som forskningssentra.

Vi har kort tradisjon i forskningens verden, våre ressurser er også begrenset. La oss derfor la forskningen ta utgangspunkt i den hverdag vi arbeider i. Med de fordeler det gir å ha langtidskontrakt med pasient/familie/miljø.

La oss se på hvilke forskningsområder vi har i almenpraksis:

1. Klinisk forskning
2. Epidemiologisk forskning
3. Sosialmedisinsk forskning
4. Pedagogisk forskning
5. Operasjonel forskning.

I tillegg vil forskning innen forebyggende medisin og forskning på helsetjenesten selv være egnede områder.

Klinisk forskning

Dette har vært hovedområde for vår forskning, og det egner seg også godt til forskning i almenpraksis. Almenpraktikeren har den fordel at han kan følge hele sykdomsforløpet fra de første symptomer til helbredelse, eventelt død. Hadde vi vært flinkere til å systematisere dette, ville sikkert mange sykdomsbeskrivelser i våre lærebøker sett anderledes ut, fordi disse som oftest er basert på selektert sykenusmateriale. Dette gjelder ikke minst sykdommers prognose.

Samme sykdom (diagnose) har har et langt bedre prognose i almenpraksis enn i sykehus, fordi det dreier seg om forskjellige populasjoner av pasienter.

Innen klinisk forskning er det kanskje behandling som fremstår som særlig fristende, enten det dreier seg om diett, mosjon eller kanskje aller helst medikamentell behandling. Godkjennelse av et nytt medikament på det nordiske marked er hovedsakelig basert på dyretoksikologiske undersøkelser og på klinisk effekt på et relativt lite antall



pasienter i en eksperimentell situasjon. Dette er helt uegnet til å avsløre sjeldne bivirkninger eller bivirkninger eller forandret effekt på grunn av interaksjoner. Det pålegger oss derfor en forpliktelse til å forske på den "sanne" effekt av legemidler i den polyfarmaceutiske hverdag vi lever i. Det viktigste problem om manglende medikamentell compliance, bør heller ikke ligge uberørt. Vi vet at mellom 30 og 70% av pasienter ikke tar medikamenter som forskrevet. Vi trenger neppe flere data for å finne frem til en helt nøyaktig prosent, men derimot forskning for å lære mer om hvorledes vi kan øke compliance til nærmere 100%:

Skriftlig informasjon, bruker lenger tid til å forklare, samarbeid med apotek?

Pasientregistreringer eller pasientkontaktregristreringer i almenpraksis har lenge vært populært og er viktig av hensyn til planlegging av helsetjenesten og til utdannelsen. Men vi har mange og gode slike undersøkelser og jeg er ikke sikker på at dette området bør prioritères. Derimot er det en tanke å opprette "sentinel stations", fyrtårnsstasjoner, rundt omkring som kontinuerlig, eller i perioder kan registrere kontaktmønsteret for å undersøke om det er forandring over tid.

Skal det forskes innen alternativ medisin, og det bør det vel, er det kanskje rimelig at dette foregår i

samarbeid mellom almenpraktikere og representanter for de forskjellige alternative syn.

Ett område egner seg utmerket, et spennende og tilnærmet jomfruelig felt, egenomsong. Vi vet at fleste delen av sykdomsepisoder ikke fører til kontakt med helsevesenet, men vi vet ikke nok om hvilke sykdommer hvordan folk tackler dem, om det er sosiale forskjeller osv. Hvor skadelig er selfcare, og omvendt, hva er de positive sider: Folks ansvarsfølelse, dette å ikke gjøre alle syke til våre pasienter. Hvorledes kan vi få egenomsorgen til å fungere best mulig? Hva med den tørstel som må overskrides før visse symptomer får folk til å se lege? Kan den påvirkes, og i tilfelle bør den påvirkes, og i så fall - i hvilken retning?

- Heve eller senke den?



"The Twenties was two years ago—
we're into the Forties now!"

Epidemilogisk forskning

Dette er også et klassisk område: Sykdommers utbredning i hele, eller definerte deler av befolkningen. Her er almenpraktikeren godt egnet, men det er en tidskrevende forskning og forbundet med meget store metodologiske problemer. Resultat av denne forskning vil ofte kunne være hypoteseskapende og disse hypoteser kan og bør om mulig testes ut i annen omgang. Det er ikke uvanlig å kombinere denne forskning med intervensionsstudier, hvor man altså prøver å løse noen av de problemer den epidemiologiske forskning avløser.

Et område innen de epidemiologiske forskning fortjener en rask omtale: Hemtig screening, hvor man undersøker hele befolkningen eller definerte grupper og leter etter en eller flere spesielle sykdommer. En stipendiat hos oss (Harald Siem) har nettopp skrevet en stor utredning om screening teoretisk og praktiske problemer. Det viser seg at jo mer man arbeider med screeningproblemene, jo færre sykdommer blir det aktuelt å screene. Vi må også tenke på det etiske aspekt, nemlig det at helsetjenesten selv tar initiativet til kontakt med presumptivt friske. Da må man på forhånd ha sikret seg kapasitet til å ta seg av de syke man finner, og man må vurdere nøyde det problem som oppstår ved at man gjør mennesker som føler seg friske til pasienter. "Si meg hvor syk du vil være, og jeg skal si hvor mange prøver man må ta"

Sosialmedisinsk forskning

Dette forskingsorådet kan ikke klart skilles ut fra hverken epidemiologisk eller klinisk forskning,

Den kliniske del, i alle fall i Norge, er ofte knyttet til minoriteter, tapere i samfunnet (alkoholikere, stoffmisbrukere, fremmedarbeidere).

Like spennende kan det være å forske på hvorledes det sosial-medisinske hjelpeapparatet virker: Passiviserende eller stigmatiserende? Får pasientene de rettigheter han har krav på, og tilfelle, hvorfor ikke? Innen dette forskningsområdet kan man nesten ikke unngå å ta opp politiske kontroversielle problemer. Det er ikke noe galt i det, snarere tvert imot, men jeg vil bare minne om at dette setter helt spesielle krav til forskerens redelighet og hans evne til å skille mellom sine forskningsresultater og sine egne tolkninger av disse.

Pedagogisk forskning

Situasjonen er den at det nesten mangler forskning på dette området.

Dette er ikke bare et område for de av oss som har kontakt med studenter eller er ansvarlige for kurs i videre- og etterutdannelse, men for alle leger. Doktor betyr lærer, og hvorledes skal vi best kunne formidle kunnskap til den enkelte pasient eller til samfunnet som helhet. Forskning om helseopplysning er spennende og utfordrende og jeg ville tro meget givende.

Operasjonell forskning

Jeg har tatt dette området til slutt, fordi jeg på mange måter mener at det er det viktigste, og fordi det egner seg godt for den enkelte almenpraktikeren. Kort sagt kan man si at det går ut på å finne ut hva vi

gjør, hvorfor vi gjør det, og hva vi oppnår. Hvorledes bruker vi laboratoriet f.eks., hva får vi igjen for alle de kreatinin og kaliumbestemmelsene vi gjør? Ofte tar vi røntgen cor og EKG, og hvor ofte har funnet noen betydning for behandling eller prognosene? Sykehusleger har gjort lignende og entydig vist at rutine røntgen pulm/cor preoperativt er uten verdi hvor det ikke foreligger en lunge/hjerte sykehistorie. Likevel vil jeg gjette på at de fleste sykehus fortsatt driver slik rutine.

Hvor pålitelige er våre hemoglobinmålinger? Hvilken variasjon vil man finne mellom almenpraktikere hvis man sendte samme blodprøve til 100 kolleger? Hvor godt justert er våre blodtryksapparater?

Hvordan kan vi bedre samarbeidet med hjemmesykepleien? Hva med dødsleie i hjemmet? Kom ikke å si at det ikke er spennende og matnyttige områder.

Bruker vi vårt hjelpepersonell hensiktmessig? Bør vi overlate mer diagnostikk og behandling til sykepleier eller andre? (Diabetes, hypertoni, konferer Dalby).

Og tilslutt, det aller viktigste kanskje.

Hvorledes skal vi kunne evaluere kvaliteten av det arbeidet almenpraktikere utøver. Det har f.eks. vist seg i Norge, at det vi trodde var en relativt enkel behandlingsform, nemlig det å behandle hypertonikere, bare var tilfredsstillende i vel 10% av patientene etter noen års observasjonstid. Det er en ny viten, og burde få oss til å tenke, og til å se på andre sider av vår behandlings-





Cost/benefit eller cost/effectiveness hører nok også hjemme her eller på grensen mellom operasjonell forskning og helsetjenesteforskning.

Forskning er ikke mye mystisk som bare egner seg for noen utvalgte på sykehus eller institusjon. Forskning er noe vi alle kan og bør drive med. Men det må være visse forutsetninger tilstede, man må ha lust til å drive forskning, man må ha en viss grad nysgjerrighet, evnen til å sette spørsmålstegn.

Redelighet er en forutsetning.

Til avslutning en liten tankevekker fra boken "Helsestasjon i støpeskjeen"

Hvis du er glad i målinger så kan du måle neser. Den er litt lang på svenskene og kort på en kineser.

Men vil du prøve målinger på gleden i et sinn så får du ikke gjort det før du kommer ikke inn.

Du kan nok komme uten mål for det kan hjertet tåle. Men når du så er kommet inn så kan du ikke måle.....



Vidareutbildningen inom allmän medicin

MÅRTEN KVIST, ALMENPRAKTIKER, LEKTOR

Kommentar på 1. Nordiska kongressen i allmän medicin, København 7.6.1979.

Sedan 1970 har vi i Finland en särskild specialitet i allmän medicin. Ånda till slutet av 1976 kunde man få sin kompetens efter att ha verkat 7 år som kommunal- eller hälsovårdscentralläkare och dessutom ha genomgått en fyra veckors kurs i hälsovårdsförvaltning. Efter ett övergångsskede trädde de nya specialiseringbestämmelserna i kraft den 1. juli 1978. (se bilaga!)

Dessa specialiseringbestämmelser tillkom till stor del på basen av ett förslag av en arbetsgrupp, som tillsattes av undervisningsministeriet år 1975. Arbetsgruppen hade även föreslagit att utarbetandet av en avhandling skulle vara en obligatorisk del av specialiseringen med motivering att en specialist borde ha förmåga att följa med den vetenskapliga utvecklingen inom sitt område och att även kritiskt kunna tillämpa forskningsresultat och metoder. Detta krav på utarbetandet av en skild avhandling stötte emellertid på motstånd inom vida kret-

sar och utelämnades därför från de slutliga fordringarna. Värtes medicin viktiga, på andra plats kom kirurgi (31%) på tredje plats öron-näs- och strupsjukdomar 10%, sedan följe gynekologi 6%, pediatri 4%.

Både för patienten och läkaren och allmänmedicinaren är och känner sig kompetent för sitt uppdrag. Därför är det också naturligt att specialiseringarna bestämmelserna så långt det är möjligt skall göras lika krävande för alla specialiteter. Det är först nu som man kan säga att allmänmedicinaren börjar ha en lika mångsidig och krävande skolning för sitt uppdrag som invärtes medicinaren eller kirurgen har för sina.

Man kan alltid diskutera vilka kunskaper inom övriga kliniska specialområden, som borde betonas i allmänmedicinarens utbildning. I början av 70-talet utförde prof. Isokoskis forskarteam en utredning i vilken 14 allmänpraktiker vid 3 hälsovårdscentraler tillfrågades om sitt behov av tilläggskunskaper inom olika specialområden på basen av över 7000 patientkontakter. I 36% av fallen ansågs kunskaper inom in-

värtes medicin viktiga, på andra plats kom kirurgi (31%) på tredje plats öron-näs- och strupsjukdomar 10%, sedan följe gynekologi 6%, pediatri 4%. I relation till dessa siffror är det något förvirrande att man i Finland kan erhålla sin specialistkompetens utan att behöva tjänstgöra på sådana specialområden, som de praktiserande läkarna ansågs som viktiga i mera än tre fjärdedeler av fallen (dvs invärtes medicin, kirurgi samt öron-näs- och strupsjukdomar).

Undervisningsministeriets arbetsgrupp föreslog också att hela sjukhusutbildningen skulle förläggas till universitetscentralsjukhus. I nu gällande bestämmelser godkänns dock tjänstgöring även på annat specialistlett sjukhus. Fortfarande kvarstår problemet hur man skall kunna garantera att den som utbildas kan få sin utbildning på tillräckligt nära håll utan att behöva flytta sina bo-pålar.

På vissa håll har det uppstått köbildung till specialiseringstjänster och vissa kliniker har ställt sig

helt avvisande då det gällt att ta emot en ung läkare, som vill specialisera sig inom allmän medicin, om det samtidigt funnits att tillgå aspiranter med allvarliga planer på att specialisera sig inom överläkarens eget specialområde. Ett system, som ännu inte tagits i användning, men som allvarligt borde övervägas, är införandet av blocktjänster enligt Sveriges mönster. Om det skulle finnas tjänster, som cirkulerade inom olika specialiteter skulle det innebära en tryggad möjlighet till mångsidig skolning utan onödig väntan på följande kortvariga förordnande inom en annan specialitet. Detta skulle också säkerställa att kollegerna på regionens sjukhus och på fältet bättre skulle lära känna varandra.

Den kursformiga undervisningen ges i allmänhet av specialister inom andra kliniska fack än allmän medicin. Även den praktisk tjänstgöringen på sjukhus övervakas av specialister. Men då en ung kollega tjänstgör inom primärvården lämnas han vind för våg utan handledning av någon erfarnare kollega. Allmänmedicinareninsatser som lärare har saknats s.g.s. helt. Varför? År det fråga om en ännu utvecklad identitetskänsla inom de egna leden eller är det brist på lärarkrafter eller kanske bådadera? Var finns den samlande kraft som kunde locka fram de resurser, som nu ligger dolda? Jag tror att en förutsättning är, att det vid varje medicinsk fakultet inrättas en professur och en institution i allmän medicin. Detta är enda sättet att utveckla vårt eget gebit.

När vi i de nordiska länderna går in för att organisera utbildningen är det mycket viktigt att det sker en sammordning av utbildningskraven. En kirurg som förklarats kompetent i ett nordiskt land är det också i de andra nordiska länderna, en allmänmedicinare är det inte. Att avlägsna dylika missförhälلن tycker jag att är en primär målsättning för det nordiska samarbetet inom specialiteten allmän medicin.



Specialiseringsfordringarna i allmän medicin 1.7.1978.

1. Allmän utbildning 2 år.
 - 1.1. Obligatorisk del 1 år
 - 1.1.1. Sjukhustjänstgöring 6 mån.
 - 1.1.2. Tjänstgöring i öppen vård 6 mån.
 - 1.2. Fritt valbar del 1 år.
Inom varje specialområde minst 3 mån.
 2. Specialutbildning 4 år.
 - 2.1. 1 års tjänstgöring vid hälsovårdscentral, så att man tjänstgör på centrala delområden inom folkhälsorbetet.
2 års tjänstgöring inom tre av följande specialområden, minst 6 mån. inom samma område:
invärtes medicin, kirurgi, gynekologi och förlossningar, pediatrik, psykiatri och geriatri. Av tjänstgöringen kan 6 mån. ersättas med minst 1 mån. långa tjänstgöringsperioder inom vilket som helst fritt valbara kliniska specialområden.
 - 2.2. 1 års tjänstgöring inom något av allmänmedicinens delområden: Administration av folkhälsorbetet, primärvård, geriatri, barn- och ungdomshälsovård, mödra- och företagshälsovård, miljöhygien.

2.4. Utbildning i kursform 60 timmar.

2.5. Riksomfattande specialisttentamen.



Forventninger og konflikter

DISTRIKTSLEGE JOHN LEER, KLEPPSTØ

I et helsecenter med for liten kapasitet til det helsedistriktet det skal betjene har vi stadige konfliktsituasjoner mellom brukere og behandler. Jeg vil prøve å framstille noen av forventningene, konfliktene som oppstår og skissere løsning.

Allerede i utformingaen av problemstillingen framkommer en konflikt: Behovet for ytelsjer er større enn helsecenterets kapasitet. Jeg har møtt forventninger som avspeiler dette:

- Kort ventetid fra timebestillingstidspunkt til konsultasjon finner sted.
- Komme til samme lege uansett problem og tidspunkt
- Konsultasjoner på kveldstid for å slippe arbeidskraft, unngå ventetid og forsinkelser.
- Ingen forsinkelser i avtalene.
- Slippe henvendelser via hjelpepersonalet og helst komme direkte til legen, også pr. telefon.
- Ta enkelte laboratorieprøver uten konsultasjon (eks.: "bare kontrollere blodprosenten").
- Trygghet i forholdet til legen. Kunne snakke med legen i fortrolighet og kunne bruke den nødvendige tid.

Hvilke grupper og personer kommer klart fram med sine forventninger? Hos hvem er forventningen uuttalte, uklare eller umulig å forstå?

Mange med klart uttrykte forventninger har intellektuelle ressurser som de videre kan nytte til lettere enn andre å få sine forventninger oppfylt. (Lærere er, som gruppe, eks-empel). Enkelte med klart definerte sykdommer har også klare forventninger - om regelmessige konsultasjoner, få den beste tilgjengelige behandling, få en forklaring av sykdommens natur, åpenhet og følelse av personlig kontakt med behandleren.

De uklare og uuttalte forventninger møter vi hos mennesker som presenterer seg som sinte, pågående, symptomoverdrivende, og engstelige. Forventningen om "strakslosninger" kommer fram i konsultasjonen og kan ofte forstås på bakgrunn av ensomhet, fortvilelse, oppløsningsfølelse. Men



dette er ikke det hele svar og det meste av forventningene forblir uklare både for behandler og pasient. Befolknings innen bestemte geografiske områder i distriket oppleves av behandlerne som mer pågående og krevende enn andre. Dette kan ha noe av sin forklaring i konflikter relatert til kommunenesammenslåing, forholdet sentrum/utkant, bosetning, arbeidsplass/pendling osv.. Småbarnsforeldre presenterer ofte spesielle forventninger.

Er disse eksemplene representative for de forventningene brukerne har og som vi må kjenne for å forstå de konfliktene vi opplever? Jeg vil anta at de konfliktene vi får fram ved å beskrive disse oversiktlige og forståelige forventningene vil være relativt enkle og gi mulighet for enkle løsninger. Hva med de ikke-forståtte, ikke-avdekkete, de latente forventningene? Hvordan finne fram til disse for å kun-

ne beskrive konfliktene før en finner løsninger? Vil det være riktig å anta at de ressurssvake individene og de svakeste gruppene har de sterkest konfliktskapende forventningene?

Hvordan og hvem kan spørre brukere og ptensielle brukere av helsetjenester om deres behov og forventninger?

Dette må være sentrale spørsmål en stiller seg når en ønsker å planlegge helse-tjenesten i et helsedistrikt. Planleggingen må være utgangspunktet for å løse de konfliktene en avdekker.

Konflikter.

Konflikten er resultat av forskjellige forventninger hos brukerne og behandlerne. Forventningene kan være sammenfallende (og ingen eg. konflikt oppstår), de kan være motstridende eller kryssende.

To vesentlige forventninger jeg, som lege, har er: Å kunne gjøre en god jobb,

dvs. gå hjem etter arbeidsdagen med følelsen av å ha utrettet noe jeg kan se tilbake på med tilfredshet, og: kunne tilstyre en normal arbeidstid.

Eksempel på sammenfallende forventninger uten konflikt kan være: Barn med feber av usikker årsak skal undersøkes uten ventetid. Motstridende forventninger: Behandleren ønsker normal arbeidstid. Brukeren ønsker å komme til samme behandler i enhver situasjon han/hun har behov for helsetjeneste. Kryssende forventninger: Kortest mulig ventetid: - Behandleren for å slippe og møte pasientens utilfredsstilhet med den lange ventetida. - Brukeren fordi han/hun opplever sin sykdom her og nå.

Noe forenklet kan vi se på to konflikter:

1. Pasientens forventning om en strakslosning versus legens forventning om normal arbeidstid.
2. Pasientens forventning om en lege som har tid til å lytte og leve seg inn i problemene og ta den tid hver enkelt pas. krever versus legens forventning om normal arbeids tid.

Noe av grunnen til den første konflikten ligger i pasientens usikkerhet i forhol-

det til helsetjenesten. Hva kan egentlig legen hjelpe meg med? Hva står egentlig dagens helsetjeneste for? Vi må også trekke inn faktorer som utrygg livssituasjon: familie, arbeid, bolig, venner tidligere opplevelser. Hvorfor er legen blitt lege? Ønsker han først sosial status? Gjør andres lidelser ham vel? Er legen den beste hjelper i alle situasjoner? Hvordan opplever legen det stadige presset fra venterommet og fra ventelistene som blir lengre og lengre? Arbeidsdagen må stadig tøyes og likevel forsterkes ikke følelsen av å gjøre et tilfredsstillende arbeid. Etter hvert velger også behandleren "strakslosninger" der han burde finne bedre og varige løsninger.

Løsningene kan være kompromissløsninger og/eller fundamentale løsninger. Kompromissene kan ligge i forandring av åpningstida ved helsecenteret for å imøtekommme de pasientene som ønsker å komme utenom sin arbeidstid (f.eks. kveldsapent én kveld pr. uke). Faste tider for telefonhenvendelser for å unngå avbrytelser og forsinkelsjer i konsultasjonene. Legen kan slutte å "spille på" rollen som den som altid har liten tid: rask gange med flagrende frakk, gjøre

flere ting på en gang osv.. Pasienten kan vite at han/hun altid kan få fatt i legen og derfor bare benytter muligheten i nødsfall.

Fundamentale løsninger er en nyvurdering av hva helsetjeneste er. Det innebærer at man godtar at befolkningens behov for helsetjenester kan være resultat av samfunnssuktur, arbeidssituasjon, utrygghet, "kunstige" behov pga. helseopplysning mm.. Det innebærer videre at helsetjenesten settes inn i en klar politisk sammenheng hvor de økonomiske og andre ansvarsforhold klart defineres.

Videre at helsetjeneste er mer enn blodtrykksmåling og laboratorieprøver. Helse-tjenesten må også kunne ta seg av de behov brukerne har for å få forklaringer på den situasjon de befinner seg i materielt og følelsmessig.

Vi må få rom for å lete etter behovene for vår service og utvikle nye og bedre tilbud eller løsninger. Hva legetjenesten angår finnes derfor ikke løsningen i restriktive lovregler som "etableringsloven". Det vi trenger er en lov om en distrikthelsetjeneste som gir rom for løsninger på problemer der problemene er.

13. legar

(Mel: Byssan lull)

/:Byssan lull, koka kittelen full,
3 legar i Direktoratet:/
Den eine han ser ned,
den andre klatrar opp,
den tredje gjer slett ingenting

/:Byssan lull, koka kittelen full,
hos fylkeslegen er det tre legar:/
Den eine skrive brev,
den andre ordnar trygd,
den tredje er alltid på møte.

/:Byssan lull, koka kittelen full,
på sjukehus er det tre legar:/
Den eine er på post,
den andre legevakt,
den tredje avspasserer i fritid.

/:Byssan lull, koka kittelen full,
3 legar frå Rikshospitalet:/
Den eine i VG,
den andre på TV,
den tredje får snart doktorgrad.

/:Byssan lull, koka kittelen full,
EN lege er det i distriktet:/
Den eine på kontor,
den eine i besøk,
den eine på helserådsmøte.

TORLEIV ROBBERSTAD

Orientering om hovedkomiteens og Nyhusutvalgets utredninger om helsetjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten, samt Sosialdepartementets høringsnotat med utkast til lov om distrikthelsetjenesten

1. Innledning

Hovedkomitéen for reformer i lokalforvaltningen oppnevnt av regjeringen i 1971 avgå 29. januar 1979 sin delutredning om "Helsepolitikken, Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger" (NOU 1979:10). Fordi Sosialdepartementets saksområde er særlig omfattende vil Juelkomitéen legge frem tre delutredninger, henholdsvis om helsepolitikken, trygdepolitikken og sosialpolitikken forsvrig. Da det er sammenheng mellom helsepolitikken og de øvrige grenene av sosialpolitikken, har komitéen funnet det nødvendig i noen grad å komme inn også på disse. Det gjelder særlig fylkeskommunens og kommunens sosialforvaltning. Forbundets formann, fylkesvaraordfører Sverre Krogh, og medlem av arbeidsutvalget rådmann Thorleif Nilsen, er medlemmer av Juelkomitéen.

Nyhusutvalget ble oppnevnt av regjeringen i april 1978 med mandat til å utrede finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten. Utvalget avgå sin første delutredning 28. mai 1979 (NOU 1979:23).

To av representantene i Nyhusutvalget er oppnevnt etter forslag fra Norske Kommuners Sentralforbund. Det er medlem av forbundets styre, husmor Dorthæa Skeide og vararepresentant til styret, stortingsrepresentant Gunn Vigdís Olsen Hagen. Direktør Arne Rødkog har vært oppnevnt som varamedlem for disse, og har møtt fast i utvalget.

Nyhusutvalgets arbeid er blitt organisert med ett hovedutvalg og to arbeidsgrupper - én arbeidsgruppe for helsetjenesten utenfor institusjon og én for sosialtjenesten. Norske Kommuners Sentralforbund har også hatt én representant i hver av disse arbeidsgruppene. I følge mandatet er utredningen mer omfattende og detaljert enn Juelkomitéens.

På grunn av tidsfristen som ble satt for utvalgets arbeid omfatter delutredningen i hovedsak ordninger for organisering og finansiering av den kommunale distrikthelsestjeneste og sosialtjenesten. I neste delutredning vil utvalget fremme forslag vedrørende de tjentene som det kan være aktuelt å legge til fylkeskommunene.

Sosialdepartementet har 21. juni 1978 sendt ut til uttalelse et høringsnotat med utkast til lov om distrikthelsetjenesten. Lovforslaget bygger i hovedsak på flertallet i Nyhusutvalgets innstilling. Departementet legger vekt på at høringsinstansene ser lovforslaget i sammenheng med de avgitte utredninger. Dette er i samsvar med Sentralforbundets oppfatning.

2. Generelt om oppgave- og ansvarsfordeling

På dette punkt er det enighet i begge utvalg. Hovedkomitéen tilrår at reformer i helsevesenet må være i samsvar med retningslinjene for reformer i lokalforvaltningen.

Nyhusutvalget peker på at de generelle forvaltningsmessige mål og retningslinjene som Stortinget har vedtatt for reformer i lokalforvaltningen må være retningsgivende for organiseringen av den fremtidige helse- og sosialtjeneste.

3. Distrikthelsetjenesten

Både Hovedkomitéen og Nyhusutvalget er sammenfallende i synet på at distrikthelsetjenesten bør avgrenses til følgende deltjenester:

- Legetjeneste
- Helserådsvirksomhet
- Helseesøsterstjeneste
- Helsestasjonsvirksomhet
- Hjemmesykepleievirksomhet
- Jordmørtjeneste utenfor institusjon
- Skolehelsetjeneste
- Fysioterapitjeneste utenfor institusjon
- Bedriftshelsetjeneste

Begge utvalg går inn for et kommunalt ansvar for disse tjenester som bl.a. vil innebære at kommunene får ansvaret for å utarbeide, vedta og iverksette planer og budsjetter på dette området. Kommunene får videre det økonomiske ansvaret for disse tjenestene, men det forutsettes at staten i vesentlig grad bidrar til finansiering gjennom et foreslatt rammetilskudd. Det kommunale ansvaret innebærer videre gjennomføring av vedtatte planer og budsjetter, prioritering og fordeling av ressurser mellom de forskjellige virksomhetsområder samt å stå for den daglige drift av tjenestene. Kommunene vil måtte ansette det nødvendige personell til dette, og vil bli arbeidsgiver for de ansatte i distrikthelsetjenesten.

Det er forskjellig oppfatninger når det gjelder det offentlige legearbeid (distriktslege), hjemmesykepleievirksomheten og almenlegetjenesten.

4. Distriktslegeordningen

Hovedkomitéens flertall (8) går inn for at det offentlige legevesen (statens tilsynsleger eller distriktslegeordningen) opprettholdes som en statlig institusjon. Begrunnelsen er at staten trenger en landsomfattende etat til å ut-

øve tilsynet og til å overvåke befolkningens helse-tilstand. Dessuten legges det vekt på det uheldige i å rive opp en århundrelang tradisjon med statsan-satte distriktsleger som både ivaretar offentlige gjøremål, gir legehjelp til befolkningen og gir sentral styringsmulighet med legetjenesten. Et mindretall (3) i Hovedkomitéen går inn for at distriktslegestillingene innpasses i den foreslalte distrikthelsetjeneste som kommunale stillinger med den begrundelse at en slik ordning vil gi en oversiktelig og effektiv organisasjonsform som vil kunne funksjonere bedre enn et system med både en statlig distriktslege og en kommunalt ansatt lege som faglig leder av distrikthelsetjenesten i samme kommune.

Et flertall (7) i Nyhusutvalget går inn for at den statlige distriktslegeordning overføres til kommunaltjeneste og at denne legetjenesten blir organisert på linje med de øvrige helsetjenester for befolkningen. Dette flertallet legger bla. vekt på at legetjenesten for befolkningen ikke må splittes opp i to etater - én kommunal og én statlig, og dette flertallet går også inn for at man bør etablere et samarbeidsorgan som kan sikre samordning av ansettelsesprosedyren i fylkeskommunale helseinstitusjoner og kommunal distrikthelsetjeneste. Mindretallet (3) i Nyhusutvalget foreslår at ordningen med statlige distriktsleger opprettholdes.

5. Hjemmesykepleie

Når det gjelder hjemmesykepleien foreslår Hovedkomitéen at kommunene må stilles fritt til å innpasse hjemmesykepleien i den kommunale administrasjonen på den måte som finnes hensiktmessig. Dette syn deles av et flertall (8) i Nyhusutvalget som foreslår at det ikke bør gi sentrale retningslinjer for den administrative plassering av hjemmesykepleien i kommunene. Et mindretall (2) i Nyhusutvalget mener derimot at kommunene vil stå seg på at det etableres en énsartet administrasjonsordning på landsbasis hvorav ett medlem mener den bør administreres som en del av den øvrige distrikthelsetjeneste, mens et annet medlem går inn for at den nærværende ordning med administrativ tilknytning til sosialsektoren opprettholdes.

6. Legetjeneste

Hovedkomitéen går inn for at kommunen gir en lovbestemt plikt til å sørge for planlegging, opprettelse og drift av alminnelig legetjeneste, og at kommunen selv ansetter leger i den utstrekning det er nødvendig for å sikre befolkningen legehjelp. Komitéen peker på at den alminnelige legetjeneste fortsatt i overveiende grad vil måtte ivaretas av privatpraktiserende leger og statlige leger som driver privatpraksis ved siden av sitt offentlige verv.

I Nyhusutvalget er det enighet om at det kommunale ansvaret for distrikthelsetjenesten også må omfatte den private lege- og fysioterapitjeneste. Dette innebefatter at den private praksis tas med i og innpasses på de kommunale planer for distrikthelsetjenesten. Opplegget for privat praksis må inngå i helseplanen og skje i forståelse med kommunen ved at det f.eks. blir inngått avtale. Leger og fysioterapeuter som i dag har opprettet privat praksis vil her stå fritt. Et mindretall (2) i Nyhusutvalget har en egen uttalelse om tidspunktet for innpassingen av den private praksis i den kommunale distrikthelsetjeneste og nødvendigheten av en overgangsordning.

7. Sykehjem

Både Hovedkomitéen og Nyhusutvalget omtaler også visse andre deler av helsetjenesten utenfor institusjon. Nyhusutvalget vil ta opp oppgave- og ansvarsfordelingen og finansieringen for disse deltjenester i sin andre

delutredning. Det viktigste å nevne i denne sammenheng er sykehjemmene, som etter sykehusloven i dag er et fylkeskommunalt ansvar.

Hovedkomitéen har delt seg i synet på spørsmålet om sykehjemmene skal være et kommunalt eller fylkeskommunalt ansvar, i det et flertall (8) mener at spørsmålet om den administrative tilknytning er hensiktsmessig må tas opp til ny vurdering når man har fått bredere erfaringer med de omlegginger som nylig har funnet sted. Et mindretall (3) går imidlertid inn for at ansvaret og styringsretten for de somatiske sykehjem iøres tilbake til kommunene.

Nyhusutvalget vil ta opp spørsmålet av sykehjemmene administrative plassering i neste delutredning.

8. Den kommunale modellen

Både Hovedkomitéen og Nyhusutvalget går inn for kommunalt ansvar for distrikthelsetjenesten. Hovedkomitéen har som nevnt et unntak når det gjelder distriktsleseordningen.

Nyhusutvalget på sin side gir uttrykk for at det er vanskelig å komme frem til en oppgave- og ansvarsfordeling som ivaretar alle de hensynene som det kan være ønskelig å ta. Dette utvalget viser bl.a. til

- hensynet til lokal styring og nærlhet til ansvarlige politiske og administrative organer kontra hensynet til samordning av planlegging og budsjettering mellom kommunene,
- hensynet til samordningen mellom distrikthelsetjenesten og sosialtjenesten kontra hensynet til koordineringen mellom distrikthelsetjenesten og helsetjenesten i institusjon.

Utvalget har lagt avgjørende vekt på at et kommunalt ansvar for distrikthelsetjenesten vil gi det beste grunnlag for nærlhet mellom befolkningen og hjelpeapparatet på den ene side og den politiske og administrative styringen av hjelpeapparatet på den annen side, og at utforming av disse tjenestene vil bli drevet i tråd med lokale behov og prioriteringer.

Hovedkomitéen anbefaler at hver kommune bør ha et helse- og sosialstyre som øverste samordnende organ for sin virksomhet på det helse- og sosialpolitiske området, men at oppnevnelsen skjer etter bestemmelser i kommuneloven uten påbud i særlov.

Nyhusutvalget anbefaler at kommunene bør opprette en felles nemnd med ansvar for helse- og sosialsektoren for å sikre den nødvendige samordninga uten at det gir påbud om dette i lov. Utvalget foreslår at forholdet mellom helserådet og de folkevalgte organer som skal styre den kommunale helsetjeneste blir utredet nærmere.

9. Den fylkeskommunale modellen

Hverken Hovedkomitéen eller Nyhusutvalget går inn for et fylkeskommunalt ansvar for distrikthelsetjenesten. Et argument for en slik løsning er at en lettere vil få til koordinering med utbyggingen og drifta av institusjonshelsetjenesten, samt samarbeid med den polikliniske og ambulante virksomhet ved sykehusene. På den annen side er det hevdet at dette kan føre til at distrikthelsetjenesten blir for avhengig av institusjonshelsetjenesten. Det finnes også en mulighet for et fylkeskommunalt overordnet samordningsansvar og et kommunalt utøvende ansvar. Ingen av utvalgene har imidlertid gått inn på en slik løsning.

10. Helsedistrikter

Hovedkomitéen går inn for at distrikthelsetjenesten organiseres på grunnlag av helsedistrikter som faller sammen med de offentlige legedistrikter, og med utgangspunkt i at helsedistriktet skal omfatte én kommune. Utvalget foreslår videre at store kommuner bør deles i to eller flere distrikter, og at i flere tilfeller bør det opprettes distrikter som omfatter to eller flere kommuner.

Nyhusutvalgets konklusjon om et kommunalt ansvar er at helsedistriktet er kommunen. Utvalget understreker imidlertid at kommuner som er for små til å bygge ut en samlet distrikthelsetjeneste bør etablere interkommunalt samarbeid, enten om grener av distrikthelsetjenesten eller om hele distrikthelsetjenesten.

Et flertall (9) i Nyhusutvalget mener at et slikt samarbeid mellom kommuner må baseres på frivillighet, men at statlige myndigheter etter kommuneloven kan pålegge kommunene å samarbeide der hvor dette er nødvendig. Mindretallet (1) foreslår at distrikthelsetjenesten skal organiseres i et interkommunalt helsedistrikt så en kommune er for liten til å bygge ut en samlet distrikthelsetjeneste, og at et felles styre skal stå for planleggingen, utbyggingen og driften av distrikthelsetjenesten.

11. Sosialtjenesten

Før sosialtjenesten foreslår Nyhusutvalget at en felles styrt, finansiert og organisert tjeneste bør omfatte:

- Den kommunale sosialadministrasjon (sosialkontorene)
- Generelt og individuelt sosialt arbeid (herunder åpen omsorg for funksjonshemmde)
- Den økonomiske sosialhjelpen
- Tiltak for barn og unge i den åpne omsorg
- Verneude boformer for enslige forsørgere
- Tiltak for eldre (herunder aldershjemmene)
- Edruskapsarbeidet
- Tiltak i den åpne alkoholistomsorg (herunder verneude boformer)
- Hjelpeordningene for hjemmene.

Det er ulike syn i utvalget om ansvaret for den økonomiske hjelpe etter lov om sosial omsorg.

Et flertall (8) i utvalget legger vekt på at kontantstøttenadene etter lov om sosial omsorg inngår som ett av flere tiltak i det sosiale arbeid i kommunene. Et mindretall (2) legger til grunn det prinsipielle syn at det bør være et statlig ansvar å dekke kontantstøtten til livsopphold, og at dette bør tas inn i trygdesystemet. Disse ytelsene utgjør den eneste (eller langt viktigste) kilde til livsopphold, og at dette bør tas inn i trygdesystemet. Disse ytelsene vil etter mindretallets syn dermed ikke inngå som en del av den kommunale sosialtjenesten.

Når det gjelder ansvaret for institusjonene i barne- og ungdomsvernet (barne- og ungdomshjem, mødrehem, fosterhjem og fosterhjemssentralene) bør disse legges til fylkeskommunen. Utvalget foreslår også at fylkeskommunene får ansvaret for institusjonene i alkoholistsorgen (kurstedene, avrusningsstasjonene og tilsyns-

Nyhusutvalget viser til at det i sin andre delutredning vil utforme konkrete forslag når det gjelder institusjonene i barne- og ungdomsvernet og i alkoholistsorgen.

12. Planlegging — styring

Hovedkomitéen gir uttrykk for at statens politiske myndigheter fortsatt må fastsette de overordnede mål og retningslinjer for helsepolitikken. Det er nødvendig med en rekke lover og andre bestemmelser for å sikre at retningslinjene blir fulgt. Slike bestemmelser må suppleres med veileddning, tilsyn og kontroll. Hovedkomitéen mener at staten trenger en landsomfattende etat til å utøve tilsynet og til å overvåke befolkningens helsetilstand, og tilsynet bør utføres av folk som ikke er avhengige av fylkeskommunen eller kommunen som arbeidsgiver. Det er på dette grunnlag at Hovedkomitéen går inn for at det offentlige ledevesen (fylkeslekene, stadslekene og distriktslekene) bør opprettholde som en ren statlig institusjon. Hovedkomitéen beskriver ikke nærmere det konkrete innhold av tilsynsoppgavene.

Om planlegging mener Hovedkomitéen at kommunen bør ha plikt til å utarbeide en samlet plan for distrikthelsetjenesten, og at Kongen må ha hjemmel til å gi forskrifter om planlegging, opprettelse og drift av distrikthelsetjenester, om bemanningsnormer og om tilsyn med slike tjenester. Kommunens planer bør være gjenstand for statlig godkjennung, og Hovedkomitéen tilrår at kommunens plan godkjennes av fylkesmannen etter at fylkeslekene har uttalt seg. Det er ikke omtalt nærmere hvilke kriterier som skal legges til grunn for slik godkjennung.

Nyhusutvalgets hovedhensyn er at oppgave- og ansvarsfordelingen og finansieringssystemet bør bidra til å gi en hensiktsmessig fordeling av styringsmidler mellom lokale og sentrale forvaltningsnivåer og mellom politikere, administrasjon og fagfolk. Utvalget mener at det bør være visse statlige vilkår og kontrollordninger forbundet med rammetilskuddene, men de må ikke være av generell, uspesifisert karakter. Samtidig bør de være minst mulig detaljerte. Den statlige kontroll bør fortrinnsvis skje i form av veileddning, rådgivning og i nødvendig utstrekning ved bindende forskrifter. Nyhusutvalgets oppfatning er at ved godkjeningen av kommunale planer, som fortrinnsvis bør baseres på visse nøkkelstørrelser i planene, vil departementet kunne kontrollere at det er et rimelig samsvar mellom bl.a. aktivitetsnivået og rammetilskuddet.

Alle unntatt ett medlem i Nyhusutvalget mener at planarbeidet i alt vesentlig bør følge opplegget etter den gjeldende midlertidige plan- og forøksloven og veiledningsmaterialen til denne. Utvalget legger særlig vekt på den samarbeidsprosess det har legges opp til for de tjenester som funksjonelt hører sammen. Det foregår idag en betydelig aktivitet i kommunene i samsvar med dette plansystemet.

13. Finansiering

Nyhusutvalget foreslår at det skal gis to adskilte rammetilskudd til kommunene - ett til distrikthelsetjenesten og ett til sosialtjenesten.

Tilskuddene skal i størst mulig grad bygge på objektive behovskriterier. Distrikthelsetjenestens tilskudd vil etter forslaget omfatte følgende poster på stats- og trygdebudsjettet:

- Det offentlige legevesen (deler av posten)
- Hjemmesykepleie
- Legehjelp (deler av posten)
- Skryssevederlag
- Stønad ved svangerskap og nedkomst
- Fysikalisk behandling
- Helsestasjoner og helsetiltak for barn.

Disse postene utgjorde i 1978 ca. 1.133 mill.kroner, og dette beløp mener utvalget vil utgjøre ca. 1/4 av de samlede offentlige driftsutgifter til distrikthelsestjenesten på landsbasis. Resten forutsettes kommunene å dekke.

Et mindretall (3) mener at det offentlige legevesen bør holdes utenom rammen. Et mindretall (2) mener også at privat lege- og fysioterapitjeneste i en overgangsperiode holdes utenfor.

Rammetilskuddet til sosialtjenesten vil etter forslaget omfatte følgende poster på stats- og trygdebudsjettet:

- Tilskudd til edruskapsnemndene
- Tilskudd til sosial administrasjon
- Tilskudd til sosial støtte
- Tilskudd til kommunal eldreomsorg
- Tilskudd til hjelpeordninger (deler av posten)
- Telefonstøtte til eldre og uføre.

Bevilningene under disse postene utgjorde ca. 550 mill. kroner i 1978 og er anslått til å dekke ca. 1/4 av de samlede offentlige driftsutgifter til sosialtjenesten på landsbasis. Resten forutsettes kommunene å dekke.

Det vil være vanskelig å trekke et skarpt skille mellom driftsutgifter og investeringer. Utvalget har foreslått at det etableres spesielle låneneordninger i Kommunalbanken for investeringer innenfor de to tjenester.

På sikt mener utvalget at de statlige rammetilskottene til den kommunalt organiserte distrikthelsestjenesten og sosialtjenesten sills sammen med slike på ca. 50/50 utgiftsfordeling mellom staten og kommunene på landsbasis.

Utvalget foreslår at tilskuddsrammene fordeles til kommunene etter to fordelingsnøkkelen.

Fordelingsnøkkelen for distrikthelsestjenesten vil etter forslaget bestå av følgende kriterier:

- Innbyggere 0 - 15 år	(0.15)
- " 16 - 66 år	(0.50)
- " 67 år og over	(0.20)
- Ant. uførepensjonister	(0.10)
- Dødelighet	(0.05)
- Avstander	-

Tilskudd etter avstandskriteriet vil bli fordelt skjønnmessig på de enkelte kommuner ut fra en pott som utgjør 10 pott. av rammen. Et mindretall (1) mener denne ordningen bør være midlertidig, og på sikt innarbeides i skatte-utjämningsordningen. De øvrige kriteriene vil telle med gitte vekttall i fordelingsnøkkelen. Disse er angitt i parentesene. Dessuten har flertallet (9) foreslått et mindretall på 300 000 kr, som alle kommuner skal være sikre selv om de etter fordelingsnøkkelen ikke skulle oppnådd et så høyt tilskudd.

Fordelingsnøkkelen for sosialtjenesten skal etter forslaget bestå av følgende kriterier:

- Innbyggere 0 - 15 år	(0.15)
- " 16 - 66 år	(0.10)
- " 67 år og over	(0.55)
- Ant. uførepensjonister	(0.10)
- " enslige forsørgere	(0.10)

Også i denne nøkkelen er kriteriene tillagt visse vekter, som er angitt i parentesene. Dessuten er det foreslått et basis tilskudd til hver kommune på 100 000 kroner.

Utvalget skisserer følgende finansieringsordning for privat almenlegetjeneste og fysioterapi:

Trygdekontorene foretar på samme måte som i dag oppgjøret med den enkelte lege og fysioterapeut. Disse beløp blir så refundert trygdekontorene fra kommunene, som har mottatt tilskudd for disse tjenestene via rammetilskottet.

Egenbetaling forutsettes beholdt i samme omfang som i dag. En forutsetning for kommunens refusjon er at vedkommende praksis er med på kommunens helseplan. For at det ikke skal oppstå uoverensstemmeler mellom kommunen og de enkelte leger og fysioterapeuter om refusjon, har utvalget foreslått at trygdekontorenes samlede utbetaling fordeles på det samlede antall årsverk på landsbasis. Hver enkelt kommune betaler så denne gjennomsnittssummen multiplisert med antall årsverk utført i h.h.v. privat legepraksis og fysioterapipraksis.

Et mindretall (2) i utvalget mener at finansieringen av privat praksis i en overgangsperiode bør holdes utenfor den generelle finansieringsordningen. Dette mindretallet mener for øvrig at man som en midlertidig overgangsordning bør ha statlig prosentrefusjon til den kommunale distrikthelsestjenesten.

Siden rammetilskuddene i det vesentlige bygger på innbyggertallet i kommunen, mener utvalget det bør skje et økonomisk oppgjør mellom kommuner som i vesentlig grad gjør bruk av hverandres tjenester. Dette gjelder spesielt kommuner i samme lededistrikt og mellom visse by- og omegnkomunner. Oppgjøret bør baseres på avtaler.

Utvalget har diskutert hvorvidt det skal knyttes kontroll til bruken av rammetilskuddene. Det har kommet til at en rekke nøkkeltrekkser (som brutto utgifter og personellrammer) som vil bli gitt i de fylkesvise rammeplaner, gir tilstrekkelig kontroll med aktivitetsnivået i kommunene. Dessuten vises det til godkjennning av planer og til etableringsloven for leger.

Utvalget mener likevel at staten bør ha mulighet til å kunne endre tilskuddet til en kommune dersom helse- og sosialtilbuddet uten rimelig grunn skulle avvike vesentlig fra godkjent plan m.v.

Utvalget peker på at finansieringsforslaget innebefatter geografiske omfordelingsvirkninger. For at disse ikke skal ramme for sterkt, mener utvalget det er behov for en overgangsordning.

Utvalget foreslår at overgangsordningen skjer ved at de nærværende, faktiske tilskuddsrammene inngår som kriterier i fordelingsnøkkelen. Kriteriet vil begynne med høy vekt (50%), som gradvis trappes ned til 0 i løpet av 5 år.

Hovedkomitéen har gått inn for en ny finansieringsordning for distrikthelsestjenesten. Komitéen uttaler at "Det må være en ordning med overføring av et årlig rammebeløp fra folketrygden til hver enkelt kommune. Dersom helsedistriket består av mer enn én kommune, overføres beløpet til den felles helsestjeneste. Rammebeløpet beregnes på grunnlag av objektive kjennetegn."

For øvrig viser Hovedkomitéen til Nyhusutvalgets arbeid med å utrede den fremtidige finansieringsordningen for helsestjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten.

Nyhusutvalget har så vidt man kan se bare i begrenset utstrekning vært inne på kostnadene ved en videre utbygging av distrikthelsestjenesten. Det synes imidlertid å være på det rene at utbygging til et ønsket nivå vil kreve uttakninger både fra staten og fra kommunene i et langt større omfang enn tilfellet er i dag på denne sektoren.

Det ligger utenfor utvalgets mandat å utrede utbyggingen av distrikthelsestjenesten og sosialtjenesten, men utvalget mener det bør skje en slik utbygging og en opptrapning av de statlige tilskottsrammene. Utvalget har i utredningen beregnet omfordelingsvirkningene for kommunene av sine forslag.

14. Utkast til lov om distrikthelsestjenesten

En vil her referere det viktigste innholdet i lovforslaget som i hovedsak bygger på flertallet i Nyhusutvalgets innstilling.

I kapittel I om formål og organisasjon fastslås det i formilsparagrafen i lovforslaget at kommunen har ansvaret for så vel planleggingen som gjennomføringen av distrikthelsestjenesten.

Distrikthelsestjenestens omfang er etter loven begrenset til:

- Helserådstjeneste (teknisk/hygienisk inspeksjons- og kontrollvirksomhet)
- Helsestørtjeneste
- Helsestasjonstjeneste
- Skolehelsetjeneste
- Jordmortjeneste
- Hjemmesykepleie og fysioterapitjeneste.

Nyhusutvalget og Juelkomitéen har begge foreslått at også bedriftshelsestjenesten bør være en del av distrikthelsestjenesten. Det fremgår ikke av høringsnotatet hvorfor departementet har holdt denne deltjenesten utenfor lovforslaget. Derimot er det tatt inn en bestemmelse om at Kongen kan bestemme at andre tjenester skal omfattes av distrikthelsestjenesten, og ergoterapi er nevnt som et aktuelt eksempel.

Lovforslaget pålegger kommunen videre å utarbeide en helseplan. Den skal også omfatte helsetjenester som drives privat, og må tilfredsstille de eventuelle medisinske minstekrav som måtte være fastsatt av helsedirektøren. Planen skal godkjennes av fylkesmannen. Det varslas i høringsnotatet nærmere retningslinjer for den kommunale planleggingen.

Kommunalt samarbeid om gjennomføring av distrikthelsestjeneste eller deler av den kan gjennomføres der det er aktuelt.

I kapittel II har lovforslaget en rekke bestemmelser om de alminnelige sunnhetstørheter, og helseråd som skal være et lovfestet organ. I samsvar med Juelkomitéen foreslås at den offentlige lege skal være medlem av helserådet. Det forutsettes at helserådet delegerer sin avgjørelsesmyndighet til den offentlige lege når det gjelder spørsmål av medisinsk/hygienisk art.

Den offentlige lege tilsvarer her den nævnevende statlige distriktslege som i lovforslaget forutsettes å bli kommunal. Det innebefatter ikke at distriktslegeordningen oppholder men at stillingene omgjøres til kommunale stillinger med betegnelsen offentlige leger.

Kapittel III omhandler personell, tilsyn m.v. og fastslår at det er kommunen som skal ansette det personell som er nødvendig og at det bør fastsettes kvalifikasjonskrav til de enkelte stillinger.

Om utgiftene i kapittel IV forutsettes det at kommunen skal dekke nødvendige utgifter for å gjennomføre distriktshelsetjenesten etter godkjent plan. Dette innebefatter at kommunen må dekke lønn til alle kommunalt ansatte og andre driftsutgifter knyttet til den helsevirksomhet dette personell driver. Likeledes må kommunen etter avtale dekke utgifter til den del av virksomheten som måtte drives av frivillige organisasjoner. Kommunen må også betale godtjørelse etter takst til de privatpraktiserende leger og fysioterapeuter som er tatt med på godkjent plan. Til den kommunale distriktshelsetjenesten som omfattes av godkjent plan skal folketrygden gi et Årlig rammetilskott. Kongen gir nærmere forskrifter om fastsettelse og utbetaling av tilskottet. Det er også foreslått en bestemmelse om at det bør være adgang til å pålegge publikum en egen betaling for den service distriktshelsetjenesten yter.

De forskjellige bestemmelserne i kapittel V omfatter blant annet en hjemmel for at Kongen kan gi nærmere forskrifter til gjennomføring av loven, samt opphevelse av en del lover. Det forutsettes imidlertid at de forskrifter som er gitt i henhold til de lover som oppheves fortsatt skal gjelde.

I samsvar med lovforslaget foreslås endringer i en rekke forskjellige lover. Når det gjelder loven av 1912 om utførelsen av de offentlige legeforetak, som bl.a. regulerer den nævnevende statlige distriktslegeordning, er det ikke foreslått endringer i samsvar med lovforslaget om at disse skal gå over til å bli kommunale offentlige leger.

Det gis uttrykk for i høringsnotatet at Sosialdepartementet ikke har tatt endelig stilling til de forslag som omfattes av lovforslaget. En vil derfor gå ut ifra at høringsuttalesene vil danne basis for den lovproposisjon om distriktshelsetjenesten som vil bli utarbeidet etter at uttalel sesfristen er løpt ut.

15. Avslutning

Hovedkonklusjonene i begge utredninger er kommunalt ansvar for distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten basert på en rammefinansiering.

Begge utredninger legger videre opp til et felles helse- og sosialstyre. Det er derimot delte oppfatninger av spørsmålet om en statlig distriktslegeordning skal opprettholdes i tillegg til de kommunale leger og privatpraktiserende leger i distriktshelsetjenesten.

Norske Kommuners Sentralforbunds representanter i Nyhus-utvalget deler flertallets syn i utredningen.

Sentralforbundets styre har tidligere overfor Sosialdepartementet gitt uttrykk for at finansiering av distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten må tilpasses det fremtidige rammefinansieringssystem som er under utvikling.

Norske Kommuners Sentralforbunds 4. ordinære Landsting i 1978 behandlet spørsmål om primærhelsetjenesten og uttalte bl.a. følgende:

"Virksomheten skal foregå i lokalsamfunnet og må i sin praktiske utforming være tilpasset lokale forhold og behov. Primærhelsetjenesten er derfor en egnet oppgave for kommunalforvaltningen. Også behovet for en samordning av primærhelsetjenesten og sosialtjenesten tilsier dette."

I samsvar med de mål og retningslinjer det er politisk enighet om å legge til grunn for utviklingen av kommunalforvaltningen, må nye oppgaver tillegges kommunen og fylkeskommunen som selv må tilpasse sitt politiske styringsapparat. Kommunalforvaltningen må også ha sin administrasjon med de fagfolk som trengs. Landstinget vil således understreke at de oppgaver som skal løses av henholdsvis kommuner og fylkeskommuner - enkeltevis eller ved interkommunalt samarbeid - må styres av de kommunale respektive fylkeskommunale politiske organer og utføres av personell som ansettes og lønnes av den kommunale/fylkeskommunale administrasjon.

Regjering og Storting må snarest gjennom lovgivningen trekke opp hovedretningslinjene og sikre det økonomiske grunnlag gjennom en tilfredsstillende finansieringsordning til primærhelsetjenesten. Videre må utdanningskapasiteten av de forskjellige grupper av helsepersonell styrkes. De nødvendige kontrolloppgaver må utføres av staten sentralt eller på fylkesplan.

Landstinget vil se det som ønskelig om primærhelsetjenesten kunne bli en kommunal oppgave. Ved oppgavefordelingen må man imidlertid ta hensyn til at

det store flertall kommuner er relativt små enheter. Dette kan avhjelpes ved interkommunalt samarbeid, så langt dette er formålstjenlig. Det må også vurderes om de mer ressurskrevende deler bør tillegges fylkeskommunen.

Når oppgavefordelingen og finansieringen av primærhelsetjenesten er klarlagt må det vurderes om den nævnevende sykehjemsordning er hensiktsmessig.

Landstinget vil understreke den viktige samordningsoppgave som fylkeskommunene er tillagt også innen helsesektoren ved at de er ansvarlig for fylkesplanene."



(Mell.: Jens Vejmand)

*Hjem sitter der på hjørnet
fra halv ti og til to,
behandler syke menn'sker
og har inntekt pr. akkord?
Det er såmenn en lege,
en allmennpraktiker
med ti minutt samtal, —
har ikke råd til mer.*

*Hjem sitter der på hjørnet
med venterommet fullt?
Normaltariff i ryggen
og særfordeler skjult?
Det er såmenn en lege,
den frie legen kalt,
med samme takst for alle
og ekstratakt for alt.*

*Det liberale erverv
som mange snakker om,
gir ros i festlig tale
ut i hans alderdom.
Med investeringsansvar
er legen aldri sjuk.
Det har han aldri råd til,
— men hva når han dør ut?*

TORLEIV ROBBERTAD

Fire store forskningsprosjekter

JON BLOCK — INGARD OTTEMO



Seksjon A — fire store forskningsprosjekter.
En kritisk gjennomgang av planlegging og forløp.

Formålet med denne seksjonen er på grunnlag av konkrete eksempler og illustrere noen av de prinsipielle trekk i utarbeidelse, forløp, presentasjon og bedømmelse av forskningsprosjekter.

Fra hvert av de fire land ble det fremlagt et forskningsprosjekt. Etter framføringen ble foredraget kommentert av representanter fra to andre deltagerland.

Fra Finland snakket Leif Groop om: "Infeksjonssykdommer i Open vård."

Her ble det i Närpes hälsovårdscenter, Österbotten, foretatt en oppfølgelse av infeksjonssykdommer i tiden 1.10.75 - 31.12.77. Dette landdistrikts hadde 13000 innbyggere og 50% av befolkningen var mellom 25-64 år. Helsestasjonen hadde legevakt til vanlig døgnet rundt og ble betjent av 6 leger. Det er ingen privatpraktiserende leger i det aktuelle området og nærmeste sykehus er 30 km. unna. Spesielt for denne undersøk-

elsen ble det startet en særskilt mottagelse for infeksjonssykdommer. Denne ble betjent av en lege og en helsesøster. Pasienten ble først registrert manuelt, senere automatisk data bearbeidet.

Fra 1.10.75-31.12.77 ble det registrert 3100 personer med infeksjonssykdommer lik fordeling mellom kvinner og menn. Dette utgjør 12% av samtlige besøk på helseenteret. Dette innebar 0,19 besøk pr. person pr. år p.g.a. infeksjonssykdommer. Tilsvarende for samtlige andre sykdommer innen distriket var 1,6 pr person pr. år. Største frekvensen i besøk var hos gutter under seks år.

De hyppigste symptomer var feber, hoste, snue og smørter. Av undersøkelser ble det foretatt bl.a. telling av hvite (15%), halsutstryk (11%) og senkning (7,2%). Rtg. thorax ble foretatt i ca. 11,4% og rtg. bihuler ca. 10%.

Av kliniske diagnoser utgjorde akutt bronkitt og akutt otitt tilsammen ca. 50%. Videre akutt tonsillitt og sinusitt 20%. De

resterende 30% utgjorde influenza, lungebetennelse, gastroenteritt pluss vanlige barnesykdommer.

3/4 av pasientene hadde ventet i minst 3 dager før de oppsøkte lege. Barn under seks år kom tidligere.

Av de registrerte 3100 pasientene hadde på forhånd 50% brukt febernedsettende midler, 26% hostemedisiner. 50% av de undersøkte pasienter fikk antibiotika. Mest antibiotika fikk barn under 14 år. Videre 50% fikk septpliktige hostemedisiner + nesedråper, 10% fikk ingen behandling. Henimot 50% fikk penicillin V.

Kommentarer:
Arnesen fra Norge kom hovedsaklig med generelle kommentarer fra forskningsprosjekter i almenpraksis. Han poengterte viktigheten av disse 4 punkter:

1. Planleggingsfasen - avgjørende for resultatet.
2. Datainnsamling - obs. "datadøden".
3. Data-analyser
4. Rapportskriving - viktig for en selv og andre.

Spesielt til Groops under-

søkelse ble det nevnt at urogenitalinfeksjoner ikke var med. (svikt i planleggingsfasen.)

Svakheten ved undersøkelsen synes å være svikt i praktisk konsekvens av de innsamlede data. Undersøkelsen manglet en klar målsetting.

Fra Danmark snakket Carl E. Mabech om: Multipraksisundersøkelser og urinveisinfeksjoner i almenpraksis.

Multipraksisundersøkelsen.

En ville her undersøke betydningen av omfang av informasjon for tilslutning til multipraksisundersøkelse. 568 leger fikk en meget detaljert beskrivelse av prosjektet som omfattet 16 A4-sider (gruppe A).

608 leger fikk en meget kort beskrivelse 2 A4-sider (gruppe B).

Deltakerresultat:

19,7% gruppe A
33,4% gruppe B

Som konklusjon kan resultatene tyde på at jo mer skriftlig materiale en får tilsendt, dess færre melder seg.

Betydningen av løpende informasjon i datainnsamlingsfasen.

Et generelt problem i MPU er underregistrering.

Legene i den ene gruppen fikk ukentlig meddelelse om hvor mange pasienter de selv hadde registrert totalt. Videre fikk de anonymt meddelelse om hvor mange pasienter de øvrige deltagere hadde registrert. Legene i den andre gruppen fikk ingen tilsvarende informasjon.

Ukentlige meddelser så ikke ut til å ha noen innvirkning på oppfølgelsen av undersøkelsen.

Beskrivelse av deltagende leger i urinveisundersøkelsen.

Her viste det seg at yngre praktiserende leger er sterkt overrepresentert blant deltagerne. Stor praksis/gruppe-praksis deltok i større omfang enn mindre praksis.

Den kliniske delen av urinveisundersøkelsen viste at sulfonamider med hurtig utskillelse bør foretrekkes som førstehåndspreparat ved UVI i almenpraksis.

Kommentarer.

Generelle kommentarer til Multipraksisundersøkelsen

fra svensk hold, var at samarbeide med mindre antall leger var bedre enn så mange leger som mulig. Dette førte til få mest ensartet vurdering. Større antall leger gir i legemiddelindustriens øyne undersøkelsen øket prestisje, også i Norge.

Kommentarer til urinveisundersøkelsen gikk på praktiske ting som f.eks. vaskeprøve, midtstråleurin, lengde av behandling og forebyggende tiltak.

Fra Norge snakket Finn Nilsson om: "Sykeligheten i en definerert befolkning."

Hvordan forandres helse- og helsetjenesteforbruk seg på grunn av endringen i samfunnet og helsetjenestetilbud.

Undersøkelsen er foretatt i Klokkarvik, en liten kommune som de siste år har gjennomgått en rivende utvikling både når det gjelder primærhelsetjeneste og kommunikasjons- og industriutbygging.

Det er startet kartlegging i primærhelsetjenesten som tar sikte på å belyse hva slags sykdommer som fører til legekontakt, og i hvilken grad dette endrer seg over tid. Det er gjennomført to intervjuundersøkelser i befolkningen for å få deres holdning til legetjenesten og for å kartlegge den befolkningssendring som skjer p.g.a. rask utbygging.

Praksisregistrering:

Enkeltkontakte med helse-tjenesten i løpet av et år, angående sykdomsspektrum og årsaksforhold i forbindelse med psykiske og sosiale problemer.

Intervjuundersøkelsen.

Her er gjennomført to intervjuundersøkelsen omfattet 1/6 av befolkningen og gav svar på enkelte spørsmål omkring folks holdning til den lokale helsetjeneste.

Den andre intervjuundersøkelsen omfattet 1/4 av befolkningen og tok sikte på å kartlegge endring i befolkningens sammensetning i relasjon til legesøkningsvaner.

Retrospektiv undersøkelsen.

Det er registrert alle kontakter med helsetjenesten de siste årene. Undersøkelsen omfatter llooo individer med 3212 kontakter på legekontor, 327 legebesøk og 674

kontakter pr. brev/bud i løpet av et år. Totalbefolkingen utgjorde 3490 innbyggere.

I foredraget belyste Nilsson valg av måle-enheter og måleinstrumenter for slik forskning. Videre kom han inn på de vansker det medfører å gjennomføre så vidt store prosjekter uten å forandre sin praksisform.

Foredraget var meget utfylende. Hans prosjekt var sprunget ut av ren nysgjerrighet og undersøkelsen ble etter hvert meget detaljert. Bl.a. brukte han en meget utførlig diagnoseliste.

Han sa at det var vanskelig å finne en måle-enhet som sa "noe" om pasienten foran oss.

I Undersøkelsen gikk det fram at de pasienter som bor langt unna lege var minst fornøyd med helsetjenesten. Økende grad av misnøye, dess lenger bort man bor. P.g.a. arbeidspresset fikk kommunen senere to leger og kontakt-raten øket. Har egenomsorgen blitt mindre, eller har sykeligheten øket?



"I'm getting worried. Up to now I've always been attracted by older women."

Opponentenes hovedinnvending var at hans undersøkelse var for detaljert og satte for store krav til undersøkeren. Hans fremgangsmåte kan vanskelig bli mønster for lignende undersøkelser.

Fra Sverige snakket Gustav Tibblin om Sollentunaprosjektet.

Utvikling og oppfølgelse av primærhelsetjenestens virksomhet innen en befolkning.

Primærhelsetjenesten domineres i Sverige som i Norge av almenpraktiserende leger. For å ta dette ansvar kreves kunnskaper av to slag.

1. Kunnskaper om hva som utrettes innen primærhelse-tjenesten.
2. Kunnskaper om befolkningens helsetilstand.

Sollentunaprosjektet har til hensikt å gi en kartlegging av punkt 1 og 2 for å kunne påvirke helsetjenesten. Dette prosjektet startet i okt.-78 i en populasjon på 19.000 innbyggere. Ved helseentralen var det fire primærleger og to tur-nuskandidater samt tre av de fire helsesøstrene i området. Dessuten var det spesiallege i øyesykdommer, gynækologi og pediatri. Målsettingen for virksomheten ble uttrykt i de fem begrepene:

1. Tilgjengelighet - for å øke tilgjengeligheten ble sykepleierne spesielt instruert i å gi råd i medisinske spørsmål i tiden 08.00-17.00. Legebesøkene ble så delt inn i 4 grader av viktighet/hast.
2. Kontinuitet - ble tilsiktet såvel av legen som av sykepleierpersonell.
3. Kvalitet og sikkerhet - ble forsøkt oppnådd gjennom videreutdannelse av personell. En viktig ting her var et besøksformular som ble utfylt av

legen, og som ga et bilde av hva som var skjedd i besøket.

4. Samarbeide - mellom helse-sentra, sosialtjeneste, trygdekontor, arbeidsfor-midling og attføringsin-stitusjon bør skje ved regelmessige møter.
5. Primært ansvar - helse-tjenesten har ansvar for de mennesker som søker kontakt.

Praktisk gjennomførelse av Sollentunaprosjektet:

10% av befolkningen (4.400) ble utvalgt ved stikkprøver for å registrere legebesøk, besøk hos distrikthelse-søstre, sykehusinnleggeler og mortalitet. Her var bl.a. besøksformularet til stor hjelp.

Hovedproblemer:
Dårlig eller manglende ut-fylling av besøksformularet. Ukentlige opplysninger synes å øke legens motivasjon angående besøksformularet. Ved diagnose anvendte en Socialstyrelsens diagnose-liste.

2% av pasientene ble sendt videre til sykehus. 15% gikk til røntgen, sysioterapi og sosialomsorgen. Samlet ble 5 - 10% henvist videre.

Kommentar: Denne undersøkelsen hadde en klar målsetning, men besøksformularene ble nok lett oppfattet som en ekstra arbeidsbelastning. Opplegget med stikkprøvene av en del av befolkningen i et bestemt område synes å ha vært svært hensiktsmessig ved større undersøkelser i pri-mærhelsetjenesten.

Denne undersøkelsen pågår fortsatt og kommer til å bli presentert av forfatterne ved en senere anledning.



Kommentar til artikkel av Bjørn Magne Eggen

Fra: Odd Einar Dørum, Venstre, Sør-Trøndelag

Det er svært beklagelig å måtte konstatere at forslag til lov om Distrikthelsetjenesten ikke er lagt fram til Stortinget.

Statsråd Ryste har således brutt det løftet hun ga under debatten i Odelstinget den 6. mars. Dette bekrefter mistanken som vi i Venstre hadde før Odelstingsdebatten, at reguleringsloven hadde som vesentligste mål å vinne tid, tid regjeringen trengte for å finne ut hva den vil med helsepolitikken. Dette har etter min mening svekket regjeringens troverdigheit i helse-politisk sammenheng ytterligere.

Nå er imidlertid et utkast til distrikthelselov sendt ut til høring, og innstillingen fra Nyhusutvalget er også til høring. Begge disse har samme høringsfrist. Sosialdepartementet har den-

ne gangen gitt rimelig god høringsfrist. Den endelige proposisjonen om lov om distrikthelsetjeneste vil vel da ventelig bli fremmet i løpet av 1980. Det er lite vi kan gjøre for å forvere denne prosessen, en såvidt viktig lov trenger grundig behandling før den vedtas. Men jeg mener fortsatt at Sosialdepartementet måtte ha vært i stand til å få fremmet loven raskere, det er tross alt lo år siden vi fikk sykehusloven.

Når distrikthelseloven er lagt fram, er vi innstilt på å diskutere behovet for eventuell regulering av lejetjenester på ny. Lægeforeningen ga tidlig i år uttrykk for positiv vilje til samarbeid for å komme fram til tjenelige reguleringsbestemmelser.

Vi vil nå som før komme i møte denne positive viljen

til samarbeid fra legenes side, også etter at lov om distrikthelsetjenesten er lagt fram.



'O.K.—you say she talks. I say she's a natural mimic.'

Forts. fra side 3
grenser for privatpraktiserende legers frie adgang til etablering og yrkesutøvelse. Selv med relativt moderate styringsmidler, vil vår status som selvstendige ervervdrivende i vesentlig grad uthules.

Ja jeg frykter vi kan bli som "leilendinger" i dette systemet, falle mellom to eller flere stoler, uten de fordeler fastlønn gir, men med like store forpliktelser med en broket avlønningsform som begrenser sterkt reelle forhandlinger om høyning av disse.

Jeg er selv av natur og temperament slik at jeg passer best i stykkpris-systemet.

Men - ut fra argumentene foran, hva er egentlig igjen av fordelene ved å bruke en normaltariff, i hvertfall på nåværende lave nivå?

Med andre ord, jeg kan ikke se det betenklig for oss selv å stille dette ultimatum.

For myndighetene må denne fremgangsmåten bli mere kom-

plisert å takle. Avvisning av begge alternativene vil i virkeligheten måtte tolkes dit hen av folk flest at myndighetene tross alt ikke mente det alvorlig når det er lovet opprustning av primærlegetjenesten.

Likevel kan selvfølgelig begge alternativene bli avvist. Vi har imidlertid aksjonsmidler som ikke går altfor sterkt ut over pasientene. Først kan vi nekte å skrive alle former for attester, også til folketrygden. Vi kan nekte profylaktisk arbeid. Er ikke dette nok, kan vi ta hele honoraret av pasienten, slik at pasientene må gå til trygdekontoret å få refusjonen tilbake. Det vil forstyrre samfunnsmaskineriet ganske kraftig.

Det er selvfølgelig viktig at en SAMLET primærlegestand står bak dette og med solidarisk støtte fra de andre legegruppene. Derfor er de regionale møtene så viktige. Etter mitt løst skisserte forslag til strategi, er utgangspunktet fortsatt at vi arbeider etter normaltarif-

fen. Det er myndighetenes reaksjon på våre krav som bestemmer (avgjør) hvorvidt det må bli forhandlinger om innløsning av våre praksiser.

Jeg er overbevist om at vi må aksjonere og at vi må aksjonere raskt, konsekvent og bestemt, og vi må stå samlet om det vi vil. Det betyr at vi alle må gi slipp på enkelte prinsipper.

Vi skal ikke finne oss i alle beskyldninger og nedrakking lenger. Heller ikke skal vi la politikerne bare snakke pent om hvor viktig primærlegetjenesten er. Vi må tvinge dem til handling. Vi må ha en ganske anderledes "aggressiv" aksjonslinje med klare alternativer.



Dopamet

l-*a*-metyldopa

i huskepakning til samme pris som før.

Følgende pakninger er huskepakninger:

0.25 g med delestrek: Glass à 100 og 250 tabletter.

0.5 g med delestrek: Glass à 30 og 100 tabletter.

Tallrike undersøkelser viser at mange pasienter ikke tar sin medisin som foreskrevet av legen.

DOPAMET huskepakning skal hjelpe Deres pasienter å ta riktig dose på riktig tidspunkt.

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

For øvrig finnes **DOPAMET** i gjennomtrykks-pakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0.25 g).

Viktige bivirkninger og kontraindikasjoner, samt eventuelle forsiktighetsregler og advarsler:
Se Felleskatalogen.

DUMEX

Tenormin kalenderpakning for optimal sikkerhet mot medisinforsømmelse.



Den tabletten som ikke tas har ingen virkning.

Tenormin

atenolol

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Ukomplisert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

Relativ: Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulinrengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktigheitsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

BIVIRKNINGER:

Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og fotter. Gastrointestinalt ubehag, sovnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunktjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

FORSIKTIGHETSREGLER:

Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta-spesifikke bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøy. Adrenergi stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretslopfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebefatter alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungefunktjon som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Betablokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overleddingen øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renal, bør Tenormin ikke brukes ved nedsatt nyrefunksjon for anvendelse hos denne

kategorien pasienter er nærmere utredet. Hvis en betablokkere er indirekt hos en pasient med sterkt nedsatt nyrefunksjon, bør man istedet benytte propranolol, som er vist å kunne brukes hos personer med redusert nyrefunksjon. Hvis det er spesiell grunn til å seponere preparatet for kirurgisk innlegg, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

INTERAKSJONER:

Betablockere COID	Beta-stimulerende adrenergika	blokkerer beta-adrenerg (V1b)	effekt
antidiabetika		økt hypoglykemisk effekt (V1a)	
antihypertensiva/diureтика		økt BT-senkende effekt (V1a)	
digitalis		bradykardi, arytm (V1a, V11)	
disulfiram		dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)	
generelle anestetika		myokarddepresjon (V11)	
sekalealkaloider		økt risiko for perifere karspasmer (V1a)	
kolinesterasehemmere		økt risiko for bradykardi (V1a)	
verapamil		økt risiko for myokarddepresjon (V1a)	



ICI-Pharma

Stortingsgt. 14 Oslo 1 Tel. (02) 42 69 40

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

Surmontil

Ved ulcus duodeni og pylori
ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor

1. Myren, J. et al. Scand. J. Gastr., 10 (8), 817-819, 1975
2. Wetterhus, S. et al. Scand. J. Gastr., 12 (43), 33-38, 1977
3. Guldahl, M. Scand. J. Gastr., 12 (43), 27-31, 1977
4. Bohman, T. et al. Scand. J. Gastr., 12 (43), 7-17, 1977
5. Nitter, L. et al. Scand. J. Gastr., 12 (43), 39-41, 1977
6. Myren, J. Tidsskrift for Klinisk Medicin, 5, 259, 1977
7. Bohman, T. et al. Scand. J. Gastr., 13 (48), 1-49, 1978
8. Valnes, K. et al. Scand. J. Gastr., 13 (4), 497-500, 1978



Medisinsk Informasjonskontor
Skåreveien 150
Postboks 20-1473 SKÅRER
Telefon: 1021 70 55 20

- hemmer syresekresjonen (1, 4, 7)
- gir rask vårtiheling (2, 3, 5, 8)

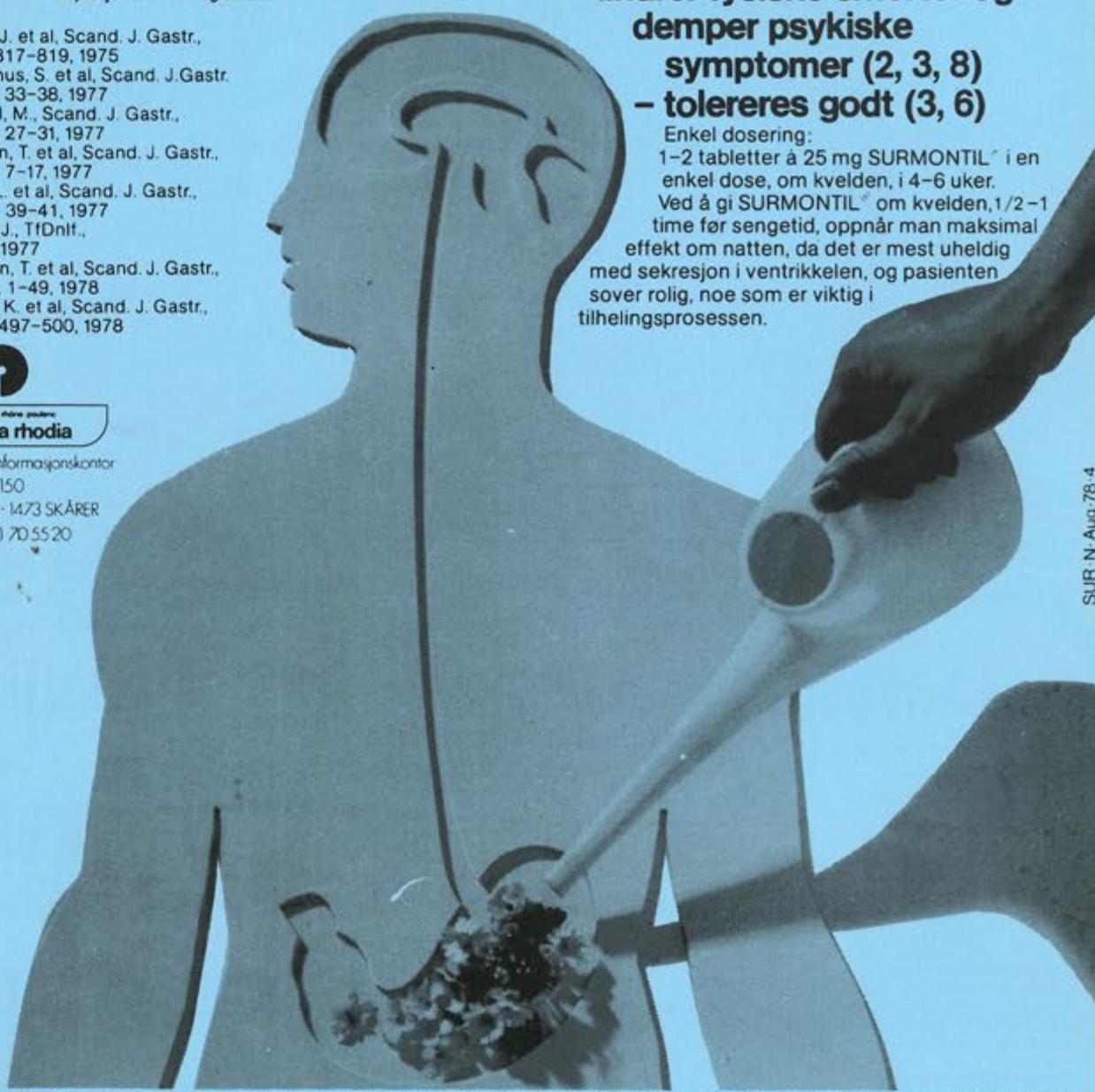
- lindrer fysiske smerter og
demper psykiske
symptomer (2, 3, 8)
- tolereres godt (3, 6)

Enkel dosering:

1-2 tabletter á 25 mg SURMONTIL® i en
enkel dose, om kvelden, i 4-6 uker.

Ved å gi SURMONTIL® om kvelden, 1/2-1
time før sengetid, oppnår man maksimal
effekt om natten, da det er mest uheldig
med sekresjon i ventrikken, og pasienten
sover rolig, noe som er viktig i
tilhelingsprosessen.

SUR-N Aug 78-4



T EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml: 1 ml innneh. Trimipramini embonat respond. trimipramin, 5 mg, sorbitol, 0,35 g. Methyl-p-oxibenz, 0,6 mg. Propyl-p-oxibenz, 0,2 mg. Constit. q.s., aqua purif. ad 1 ml. (Fargestoff: Para-orange, tartrazin, fjernes i løpet av 1978).

T TABLETTER: Hver tablet innneh. Trimipramin maleats respond. trimipramin, 25 mg, resp. 50 mg, constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassisksyning: Trimipramin har antidepressiv, sedativ og anxiolytisk virkning. Kraftigere histaminantagonistisk, sedativ og antiemetisk virkning enn imipramin. Trimipramin hemmer svilessekresjonen i ventrikelen med ca. 50%, mens den stimulerte sekresjon blir mindre nedslatt.

Virkningsmekanisme: Hemmer gjennopptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerger midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. I ulcus duodeni og pylori kan effekten være en kombinasjon av virkningen på sekresjonen og det nervess apparet. Ved kveldsdosering oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikken, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen. Absorbjon: Resorberes godt ved peroral administrasjon av både embonat og maleat.

Metabolisme: Hovedmetabolitter i urin er derivater av iminodibenzyl og dibenzazepin. I serum uomdannet trimipramin og monodesmetyl derivatet.

Utskillelse: Urinen. Overgang i morsmilk: I så små mengder ved terapeutiske doser at det som regel ikke er noen risiko for barnet.

Indikasjoner: Alle former for depressive tilstander som endogen, involutiv, organisk, neurotisk, reaktiv og klimatisk depresjon, spesielt når disse ledes av insomnia.

anxietas eller agitatio. Ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor.

BIVIRKNINGER: Eksstrapiramidale: Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Dosedekreasjon og tillegg av antiparkinsonsmiddele i begrenset tidsrom bedrer som oftest symptomen. Psykiske: Lett morgendesigethet kan forekomme, som oftest av kort varighet. Toksisk-delirerende reaksjoner i sjeldne tilfelle. Vegetative og Kardiovaskulære: Lett muninntret, svimmelhet, tremor, hypotension, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, hodepine og gastrointestinale forstyrrelser er aktuelt. Dermatologiske: Utslettet i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. Hematologiske: Ingen betydningsfulle eller vedvarende avvirk rapportert. Leverkompliksjoner: Noen få tilfelle av varasjons-transaminase verdien sett.

KONTRÄNDIKASJONER: Absolutte: Ubehandlet glaukom.

Samtidig behandling med MAO-hemmere. Preparatet ber ikke gis før tildagst 2 uker etter MAOH-behandling er avsluttet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemmingsløsende virkingen innstøt før den depresjonsløsende virkingen, og dette kan føre til økt suicidalrisiko. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f.eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet ber ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser og sinustachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet bør utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertelideler.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende tåkesyn, regnbuesyn og eyesmerter krever hurtig øyelege-kontroll og utelukkelse av anfallsglaukom før behandelning.

PACKNINGER: Embonat mikstur: 250 ml
10 x 250 ml. Tabletter: 25 mg: 30 stk., 50 stk., 100 stk.,
10 x 100 stk. 50 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.

handling fortsettes. Forsiktighet ved leverlidelser, epilepsi og høyreskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskap.

INTERAKSJONER: Tricykliske antidepressiva kan gi interaksjon med adrenalin, MAO-hemmere, metylenidat, noradrenalin, barbiturater, betanidin, etedrin, guanethidin, metaraminol, metyldopa, reserpin og tyroideapreparater.

DOSERING: Individuelt tilpasset den kliniske tilstanden. Ambulant: 50-100 mg (2-4 tabletter á 25 mg eller 10-20 ml embonat mikstur) 1-2 timer før sengetid.

Sterste dose forholdsvis til pasienter med uttalt sevnforstyrrelser.

Ved å gi hele dobbendosen om kvelden vil man hurtig oppnå en normal sevnrytme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemedier. Behandling må fortsettes i minst 4 uker. Ulcus duodeni og pylori: 25-50 mg om kvelden 1/2-1 time før sengetid. Behandlingen bør lenssets i 4-6 uker. Sykonus: Initiat 100 mg (2 tabletter á 50 mg eller 15 ml embonat mikstur) om kvelden. Dosen økes gradvis til terapeutisk effekt er oppnådd, i enkelte tilfelle til 400 mg/dag. Dosen beholdes til remisjon inntrer.

Deretter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsnivå, vanligvis 100-200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Man bør være oppmerksom på intoksikations-symptomer. Behandling av intoksikasjon med tricykliske antidepressiva omtales i intoksikasjonsavsnittet bak i Felleskatologen.

UTLEVERING: 50 mg tabletter kun til sykehus.

PACKNINGER: Embonat mikstur: 250 ml
10 x 250 ml. Tabletter: 25 mg: 30 stk., 50 stk., 100 stk.,
10 x 100 stk. 50 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.