UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 7–8 DESEMBER 1982 ÅRGANG 11

AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS
Året ebber ut 2

CHR. F. BORCHREVINK
Norsk Selskap
for almenmedisin 3

ANDERS GRIMSMO
Referat fra møtet vedrørende
opprettelsen av et
almenmedisinsk selskap
den 25.11.1982 4

KJELL SAMUELSEN
OLAV THORSEN
Bydelshelsesenter.
Små eller store 5

MORTEN LINDBÆK
Eldre på venteliste til sykehjem –
en undersøkelse fra en
landkommune 7

JOHN LEER
Forum for
Almenmedisin i Bergen 9

MARTIN HOLTE
Referat fra
APLF dagene 1982 10

TERJE JOHANNESEN
Referat fra lægeforeningens kurs
for kurskomitemedlemmer 12

PER FUGELLI
Almenpraktikerstipendene, en
5 års beretning 14

PER FUGELLI
Almenmedisinsk Forskningsutvalg
Referat fra møtet i Bergen
4.11.82 17

H.DRØSDAL
Almenpraksis mot fullspesialitet
– kursomania epidemica 18

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. 100,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Året ebber ut

Distriktsnissen registrerer at vi er i ferd med å avslutte det andre året i "primærhelsetjenestens tiår." Et uttrykk skapt av politikernes optimister. I det lå det en visjon, hvor pågangsmot, kampvilje, nyetablering og satsing i primærhelsetjenesten avbildet seg kontrastrikt mot fremtiden.
Manna for våre pasienter og fotfolk i distriktshelsetjenesten. Etter at loven om kommunehelsetjenesten ble lansert er forventningene ikke blitt mindre, vi er i ferd med kanhende å skape en forventningskrise som vil åpenbare seg i 1984, når loven settes i kraft. Hvordan lovverket vil fortone seg i praksis avhenger i høg grad av hvilke økonomiske virkemidler som stilles til rådighet og hvordan disse blir prioritert.
Ja, man kan saktens lure, når en hører finansdepartementes klagene refreng.

"Primærhelsetjenestens tiår" synes i hvert fall ikke å ha slått an i vårt medisinske akademiske miljø. Tidligere fikk studentene ingen undervisning av primærleger, hvilket førte til en totalt skjev rekrutering til sykehusmedisinen i 60 og 70-årene. Årets julegave fikk almenpraktikere og distriktsleger fra Universitetet i Trondheim, avdeling for medisin. Etter å ha drevet banebrytende integrert undervisning i almenmedisin i de fleste av studiets terminer, i fakultetets første 6 år, ble samtlige externe lærere oppsagt i sitt undervisnings engasjement som fag/timelærer.

Externe lærere hadde til nå "blitt engasjert på ledige lønnsmidler," fra stillinger i andre medisinske fag som ikke var blitt besatt. Tenke seg almenpraktikere hadde fått lov til å leke vikarlærer til mesteren tiltrådte stillingen. Fremtidig undervisning i faget almenmedisin må nå så og si utelukkende skje av folk som har gitt seg videnskapen i vold og sagt farvel til praksis og pasienter. Det synes som om fagets advokater har vært for svake eller for distrahert av andre ting, og derved blitt et lett bytte for andre faggruppers oportunister. Det hadde vært ønskelig at de som skulle drive undervisning i almenmedisin var leger som drev almenpraksis og kunne bruke sine pasienter i undervisningen, og ikke bare var opptatt av forskning og kongresser.

Avisene har i høst tydelig bragt signaler om at legestanden går trangere tider i møte. 3000 arbeidsledige leger i år 1990 synes dystert.
Vi har skrevet det før og gjentar det gjerne, reduser utdannelses kapasiteten snarest, radikalt!

Willumsen-utvalget synes å falle for lette populærløsninger for ikke å støte våre hjemlige medisinske fakultets snevre interesser. I sin rapport gjenngitt i Adresseavisen 16. nov. er konklusjonen blant annet at det etter hvert skal bli umulig å studere medisin i utlandet. Dette skal gjennomføres ved å nekte lån i lånekassen og i hvert fall å nekte folk autorisasjon og etableringsrett i Norge. Her tar man rent sneversynt kvantitative hensyn og tenker ikke på kvaliteten og berikelsen vårt medisinske miljø tilføres ved at vi lar en del av våre leger studere utenlands.

I etterkrigstiden har Norge snyltet til seg tusentalls leger, fysioterapeuter, tannleger, sivilingeniører og økonomer uten vederlag. Nå når vi går mot en dekning i behovet av leger skal vi plutselig nekte folk å studere medisin i utlandet ved å nekte de lån og true med å godkjenne deres autorisasjon. Samtidig vil det fortsatt være ønskelig å snylte til seg økonomer og sivilingeniører enda noen år for de trenger vi.

Komiteens syn bryter med den internasjonalisering som vi av og til skryter av at vi er opptatt av her til lands, den formelig oser av kortsiktig norsk proteksjonisme.

Dersom vi skal redusere utdannelses kapasiteten så det virkelig monner, må kuttet skje også der det svir mest, i våre egne universitetsmiljøer, Oslo og Bergen. Halver antallet studieplasser i den kommende ti-års perioden så unngår vi kanskje noe av krisen som synes å måtte komme. Dette forutsettes at snevre interesser som fakultetsråd og instituttstyrer fremover settes til side, men også at fremtidige forskningsmidler til medisinske institusjoner ikke utelukkende bør være avhengig av antall studie-

NORSK SELSKAP FOR ALMENMEDISIN

Tanken på å stifte et Norsk selskap for almenmedisin er ikke ny. De fleste land som vi vanligvis liker å sammenligne oss med, har hatt tilsvarende faglig og vitenskapelig selskap i mange år. Hos oss ble situasjonen drøftet under APLF's Beitokurs i 1979, og Bernt Østensen tok saken opp i Utposten samme år. Jo Telje og Steinar Westin fulgte opp med lang artikkel året etter.
Argumentene er der - men initiativet mangler.
Jeg tror at man til en viss grad har ventet på hverandre. Ville den aktive Trondhjemsgruppen rundt Utposten makte en ny oppgave? Eller kunne vi håpe at engasjerte almenpraktikere andre steder i landet tok et initiativ?
Vi, ved Institutt for almenmedisin i Oslo, har lenge følt behov for et Selskap, men mente at initiativet hverken burde komme fra Oslo eller fra Universitetsmiljøene.
Og tiden gikk. Men nå er tiden moden. 80-årene er almenmedisinens 10-år. Både det store antall leger som vil gå ut i almenpraksis i de kommende år, den nye loven om helsetjeneste i kommunene og den sannsynlige kommende spesialitet i almenpraksis vil stille store krav til norsk almenmedisin.

Erfaringene fra Danmark og Sverige har vist at deres selskap for almenmedisin har hatt en stor betydning både for forskning og for videreutvikling av faget. Vi vet alle hva Royal College of General Practitioners har vært for en inspirasjon for almenpraktikere i England og hvilken rolle College har spilt for forskning i almenmedisin.
I Norge er kreftene spredt. Lægeforeningen er gjennom VEAP-rådet ansvarlig for videre- og etterutdannelsen. Lokale kurskomiteer og APLF's fagutvalg arrangerer kurs. Almenmedisinsk forskningsutvalg prøver å koordinere og inspirere forskning i almenmedisin. Instituttene har et klart ansvar for grunnutdannelsen i almenmedisin, og er aktive i forskning så langt kapasiteten rekker. Men det samlede forum hvor faget almenmedisin skal videreutvikles, hvor kvaliteten av vårt arbeid blir diskutert, hvor forskningsprosjekter blir lagt frem eller født, hvor kontakter til internasjonale organer blir pekt ut - - det har vi ikke, og det savner vi. Jeg tror at et slikt forum, et Norsk selskap for almenmedisin, vil trekke til seg almenpraktikere som tidligere ikke har brukt sine krefter innen det mer fagpolitiske arbeid i APLF og OLL. Et Selskap vil derfor ikke være eller bli en konkurrent til de to foreningene, men et nødvendig og viktig supplement.

I løpet av det siste året har det vært mange og lange diskusjoner, ikke bare om ønskeligheten av et Norsk selskap, men også om dets organisering. Skulle det være i eller utenfor Lægeforeningen? De fleste ønsker klart det første, selv om det kunne føre til enkelte praktiske problemer, f.eks. vis-a-vis Fagutvalget, men neppe større enn at de kunne løses.

Et utvalg bestående av Aage Bjertnæs, Jo Telje og undertegnede har forhandlet med Lægeforeningen, APLF og OLL på vegne av en større gruppe som er aktivt interessert i å starte et selskap.
Det bør ikke skjules at disse forhandlingene i perioder var ganske vankelige.

Heldigvis ble meningsforskjellene som til å begynne med så svært så store ut, etterhvert mindre og mindre. Det er nå bred enighet om at det er behov for et Norsk selskap for almenmedisin, at dette bør finne sin plass innenfor Lægeforeningen, at det skal støtte seg til desentraliserte grupper og at en egen generalforsamling skal velge styre. Det har vært gledelig å følge denne utviklingen.

Norsk selskap for almenmedisin vil bli stiftet den 17.02.1983 på et møte i Medicinsk Selskab i Oslo hvor formålsparagraf og lover skal vedtaes og hvor styre skal velges. De som er interessert i Selskapets målsetting eller styrets sammensetning bør møte opp for å være med på å bestemme Selskapets profil.

Et utkast til lover vil foreligge i god tid før møtet og kan fåes ved å henvende seg til undertegnede.

Hvorledes Selskapet vil utvikle seg, og hvilken betydning det vil få for norsk almenmedisin, det vil tiden vise. Selskapets suksess ligger i hendene på våre 2000 almenpraktikere, derfor må man ha lov til å være optimist.

Chr. F. Borchgrevink
Institutt for almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11-13

Oslo 2.

Referat fra møte vedrørende opprettelse av et almenmedisinsinsk selskap den 25.11.82

Sted: IAM

Ant. deltagere: 19.

Pkt. 1.

Kort referat av sakens gang ved Christian Borchgrevink.

Møte med DNLF 11.10. hadde gitt positive resultater vedrørende en ramme for stiftelse av selskap.

Pkt. 2.

Diskusjon og opprettelse av et interimstyre.

Resultatet av møtet med DNLF ble drøftet. Det var 4 hovedpunkter.

A) Krav til medlemskap.
B) Valg og sammensetning av styre.
C) Opprettelse av desentraliserte grupper.
D) Forholdet til APLF, OLL og Fagutvalget.

Ad. A. Enighet om frivillig medlemskap, men ulike syn på om samtidig medlemskap i OLL og/eller APLF skulle være en forutsetning.

Det ble hevdet at uten disse forutsetningene ville APLF/OLL kunne bli tappet for medlemmer og at dette lett kunne føre til motsetninger mellom selskapet og disse organisasjonene. Et medlemskap i OLL/APLF samtidig med medlemskap i selskapet ville kunne bidra til å samle kreftene om viktige oppgaver.

Som motargumenter ble det hevdet at det kunne være mange som ikke ønsket medlemskap i OLL/APLF, f.eks. av fagpolitiske grunner, men som gjerne kunne tenke seg å være med i et selskap.

Ad. B. Enighet om at formann skulle velges direkte og at OLL, APLF og Instituttene samlet skulle ha en representant hver utpekt av disse. Ellers kom en fram til at styret i selskapet burde bestå av 7 medlemmer.

Ad. C. Opprettelse av desentraliserte grupper ble sett på som et viktig ledd i utviklingen av selskapet.

Ad. D. Mulighetene for å organisere selskapet som en spesialforening eller som et vitenskapelig selskap ble drøftet. Vitenskapelig selskap blir i tilfellet en ny organisasjonsform i DNLF.

Størst usikkerhet var det omkring hvordan grenseoppgangen mellom selskapet og Fagutvalget skulle være. Det gjaldt spesielt videre- og etterutdannelse. Det ble enighet om foreløpig ikke å sette noen skarp grense, men la utviklingen vise vei.

Ellers ble det understreket at det i tiden fremover var viktig å markedsføre selskapet, dets målsetninger og funksjoner.

Det ble, etter en rekke argumenter for og imot, valgt tre personer til et arbeidsutvalg som skal forberede et stiftelsesmøte i løpet av våren.

Christian Borchgrevink, form.
Herman Anker,
Per Wium.

Anders Grimsmo
referent.

– Er det her man lærer engelsk flytende..??

Bydelshelsesenter — små eller store?

De siste årene er det blitt en stadig større fokusering på distriktshelsetjenesten. Det er nok å nevne NOU 28/79 med etterfølgende forslag til "Lov om kommunal helsetjeneste" (Odelstingsproposisjon nr. 36/81 og 66/82). Til tross for politisk vilje til satsing på primærhelsetjenesten i -70 årene har denne stadig tapt i kampen om de økonomiske midler til fordel for institusjonene.

En del har dog skjedd på denne fronten det siste ti-året. Det startet med bygging av kommunale helsesentra i våre nordligste landsdeler som ble etterfulgt av opprettelse av fastlønnsstillinger for distriktsleger. Siden har denne modellen spredd seg til andre deler av landet.

Byene har imidlertid ligget håpløst etter- kanskje bortsett fra Oslo, som relativt tidlig innså at noe radikalt måtte gjøres, dersom primærhelsetjenesten ikke skulle forsvinne helt. Nå har etterhvert stadig fler byer innsett at modellen fra våre grissgrente strøk, og fra Oslo - er noe å satse på. Det må derfor være rett å kunne si at bydelshelsesentraene i Norge er kommet for å bli, og sannsynligvis vil utgjøre kjernen i den kommende kommunale helsetjeneste.

Til tross for at et flertall av de helsearbeidere som har jobbet ved disse sentraene har vært meget fornøyet, stort sett også pasientene, og det som nevnt har vært politisk (verbal?) vilje til oppbygning etter denne modellen, har mange kommuner vært skeptiske når planer har vært lansert. Dette har sin grunn i at både kapitalkostnader og driftsutgifter ved slike sentra har vært store (sett i relasjon til solopraktikeren på hjørnet som har klart seg uten hjelp fra kommunen.

Derfor er det viktig at man med strammere økonomiske rammer i -80 årene ser i øynene at kommunene vil

Det kommunale «Legesenteret i Kongsteinsgt.», Stavanger — et eksempel for andre?

være svært interessert i at kapital og driftskostnadene ikke blir for store ved de helse- og sosialsentra som skal bygges i framtiden.

Stavanger.

I 1980 besluttet Stavanger kommune å satse på et mindre kommunalt legesenter med to leger + hjelpepersonell. Kontoret ble opprettet i et eldre bygg som ble rehabilitert for formålet og det ble kjøpt utstyr for ca. kr. 270.000,- Legesenteret i Kongsteinsgt. åpnet 19.01.81.
Totalarealet er på bare ca. 100 m^2 og inneholder venterom, resepsjon, laboratorium, undersøkelsesrom, to legekontorer, pauserom og toaletter. Arealet er lite, men lokalene fungerer tilfredsstillende.
Det er plassert i 2.etasje (uten heis) hvilket er et opplagt draw back. Dette forsøkes kompansert med besøkstjeneste til pasienter som har vansker med trappegang, og et nært samarbeid med hjemmesykepleien.
Hjelpepersonellet, 1 sykepleier og 1 sekretær er etterhvert blitt delvis opplært i hverandres arbeid

slik de i nødsituasjon kan overta for hverandre.

I 1. etasje av samme bygg ligger helsestasjonen som betjener samme området som legesenteret primært skal dekke.

Det er forutsatt at legene skal arbeide inntil 15 timer pr. uke i forebyggende helsearbeid (helsestasjonstjeneste, skolehelsearbeid og sosialmedisinsk arbeid i samarbeid med sosialkontor og hjemmesykepleie). Den øvrige tid medgår til vanlig kurativt arbeid.

Ideal/målsetting.

Man har først og fremst sett det som et ideal å være et lokalt bydelslegesenter for østre bydel med et spesielt ansvar for den del av befolkningen som fra før av ikke har hatt et tilfredsstillende primærhelse tilbud, deriblant eldre og uføre.

I så stor utstrekning som mulig har virksomheten fulgt "LEON" prinsippet. Mindre kirurgiske inngrep utføres, laboratorietjenester og EKG undersøkelser gjøres der hvor det finnes indikasjon og kompetanse hos legene, psykoterapi også i familie/gruppe sammenheng brukes. Det er lagt vekt på at pasientene får rimelig tid hos legene, og at dette individualiseres. Man setter ikke opp fler pasienter på timelisten enn at man klarer øyeblikkelig hjelp kasus innimellom (som ellers i en bypraksis ofte kun har legevakten å henvende seg til).

Kapasitet.

Hver av legene vil normalt betjene ca. 20 - 25 pasienter daglig. Dermed vil legesenteret kunne ta hånd om c. 40 - 50 pasienter

når begge legene er tilstede samtidig. Imidlertid vil den ene av legene drive forebyggende helsearbeid i 3 av 5 dager slik at det da er kun 1 lege på selve legesenteret. Dette har vist seg gunstig, da det ellers kan bli temmelig hektisk for hjelpepersonalet. Man har derved også muligheten for å benytte vekselsvis de to legekontorene, slik at effektiviteten øker. Arealet på ca. 100 m^2 blir derved godt utnyttet også med bare 1 lege, og man får en god utnyttelse av hjelpepersonellet også i denne tiden.

I løpet av det første året legesenteret var i drift, hadde man i alt ca. 6000 konsultasjoner fordelt på ca. 2700 pasienter. Antall konsultasjoner vil bli større i et "normalår" - dvs. etter at innkjøringsperiode med blant annet oppbygging av pasientklientell er over, og de tre første uker av året kommer med.

I 1981 arbeidet legene ca. 24 timer pr. uke i forebyggende helsearbeid. Regner man ut kapasiteten for kurativt arbeid dersom bare slik virksomhet var blitt drevet, ville man fått en totalkonsultasjonskapasitet på 8.770 pr. år, eller 4.385 pr. lege pr. år. Med 220 arbeidsdager i året vil dette gi 20 konsultasjoner pr. dag pr. lege.
Som nevnt vil et "normalår" gi høyere tall anslagsvis ca. 23 - 24 pasienter daglig, hvilket svarer til en total konsultasjonskapasitet på 10.500 pasienter årlig.

Økonomi.

Driftsutgiftene, inklusive legelønningene, er for 1982 budsjettert til kr. 642.800,- Grunnet lønnsjusteringer pr. 1/5-82 vil dette tallet bli noe høyere enn budsjettert. Husleie til kommunen er budsjettert til kr. 13.200,- for 1982, altså et meget lavt tall (beregnet av boligadministrasjonen i kommunen). Denne lave leien er bl.a. begrunnet i at lokalene er gamle, arealet er relativt lite, og eiendommen er kommunens egen.

(Avskrivning på utstyr er ikke medtatt i kommunens regnskap. Dette ville etter vanlige avskrivningsregler blitt ca. kr. 30.000 årlig, og må eventuelt tillegges utgiftssiden).

Inntektene for den kurative virksomhet er i 1982 budsjettert til kr. 360.000,- Allerede nå kan det likevel slås fast at inntektssiden her vil ligge nærmere kr. 400.000,- og dermed kompansere bl.a. for de økede lønnsutgifter. Andre uspesifiserte inntekter er budsjettert til kr. 10.000,-.

For å få et reelt budsjett, som kan gi grunnlag for sammenligninger med annen legevirksomhet og som kommunene ellers "kjøper" på det private legemarked, får legesenteret overført fra helsestasjonsbudsjettet og skolehelsebudsjettet (og får sosialmedisinsk arbeid fra sosialkontoret), de samme beløp som kommunen betaler for slik tjeneste til andre leger.
Inntektsoverføringen som derved skjer fra helsestasjonsbudsjett og skolehelsebudsjettet, gir det kommunale legesenteret en årlig inntekt som for 1982 er budsjettert til kr. 262.000,-. (Beløpet er såpass høyt fordi inngått avtale mellom Stavanger kommune og Rogaland legeforening, gir høyere praksiskompensasjon enn sentral-tariffen tilsier).

Nettounderskudd for 1982 er i henhold til dette beregnet til ca. kr. 10.000,- dvs. kr. 5.000,- pr. lege. Grunnet økt inntekt på den kurative siden, er det sannsynlig at regnskapet for 1982 endog vil balansere.

Ser man på disse tallene i samfunnsmessig sammenheng, det vil si tar hensyn til at folketrygdens utgifter til legene dersom disse drev egen privatpraksis ville vært anslagsvis til sammen kr. 100.000,- større enn de er, fordi legesenteret ikke gis anledning til å bruke takst 11, vil man komme enda bedre ut. Kommunen ville da fått et overskudd på driften i størrelsesorden bortimot kr. 100.000,- (om takst 11 ble brukt).

Konklusjon.

Resultatene ved legesenteret i Kongsteinsgt. viser at man med et opplegg som skissert med to leger, to hjelpepersonell, i et relativt billig bygg, kan drive en fullverdig praksis, med et faglig innhold som også legger vekt på de profylaktiske oppgaver, uten at dette blir en økonomisk belastning for kommunen.
Dette er oppnådd ved at man har unngått de store kapitalkostnader og høye leie som et stort, nytt helsesenter ville gitt. Utgiftene for kommunen er derfor blitt minimale, også sammenlignet med privat virksomhet. Folketrygden slipper billigere fra dette (grunnet takst 11) enn fra annen legevirksomhet. De totale offentlige utgifter er derfor mindre enn i en privatdrevet praksis.

Vi har inntrykk av at pasienter trives meget godt i vårt "lille" senter, som gir god kontakt med legene, fordi det bare er to - og er tilpasset den bydelen en primært skal dekke.
To leger er også etter vår oppfatning nok til å gi den faglige stimulering som solopraktikeren ofte savner.

Legesenteret i Kongsteinsgate bør være en modell som kan benyttes også i andre deler av landet.
Vi mener å ha vist at det både fra kommunalt og ikke minst samfunnsmessige synspunkt kan lønne seg å satse på mindre helsesentra, både utifra kommunale ønsker om økonomi, legers ønske om fastlønnsordning og flerlegepraksis, og pasienters ønsker om kontinuitet og nærhet til sine leger.

Kjell Samuelsen og
Olav Thorsen

- Det var jammen et stygt insektsbitt...!!

«Eldre på venteliste til sykehjem — en undersøkelse fra en landkommune»

Av Morten Lindbæk

1. Formål.

I mitt arbeid som turnuskandidat i Søndre Land kommune høsten 1980 foretok jeg en undersøkelse av dem som sto på venteliste til Hovli syke- og aldershjem. Kartleggingen hadde følgende formål;

- skaffe grunnlag for å prioritere plassene
- Finne uoppdagete lidelser og behandle disse
- Vurdere sosiale forhold og støttetiltak i hjemmet
- Styrke samarbeidet med hjemmesykepleien.

2. Framgangsmåte.

S.Land kommune har et sykehjem med totalt 86 plasser, hvorav 62 er sykehjemsplasser og 24 er aldershjemsplasser. Antall sykehjemsplasser tilsvarer 7,8% av befolkningen over 70 år. Den sentralt politisk vedtatte norm er 7%. Kommunen har et relativt godt utbygd system med hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Hjemmehjelpen er i mange tilfelle familie eller naboer.

I løpet av 2 måneder reiste jeg rundt 1 dag pr. uke og undersøkte pasientene. De ble undersøkt hjemme og stort sett var en av de pårørende tilstede. Undersøkelsen tok 3/4 - 1 time. Alle ble undersøkt etter samme skjema som omfattet;

Anamnese,
Sosiale forhold, grad av selvhjulpenhet, tidl. sykd. (inkl.sykeh.opphold), nåværende sykdom/plager, medikamenter, naturlige funksjoner, mental status.

Status presens;
vanlig undersøkelse med vekt på fysikalsk status, syn, tonometri og hørsel.

Oppsummeringspunkt
med konklusjon om når pas. bør ha plass.

3. Resultater.

"I alt var det 64 pasienter på ventelisten. 36 var kvinner i alderen 63-90 år med gjennomsnittsalder på 79 år. 28 var menn i alderen 66-92 år med gjennomsnittsalder 78 år. 2 døde i løpet av kartleggingen slik at 62 pasienter ble vurdert med henblikk på sykehjemsbehov. I alt fant jeg at 26 av disse hadde et umiddelbart/påtrengende behov for sykehjemsplass, 18 i somatiske sykehjem og 8 i psykiatriske. De øvrige kunne med ulike støttetiltak klare seg hjemme. 44 av de 62 pasientene ble undersøkt klinisk. De følgende resultater refererer seg til disse.

Av de 44 pasientene hadde 29 (66%) hjemmehjelp og 10 (23%) hjemmesykepleie.

De sykdomstilfellene som ble avdekket ved den kliniske undersøkelse av de 44 ventelistepasientene er ført opp i tabell 1.

Tabell 1 - sykdomstilfellene blant de 44 undersøkte vist etter kjønn og diagnosegruppe og sammenlignet med Hedmarksundersøkelsen.

Sykdomsgruppe	kvinner	menn	totalt	% med sykdomstilf.	Hedmarksus.%
skjelett/muskel	6	15	21	48	24
hjerte/kar	6	12	18	41	29
sentralnervesyst.	6	11	17	39	2
fordøyelsessykd.	6	7	13	30	9
øyensykdommer	6	6	12	27	7.5
vannlatningsplager	5	3	8	18	4
diabetes mellitus	1	5	6	14	3
luftveissykdommer	5	1	6	14	3,5
psykiske plager	5	1	6	14	2
hørselsnedsettelse	1	4	5	11	5
spes.sosiale probl.	3	1	4	9	
tumores	0	3	3	7	
hudsykdommer	1	2	3	7	

Tabell 2: Fast legemiddelbruk (eksklusive vitaminpreparater blant de 44 pasientene)

Antall pasienter	Antall faste medikamenter
8	0
4	1
13	2
5	3
7	4
2	5
2	6
1	7
1	8
1	9

4. Diskusjon.

A) Vurdering av lidelser og hjelpetiltak.

Det er viktig å understreke med en gang at undersøkelsen ikke er ment som et vitenskapelig arbeid, og resultatene må tolkes ut ifra dette. For det første er ventelisten en sammensatt gruppe, fordi grunnene til at folk står på listen er så forskjellige. Dernest er undersøkelsen for lite standardisert til å kunne holde mål vitenskapelig sett. Men det er absolutt mulig å trekke ut en del tendenser fra undersøkelsen.

Når det gjelder lidelsene og deres hyppighet, er det flere ting å bemerke. Det er stor oversykelighet i alle grupper, når en bruker Hedmarksundersøkelsen som referanse. At hver 4. pasient har glaukom og/eller cataract, er vel hyppigere enn ventet. Her må det sies at dette bygger vesentlig på anamnestiske opplysninger. Summerer vi antallet lidelser og deler på antall undersøkte, får vi et gjennomsnittstall på 2.7 diagnoser pr. person. Det vanlige er altså at nedsatt funksjon skyldes flere sykelige forhold sammen.

Av dem som ble undersøkt, fant man nye lidelser hos 8 pasienter, dvs. nesten hver 5. pasient. Dette er hyppig og indikerer at de som står på sykehjemsliste, er en utsatt gruppe. Medisinforbruket er relativt høyt, med over 40% av pasietene som har 3 eller flere faste medisiner. At dette gir praktiske problemer i dagliglivet med feildosering etc. er sannsynlig. Det er grunn til å understreke at en bare kan peke på enkelte tilfelle av overmedisinering ut ifra en rent medisinsk vurdering.

I kommunen har en et relativt godt utbygd system med hjelpetiltak i hjemmet. Men det er grunn til å peke på at dette ikke er godt nok alene. Kontakten mellom hjemmesykepleie/hjemmehjelp og legen er ikke like god når det gjelder alle pasientene. Legen kan ikke gjennom sykepleiesjefen beholde oversikten over den enkelte, spesielt når det går over lengre tid. Og de fleste står på venteliste i lang tid, måneder, av og til år.

Det er grunn til å nevne at det ytes betydelig ekstra hjemmehjelp ubetalt i tillegg til de timene den enkelte har fått tildelt. Av 29 som mottok hjemmehjelp var det 8 pas. som "fikk" mer enn 20 timers hjemmehjelparbeid gratis pr. uke. Dette er muligens spesielt for en landkommune, siden det ofte er bekjente eller naboer som gjør hjemmehjelpsjobben.

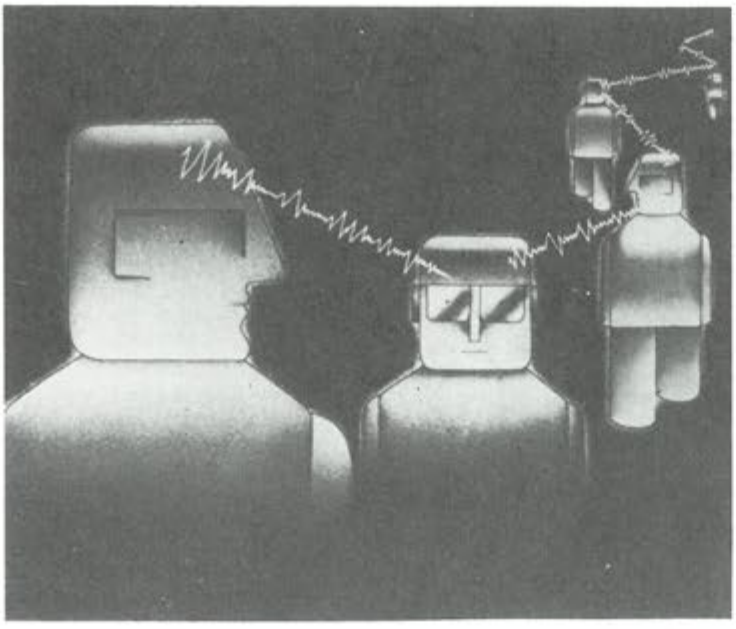
Som en konklusjon på disse punktene, kan en si at pasientene på venteliste er en utsatt gruppe. De fleste står på venteliste i lengre tid og bør i denne tida ha en eller annen oppfølging. Et forslag kan være at pasienter som har stått en viss tid på venteliste, f.eks. 3 mndr., skal undersøkes grundig av lege. Dette vil også være en stor hjelp for hjemmesykepleien som skal ha den videre oppfølging i mange tilfelle. Det vil også lette prioritering av plassene.

B) Vurdering av sykehjemsbehovet.

Når vi legger sammen antallet sykehjemsplasser (alle besatt) med det behovet en har funnet i undersøkelsen, og trekker fra de som kom inn i løpet av perioden, får en fram nettobehovet for sykehjemsplasser pr. 1.12.81.
Dette tallet blir da 12% av befolkningen over 70 år i kommunen, og dette ligger langt over den fastsatte normen på 7%. Tallet er naturligvis usikkert utifra de overnevnte faktorer, men at behovet ligger over 7% synes sikkert. Dette ble presentert på et legemøte på Gjøvik, og de tilstedeværende almenpraktikere var enige i denne vurderingen.

Kriteriene for sykehjemsbehov var følgende ved vurderingen. For det første de hjelpeløse som ikke kan kle seg, vaske seg eller mate seg selv. Ved de mentale lidelsene er det også hjelpeløshet i vid forstand som er kriteriet - men uro, vandrelyst og forvirring hører med i bildet. For det andre er det sykdommer hvor det kreves sykepleierinnsats utover det sykepleier alene i hjemmesykepleien kan makte. Det er vanskelig ut ifra dette materialet å kunne vurdere hvordan behovet hadde vært med en større innsats av hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Det er et stort misforhold mellom den offisielle norm og det reelle sykehjemsbehov. En årsak til at behovet har økt, kan være at befolkningsstrukturen har endret seg siden normen ble vedtatt. Dette blir dokumentert av Peter F. Hjort i Tidsskrift for



den norske lægeforening nr. 30/79 hvor han påviser at gruppen over 70 år øker raskt, og at andelen over 80 år vil øke forholdsvis mer. Konklusjonen blir at sykeligheten vil øke relativt i gruppen over 70 år. Behovet for sykehjemsplasser vil bare av denne grunn øke i årene som kommer. Foreløpig ser det ut til at politikerne lukker øynene for denne utviklingen.
Konklusjonen blir at denne normen bør økes.

C) Avlastning og opptrening - en ny oppgave for sykehjemmene?

Ved Hovli sykehjem har man de siste årene lagt seg på en mer aktiv linje i behandlingen. Man har opprettet avlastningsplasser, dvs. korttidsopphold 2-4 uker der sykehuset eller hjemmet avlastes. Man kan da få vurdert pasienten godt og kan gi såpass intens opptrening at vedkommende kan fungere hjemme en tid igjen. For pasientene blir dermed Hovli en aktiv institusjon som ikke er siste stasjon for døden. For de pårørende kan det bli en hardt tiltrengt avlastning som kan gi nye krefter. I noen tilfelle kan f.eks. 2 opphold på 1 mnd. pr. år bety at de pårørende kan ta på seg ansvaret for pasienten mye lengre, nettopp fordi de vet at de kan få avlastning. Det kan også lette overgangen til permanent sykehjemsopphold. En slik aktiv linje vil opplagt være faglig sett mer utfordrende for personalet.

Til slutt er det grunn til å peke på den relativt store andelen senil demente, ca 25% av dem som har behov for sykehjemsplass. Dette er en gruppe som faller mellom flere stoler i praksis. Formelt hører de under det psykiske helsevernet, men reelt blir de sykehjemmenes ansvar før eller siden. Der opptar de plasser som egentlig var ment for andre. Hvordan dette problemet skal løses, blir mye diskutert. I Oppland blir dette forsøkt løst med å bygge et svært sentralhjem for senil demente et sted ute i periferien av fylket. Dette forslaget har møtt mye motstand av flere årsaker, ikke minst utifra pasientenes interesser.
En vet at utvikling av demens og funksjonssvikt p. gr.av demens er avhengig av miljø. Når avstanden til pårørende og kjente omgivelser øker, vil dette virke i negativ retning. Og et svært sentralhjem vil lettere få karakter av oppbevaring. Et forslag som nok vil få stor oppslutning er å bygge egne, mindre avdelinger for senil demente på hvert enkelt sykehjem. Dermed kan de fungere sammen med de mentalt friske pasientene og være langt nærmere sine pårørende med større muligheter for kontakt.

Jeg vil takke dr. Bekkhus, Hov og dr. Fuggelli, Inst. for almenmedisin for råd og kritikk i forbindelse med artikkelen.

ÅRSMELDING
FORUM FOR ALMENMEDISIN I BERGEN, HØST 1981, VÅR 1982

Det har vært avholdt 7 møter. Møtested: Studentsenteret. I høstsemesteret var møtene lagt til tirsdager, men fra nyttår-82 har møtene igjen vært holdt hver 1. mandag i måneden, i henhold til opprinnelig møteplan.

Septembermøtet var konstituerende møte med valg av styringsgruppe. Styringsgruppen har bestått av 4 medlemmer: Ove Lind, Kjell Haug, John Leer, Synnøve Grønn og 1 varamann: Jorunn Mellingen. Styringsgruppens mandat og oppgave fremgår av tidligere utsendt referat fra konst. møte. Styringsgruppen har avholdt ett eller flere møter i forbindelse med hvert forummøte. Styringsgruppen valgte Ove Lind som leder. Han har nå imidlertid meddelt at han trekker seg fra videre arbeid i styringsgruppen.

Forummøtene har i store trekk hatt samme form som tidligere: Innledning om ett eller flere fagemner ved almenpraktiker. Diskusjon. Kaffepause. Aktuelle saker av faglig og fagpolitisk art. I vårsemesteret har vi konsentrert den første delen om et bestemt organområde. Vi har inntrykk av at dette har fungert bra og velger å fortsette med dette møteopplegg videre.

Møtene er godkjent som kurs av kurskomitéen i Hordaland legeforening.

Deltagelsen på møtene har vært god: Septembermøtet -81: 20 deltagere,
oktober: 26 deltagere,
november: 23 deltagere,
desember: 13 deltagere,

februar-82: 31 deltagere,
mars: 25 deltagere og
mai: 19 deltagere.

På møtet 3.5.82. ble statuttene for forum vedtatt i henhold til det tidligere utsendte forslag.

Også dette året har forummøtene syntes å være gode, det har vært fin aktivitet på møtene og bra oppslutning.

Det har vært lagt særlig vekt på prinsippet om at de faglige innledningene skal være ved almenpraktiserende leger. Hvor vi har funnet det formålstjenelig, har spesialist i et aktuelt fagområde vært invitert til møtene for å delta i diskusjonen. Ideen med emnesemestere har fungert fint.

Styringsgruppen har i hovedsak fulgt sitt mandat og løst de oppgaver den ble pålagt. Imidlertid har styringsgruppen ikke klart å gjennomføre ideen om å opprette fast kontakt med UTPOSTEN og få forums møter referert her. Neste styringsgruppe bør forsøke å gjennomføre dette. Som en oppstarting sendes årsmeldingen til UTPOSTEN med anmodning om at den blir publisert der.

På siste møte i styringsgruppen før sommerferien ble det utarbeidet møteprogram for høstsemesteret. Dette vil bli presentert på septembermøtet.

Kleppestø, 16 aug. 1982

John Leer
ref.

Referat fra APLF' dagene 11-13.11 1982

Av Martin Holte

Resyme: APLF-dagene som skulle stå i videre- og etterutdannelsens tegn (valg på fagutvalget) men som ble mer fagpolitisk enn noen gang tidligere - grunnet lovforslaget til Are Løken vedrørende medlemsparagrafen i APLF's lover og debatten omkring kommunehelsetjenesteloven (driftstilskuddet).
Valg av fagutvalget var siste post på programmet og igjen satt en håndfull desillusjonerte almenpraktikere.
En blomst til formannen Jan Otto Syvertsen for en kløktig møteledelse.

11. november
ble landsmøtet avholdt i en positiv atmosfære. I tur og orden gav alle landsrådsrepresentanter et kortfattet resymé av siste års lokalaktivitet. Det var gledelig å legge merke til en generell økning av både det faglige og det fagpolitiske engagement på lokalplanet. Dette er en utvikling vi alle ønsker skal fortsette i aksellererende tempo i de kommende år.
Det var blandede synspunkter på den allerede vedtatte kommunehelsetjenesteloven, spesielt kapitelet vedrørende driftstilskuddet ble debattert. De fleste gikk inn for 20% driftstilskudd.
Generalplanen for almenmedisin ble også nevnt men denne var til behandling på landsrådsmøtet juni 82 og den var også oppsatt som egen sak på denne generalforsamlingen.
Ut over dette med listesystem så ble Generalplanen stort sett positivt mottatt.

Roar Berg's (Vestfold) utrettelige arbeid vedrørende representasjon av almenpraktikeren i de kommunale

utvalg som planlegger helse- og sosialtjenesten i kommunene har båret frukter. Han fremmet saken på APLF's generalforsamling i 1981. Han kunne referere til at i flere kommuner i Vestfold var almenpraktikeren nu representert.
Andre landsrådsrepresentanter kunne referere lignende representasjon.

Et uhyre viktig moment slik at almenpraktikeren blir i stand til å ivareta sine interesser innenfor de politiske organer.

I de forskjellige fylkene er engagementet vedrørende videre- og etterutdannelsen som sagt stigende men varierende. Spesielt må nevnes den sterke økning i kurstilbudene i Sogn og Fjordane hvor Kjell Kjørlaug har gjort en fin jobb.

Etter referatrunden trakk landsrådet seg tilbake til sitt valgkommite-arbeide. Forslag til nytt fagutvalg skulle utarbeides.

12. nov.
Den tradisjonelle kursdagen blandt APLF' dagene omhandlet i år Storbyens helse- og sosialproblemer, hvor hovedtemaene var: eldreomsorg, invandrerproblematikk og stoffmisbruk.
Et givende, illustrativt og godt kurs. Det burde bare vært flere kursdeltagere.

13. nov. Generalforsamlingen.
Til tross for grått høstvær møtte APLF'ere fra fjern og nær hele 98 stemmeberettigede, mange med skarpt debatantglød i blikket. Litt spent og trykket atmosfære?

Formannen Jan Otto Syvertsen hilste Generalforsamlingen velkommen og gav ordet direkte til Magne Moe fra Norsk Medisinaldepot til utdelingen av NMD's forskningspris på hele 15.000 kr. til legene Olav Elløen og Arne Sandvik fra Saltdalen, for deres forskningsarbeide omkring akutt porfyri. Denne prisen er en fin inspirasjonskilde til økende forskningsaktivitet i primærhelsetjenesten.

Are Løken ba så om Generalforsamlingens tilslutning om å endre sakslisten hvis det skulle bli tidsknapphet, hvilket det var full enighet om.
De første punktene i årsberetningen ble hurtig og effektivt behandlet, bare spredte kommentarer fra salen.
Vedrørende medlemsskap ble det tatt opp 2 punkter. For APLF's medlemmer er det anledning til å abonnere på styrereferater. Det er også utarbeidet en informasjonsfolder om APLF som er tenkt brukt til verving. Alle landsrådsrepresentanter vil få denne tilsendt.

Spent var referenten på pkt. 9B: Revisjon av normaltariffen. Et punkt som ved tidligere generalforsamlinger har båndlagt vesentlig tid. Denne gang passerte normaltariffen glatt igjennom uten en eneste kommentar. Forklaringen på denne manglende reaksjon fikk vi under pkt. 9K - ot.prop. 66 - Lov om helsetjenesten i kommunene. Før vi fortaper oss i denne diskusjonen så skal nevnes at Generalforsamlingen var enig og støttet opp om

et Norsk selskap for almenmedisin (skal stiftes i februar 1983).

Tilbake til ot.prop. 66. Her opplevde vi en massiv motstand mot en lov om primærhelsetjenesten, en lov som vi har ropt høyt etter i alle år.

Motstanden samet seg spesielt omkring oppgjørsformen med driftstilskudd og særlig de vedtatte 40%.
Man mente at 20% klasseløst var rimelig - et nivå som lægeforeningens forhandlingsutvalg hadde gått inn for, men som ikke fikk gehør i de politiske organer.
Presidenten i Den norske lægeforening, Harald Hauge, fortalte at forhandlingsutvalget hadde hatt store vansker med å ro iland driftstilskuddet på 40%, men at DNLF hadde mange trumfkort på hånden i de gjenstående forhandlingene, kunne presidenten berolige Generalforsamlingen med.
Videre utspilte seg en debatt som lignet meget på tidligere normaltariffdiskusjoner bare at den kom i en ny versjon. Enkelte trakk også inn faglige aspekter hvor det ble nevnt at driftstilskuddet ville resultere i en svekkelse av almenmedisinens innhold.
Utover driftstilskuddet ble også myndighetens kontrollmuligheter gjennom ot.prop. 66 debatert.

Ved fremtidig praksisoverdragelse ble det nevnt at det vil bli arbeidet etter en innstillingsmodell hvor kommunen velger blant de 3 beste. Hvilken faglig instans som skal instille er vel ikke ennu i detalj planlagt.
Det gjenstår også diskusjoner vedrørende økonomisk oppgjør omkring praksisoverdragelse. Det sannsynlige er vel et fast takstsystem.

De andre punktene i årsberetningen forløp udramatisk, likeledes regnskapet ut over at det ble vedtatt at årskontingenten for APLF ble heves fra kr.300,- til kr. 350,- og øremerkes til fagutvalgets fremtidige arbeid.
Spenningen i salen var til å ta og føle på da sak 4B, lovendringsforslaget til Are Løken ble tatt opp til behandling.
Essensen i lovendringsforslaget §2 medlemsparagrafen var at kun privat almenpraksis kunne kvalifisere til medlemsskap i foreningen. Man ville altså utelukke bl.a. alle offentlige ansatte almenpraktikere.
Konsekvensen av dette ble diskutert i forrige utgave av Utposten (nr. 5-6).
Forslagsstilleren begrunnet sitt synspunkt bl.a. ut i fra den oppfatning av at det blant APLF's medlemmer er så totalt divergerende fagpolitiske synspunkter at de ikke er forenlig under ett tak.
Man ønsket altså å danne en "renere" forening for kun privatpraktiserende almenpraktikere (man tenkte seg vel en slags husrengjøring).

Det utspant seg en heftig men saklig debatt som ble ledet av en kløktig hånd fra formannen Jan O. Syvertsen. Det var ikke mange som misunte han jobben med å holde debattantene i tømmene.
Forslaget falt med 52 stemmer (75 imot og 23 for).
De fleste pustet lettet ut.

Sak 4A - styrets lovendringsforslag ble vedtatt uten debatt.

Under sak 3 - Generalplanen for almenmedisin - begynte deltagerne etter hvert å forlate møtesalen.
Arne Ivar Østensen gav en konsentrert saksfremstilling.
Diskusjonen var fortsatt livlig og et hovedtrekk i debatten var skepsis mot det foreslåtte listesystemet. Det ble derfor vedtatt å arbeide i første omgang for et prøveprosjekt med listesystem.
Benkene ble bare mer og mer gjennomsiktige og da dagens egentlige hovedtema, sak 5 - Valg på fagutvalget ble lagt frem til behandling så satt det kun en håndfull noe desilusjonerte "tordenskjolds soldater" tilbake.

Alle de fyndige ord om faglig interesse som falt fra de ivrige debattanters skarpe strupe tidligere på dagen var plutselig forsvunnet. Tilbake var en slags tomhet - var de kanskje ikke så faglig interessert likevel??
Dog var alle de gjenværende enig om at det ble valgt et friskt og godt **fagutvalg** med følgende sammensetning:

Dag Pedersen, Skien
formann
Wenche Tellstad, Spjelkavik
Jo Telje, Vinstra
Terje Johannessen, Trondh.
(ny)
Lars Moe, Oslo (ny)
Ole Bjørn Herland, Siljan
(vararepr.)
Per Morten Ohnstad, Bergen
(vararepr.)

Alle ønsket fagutvalget lykke til med det kommende arbeidet.

Ca. kl. 18.30 ble møtet hevet og kl. 19.00 skulle mange stille stivpyntet på årsfesten - man opplevde en ikke uvanlig tidsknapphet. Mange valgte å avslutte APLF-dagene ved årsfesten i Oslo Militære samfunn som dannet en fin ramme rundt den siste begivenheten ved APLF-dagene i 1982.
Her flommet det nesten over av hyggelige og noe svulmende hilsningstaler - bare den fra bedriftslegeforeningen savnet vi, men dette uheldige forhold blir vel rettet på til neste år.
Enn om man utvidet invitasjonen.

Under middagen ble Jakob Prytz hedret av formannen for sin sterke innsats som fagutvalgets formann de siste 3 år. Han mottok APLF's hedersbevisning - en flott glassugle.
Det var en trivelig og hektisk avslutning på de tre hektiske dagene.

"Actually, lunch was at noon, but I suppose I could still scratch something together."

Referat fra lægeforeningens kurs for kurskomitemedlemmer

v/ Terje Johannessen

Lægeforeningen inviterte denne gang til møte på Gol. Samlet var representanter fra kurskomiteer i hele landet. Første del av møtet ble viet utviklingen av faget almenmedisin.

Lars Lindholm orienterte om den svenske spesialistutdannelsen i almenmedisin. Særlig kom han inn på arbeidet med å utdanne veiledere i almenmedisin. Det er klart at vi på norsk side vil kunne dra nytte av de erfaringer som svenskene har gjort. Imidlertid er det fundamentale forskjeller i oppbygningen av det svenske og norske helsevesen. Dette gjør at vi må velge våre løsninger.

Jacob Prydz redegjorde for arbeidet til utvalget som har utredet almenmedisin som full spesialitet. Dette utvalget har nå avsluttet sitt arbeide og deres forslag skal ut til høring. Så blir det opp til Landsmøtet i Lom om vi i Norge skal ha spesialiteten almenmedisin fra 1984.

Fra kurskomiteene må dette bli en utfordring. Både koordineringen av kurs, å gi et mere helhetlig kurstilbud og prioritering av kurs i almenmedisin, vil kreve en videreutvikling av de tilbud vi har idag. For å få dette til må vi ha almenpraktikeren aktivt med i undervisningen.

Arne Ivar Østensen tok opp de vansker vi har med å få engasjert almenpraktikerne til undervisning. Han påpekte at vi alle driver som pedagoger. Vi gir undervisning til den enkelte pasient, for familier og for grupper. Almenpraktikere i nærheten av Universitetene er engasjert i undervisningen av medisinske studenter. Problemet er ofte hvordan en skal få med seg almenpraktikeren i undervisningen i kurssammenheng. Hvordan bryte "lydmuren"? Han reiste spørsmålet om vi er for kritiske overfor våre egne.

Er det dette som gjør at almenpraktikeren er skeptisk til å foredra for sine kolleger? Er det frykten for Janteloven? Det er helt klart at kurskomiteene må forsøke å gi større ansvar til de almenpraktiserende leger. Det må satses på egne krefter i kurssammenheng. Det er tross alt vi selv som kjenner til hvilke problemer vi daglig møter. Sykehuslegen står i en helt annen situasjon når han møter pasienten. Problemene må derfor belyses slik vi møter dem. Kurstilbudet må være differensiert. Vi vil fortsatt trenge hjelp fra våre sykehuskolleger, men kanskje i mindre grad enn hva tilfellet er idag.

Harald Siem innledet til diskusjon om grensedragninger overfor våre spesialistkolleger. Arbeidsmarkedet strammes til også for legene. I alle faggrupper ser man en tendens til å ta på seg oppgaver som en tidligere hadde overlatt til andre. Konflikter truer. Kjell Johansen poengterte i denne sammenheng betydningen av det arbeide som var lagt ned i konkrete beskrivelser av grenseoppganger overfor en rekke spesialiteter. De gir en definisjon av vårt fag og vil kunne ha betydning i planleggingen av helsetjenester. Den nye loven om distriktshelsetjenesten åpner i følge Siem for en ny giv til almenpraksis. Bl.a. vil kommunene nå bli pliktige til å medvirke i videre- og etterutdannelsen. Kommunene skal sørge for at vi får den påkrevede videre- og etterutdannelse.

Det er foreløpig ikke utarbeidet forskrifter. En obligatorisk utdannelse i almenmedisin ville klart definere hva som er påkrevet. En ikke obligatorisk videre- og etterutdannelse vil i langt større grad åpne for vilkårlighet. Under diskusjonen kom det klart fram at ikke alle delte Siems store optimisme. Men det var enighet om at vi her har en lov som gir oss store muligheter.

Steinar Westin orienterte om problemserien i Utposten. I diskusjonen var det en gjennomgående positiv holdning til denne typen problemoppgaver. Videreutvikling av denne ideen synes å være en vei å gå i videre og etterutdannelsen. Kan hende er det mulig å bruke dette systemet i kvalitetskontrollen av almenpraksis og i utviklingen av "medical audits".

Wenche Telstad innledet til diskusjon om kurskomiteenes forhold til industrien. Det ble en meget livlig diskusjon, men det står fortsatt fast at en her skal føre en sterkt restriktiv linje.

Oppsummert ga dette møtet klar beskjed om at vi står overfor et stort og viktig arbeide med utviklingen av spesialiteten almenmedisin. Kurskomiteene må i større grad forsøke å satse på egne krefter. Det er vi selv som skal forme faget almenmedisin.

Medical Couriers

Green Glove Garden Club
West Chicago, Illinois

Stiftelsesmøte for Norsk selskap for almenmedisin

17. februar 1983 kl. 14.00–20.00,
Medicinsk Selskap, Drammensveien 44, Oslo

kl. 14.00–16.00 **Stiftelse av Norsk selskap for almenmedisin**
a) Formålsparagraf
b) Lover
c) Budsjett
d) Valg på styre
e) Eventuelt

kl. 16.00–17.00 **Spisepause: Lapskaus m/ mineralvann/ øl/ kaffe (kr. 80,-)**

kl. 17.00–20.00 **Faglig møte**
a) Den gamle pasient og almenpraktikeren (Olav Rutle)
b) Hvorledes utdanne veiledere for kommende spesialister i almenmedisin? (Jacob Prytz)
c) Skader og forebyggende arbeid i en kommune (Gunnar Tellnes)

De som vil være med på bespisningen må melde seg innen tirsdag 15. februar til Christian F. Borcrevink, Institutt for almenmedisin, Fr. Stangsgt. 11–13, Oslo 2 (tlf. 56 37 80).

Herman Anker **Chr. F. Borcrevink** **Per Wium**

Aage Bjertnæs
Eli Berg Bratlie
Anders Forsdal
Ole Bjørn Herland
Tharald Hetland
Martin Holte
Kjell Johansen
Tore Koksvik
Ivar Rosenberg
Hans Petter Schjønsby
Jan Otto Syvertsen
Dag Søvik
Bjørn Tansem
Jo Telje
Arne Ivar Østensen

POSSIBILITIES

Almenpraktikerstipendene

En 5 års betraktning

Av Per Fugelli, Almenmedisinsk Forskningsutvalg

INNLEDNING

På fellesmøte for de almenmedisinske institutter i Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim i desember 1975 ble det vedtatt å prøve å opprette et stipendium for almenpraktiserende leger som i forbindelse med forskning og/eller undervisning ønsker å knytte seg til et av de almenmedisinske institutter i kortere perioder, anslagsvis 1-6 måneder.
Denne tiden er tenkt brukt til å arbeide med egne forskningsprosjekter, sette seg inn i undervisningsmetoder eller drive med fagutvikling på andre måter.

Den norske lægeforenings sentralstyre behandlet i møte 17/11-76 søknad om stipendium for almenpraktikere og fattet i samsvar med Fondsutvalgets innstilling følgende vedtak:
"Sentralstyret bevilger instituttene i almenmedisin i Oslo og Bergen og institutten i samfunnsmedisin i Tromsø og Trondheim et almenpraktikerstipend for ett år med kr. 105.612,- - (tilsvarende lønnstrinn 22 + 17% sosiale utgifter). Det utarbeides in instruks for denne stipendiatstilling. Instruksen vedtas av Sentralstyret".

I 1982 ble ordningen utvidet til to stipender, slik at Almenmedisinsk Forskningsutvalg nå kan dele ut 24 stipendmåneder årlig. Stipendene blir utlyst i Tidsskriftet to ganger årlig.

Ved vurdering av søknadene har utvalget lagt vekt på følgende prinsipper:

1. Førsterett skal gis til almenpraktikere som arbeider med lokale prosjekter.
2. Fortrinn skal gis til undersøkelser med et klart almenmedisinsk preg.
3. Over tid skal man tilstrebe en rimelig geografisk fordeling.

I håp om å stimulere kolleger til å benytte seg av almenpraktikerstipendene skal jeg på vegne av Forskningsutvalget og Instituttene beskrive erfaringene til nå. Min redegjørelse blir gitt i to deler.
Først kommer en oversikt som kort omtaler de personer og prosjekter som har fått støtte.
Dernest følger en vurdering av ordningen.

STIPENDIATER, PROSJEKTER, PUBLIKASJONER.

Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Dette instituttet har hatt 7 almenpraktikerstipendiater.

Almenpraktiker Ivar Aaraas, Tromsø, arbeider med en operasjonell analyse i egen praksis med særlig vekt på timebestillingssystemer. Prosjektet er publisert i Tidsskriftet (1).

Distriktslege Jan I. Kvamme, Alta, hadde stipend for å granske problemer ved hypertoni-behandling i almen praksis.

Avhandlingen ble ble godkjent for den medisinske doktorgrad høsten 1981 (2).

Distriktslege Olav Eldøen, Saltdal, kartla forekomsten av porfyri i sitt distrikt og utarbeidet forslag til forebyggende tiltak. Prosjektet er beskrevet i Tidsskriftet (3).

Almenpraktiker Anne K. Rom, Tromsø, studerte ammefrekvensen ved tre helsestasjoner i Tromsø. Også denne undersøkelsen er publiser i Tidsskriftet (4).

Almenpraktiker Eigil Thorsen, Tromsø, har sammen med kolleger i en gruppepraksis samlet et materiale for å belyse sammenhengen mellom cystittsymptomer og gonoré. Prosjektet er med det første klart til publikasjon.

Distriktslege Knut Holtedal, Tromsø, bearbeider for tiden undersøkelsen "Kreftens faresignaler - har de noen verdi?" I tillegg analyserer han et helsestasjonsmateriale over barn som viser dårlig vektøkning.

Almenpraktiker Elise Klouman Bekken, Tromsø, er i ferd med å sluttføre en kartlegging over yrkesmedisinske problemer blant punche- og data-operatører.

Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim.

I Trondheim har det vært 9 stipendiater.

Distriktslege Magne Svaland, Åfjord, hadde stipend for å planlegge en kartlegging av helsetjenesteforbruket i sitt distrikt.

Almenpraktiker Aage Bjertnæs Trondheim, har arbeidet med to prosjekter vedrørende pasientinformasjon. To artikler er nå under sluttføring, beregnet på Tidsskriftet. Bjertnæs har også, i samarbeid med AV-avdelingen ved Universitetet i Trondheim, laget 9 videofilmer til bruk i medisinsk undervisning.

Almenpraktiker Martin Holte, Trondheim, har gjennomført en undersøkelse av "Ikke-medikamentell behandling ved grenseblodtrykk/lett hypertensjon". Manuskriptet er under utforming, beregnet på Tidsskriftet.

Distriktslegene Terje Thomassen og Johan F. Krohn, Leksvik, brukte sine stipender til å bearbeide en studie over nytten av helsekontroll for eldre. Thomassen ble i 1981 beløn-

net med Trøndelag Medicinske Selskaps 1. pris for publikasjon i det nystartede Scandinavian Journal of Primary Health Care (5).

Distriktslege Ola Lilleholt, Rindal, har undersøkt forekomsten av bindevevssykdommer i Rindal og Surnadal i perioden 1975-1980. En artikkel om de teoretiske sider ved emnet skal publiseres i ovennevnte tidsskrift (6).

Distriktslege Arthur Hertzberg, Røros, bearbeider for tiden en studie over "Den prognostiske betydning av holdningsavvik og feilfunksjon i ryggen hos skolebarn med henblikk på senere sykelighet generelt og spesielt sykelighet i bevegelsesapparatet".

Distriktslege Øystein Krüger, Hammerfest, gjennomfører 2. halvår 1982 prosjektet "Effekten av informasjon på gravide kvinners røkevaner".

Bedriftslege Kristian Midthjell, Verdal, holder på med en større undersøkelse om "Diabeteskontroll i almen praksis".

Institutt for almenmedisin, Universitetet i Bergen.

Det har vært 3 almenpraktikerstipendiater ved dette instituttet.

Steinar Westin har hatt stipendium for å analysere de medisinske følger av en bedriftsnedleggelse i sitt distrikt (7).

Almenpraktiker Svein Z. Bratland, Dokka, benyttet sitt stipend til å utrede bruk av ultralyddiagnostikk i almen praksis.

Almenpraktiker Kjell Johannessen, Bergen, holder på med en omfattende analyse av den akutte primærlegetjenesten i Bergen. Den første delrapport er nylig publisert(8).

Institutt for almenmedisin, Universitetet i Oslo.

Det har vært 10 almenpraktikerstipendiater ved dette instituttet.

Bydelslege Per Wium, Oslo, fikk stipend for å bearbeide undersøkelsen av distriktslegers arbeids- og fritidsforhold i 1977. Resultatene er presentert i Tidsskriftet (9).

Distriktslege Harald Siem, Aukra, brukte sin stipendtid til å sette seg inn i statistisk beslutningsteori og medisinsk sosiologi med særlig henblikk på å få frem disse fagenes anvendelighet innenfor almenmedisinen. Han utformet bl.a. et undervisningsopplegg i "Den diagnostiske beslutningsprosess" og arrangerte et kurs i medisinsk sosiologi.

Distriktslege Nils Johnsen, Nes i Ådal, bearbeidet som almenpraktikerstipendiat et omfattende sykebesøksmateriale. Prosjektet er presentert gjennom to artikler i Tidsskriftet (10, 11).

Distriktslege Ole B. Herland, Siljan, brukte sitt stipend til to gjøremål. Han laget en utredning om "Almenmedisin som fullverdig spesialitet" (12). Denne ble belønnet med førstepremie ved Aplf's prisoppgave om samme emne. En forkortet utgave av besvarelsen er under utarbeiding, beregnet på Tidsskriftet. Herland laget også et evalueringsopplegg for den distriktstjeneste (utplasseringsmåned) Oslostudentene begynte med i 1982.

Almenpraktiker Anders Smith, Oslo, anvendte stipendiet til å planlegge et EDB-basert opplegg for "community diagnosis" i en bydel i Oslo sentrum.

Almenpraktiker Per S. Steinsvoll, Otta, bearbeidet en analyse av egen praksis med særlig vekt på forekomsten av uklare medisinske problemer. Prosjektet er publisert i Tidsskriftet (13).

Almenpraktiker Ivar Aaraas, Tromsø, sluttførte i stipendtiden en studie av tidsbruken på almenpraktikerens kontor. Også denne undersøkelsen er presentert i Tidsskriftet (14).

Almenpraktiker Jacob Prytz, Horten, brukte sitt stipendium til å utrede video som redskap i videre- og etterutdanningen av almenpraktikere. Han foretok i den anledning en studiereise til USA. Arbeidet er publisert i Tidsskriftet (15).

Almenpraktiker Petter Dvergsdal, Bærum, har hatt stipend for å utvikle EDB-rutiner for journalføring, regnskapsopplegg m.m. i almenpraksis.

Lege Erik Solberg, Oslo, har for tiden stipend for å utarbeide en bibliografi over norsk almenmedisinsk forskning i perioden 1950-1982.

VURDERING AV ORDNINGEN HITTIL.

Almenpraktikerstipendene har hatt betydning på følgende områder:

1. Forskning
2. Undervisning (grunn- samt videre- og etterutdannelse)
3. Styrking av det almenmedisinske fag
4. Styrking av miljøet ved instituttene

Forskning

Det vil gå frem av oversikten foran at stipendene i det alt vesentlige er brukt til å planlegge eller bearbeide forskningsprosjekter fra egen praksis. Desse sprer seg mangfoldig på de tre hovedområder for almenmedisinsk forskning:

Epidemiologiske studier

(Eksempler er Eldøens porfyriundersøkelse fra Saltdal og Westins studie "Når sardinfabrikken nedlegges").

Klinisk forskning

(Eksempler er Kvammes og Holtes prosjekter, knyttet til hypertensjonsbehandling i almenpraksis).

Operasjonelle undersøkelser

(Eksempler er Nils Johnsens studie av legevaktsordningen Aaraas' kartlegging av arbeidsrutiner på kontoret

samt Steinsvolls praksisanalyse).

I de 5-6 årene ordningen har eksistert har stipendene muliggjort om lag 25 forskningsprosjekter hvorav de fleste fra egen praksis. Dette er verdifullt ettersom det er en rekke viktige almenmedisinske emner som bare kan belyses ved stedlige studier i egen praksis eller eget distrikt. Den enkelte almenpraktiker/ distriktslege kan vanskelig klare slike undersøkelser alene, uten hjelp fra og ofte opphold ved instituttene. I så henseende har almenpraktikerstipendene vist sin klare berettigelse.

Undervisning

Rapportene fra de fire instituttene vitner om at alle har nyttiggjort seg stipendiatene i studentundervisningen. Stipendiatene har styrket denne undervisning ved å bringe inn jordnære, hverdagslige erfaringer fra egen praksis. Det skal også nevnes at fire av stipendiatene har arbeidet med undervisningsemner: Siems opplegg for "Den diagnostiske beslutningsprosess", Bjertnæs' og Prytz' videoutredninger og Herlands evalueringsplan for studentenes distriktstjeneste. Endelig er det tydelig at stipendiattiden har vært med på å dyktiggjøre kollegene til å ta på seg oppdrag innenfor videre- og etterutdanning av almenpraktikere. Holte, Bjertnæs, Johnsen, Kvamme, Prytz m. fl. har således vært aktive på dette felt.

Styrking av det almenmedisinske fag.

Stipendiatene har vært med på å bygge opp det almenmedisinske fag både gjennom sin forskning og ved sin deltaking i undervisningen. I tillegg kommer mer konkrete, "fagforeningspregede" prosjekter, så som Wiums kartlegging av distriktslegenes arbeidsforhold og Herlands utredning av almenmedisin som egen spesialitet. Man må også anta at den kompetanseoppbygging stipendiatene blir til del kan bli nyttig for en fremtidig spesialistutdanning i almenmedisin, - eksempelvis ved oppretting av desentraliserte læremedisiner. Sluttelig skal anføres at flere av stipendiatene har arbeidet prosjekter som kan danne mønster for en selvdrevet kvalitetskontroll i almenpraksis (bl.a. Kvamme og Steinsvoll).

Styrking av miljøet ved instituttene

I et utkast til instruks for almenpraktikerstipendiene, datert 3/1-77, forfattet av Dag Bruusgaard, - heter det:
"De almenmedisinske institutter står i en spesiell stilling blant universitetsinstituttene når det gjelder forskning og undervisning. Det er ikke bare ønskelig, men helt nødvendig, med nær kontakt med den primære helsetjeneste og spesielt de almenpraktiserende leger. Dette vil kunne bidra til å minske den teoretisering og virkelighetsflukt som truer ethvert universitetsinstitutt uten tilknytning til praktisk hverdag".

Etter fem års erfaring er det en felles mening at almenpraktikerstipendiatene i betydelig grad har vært med på å sikre instituttene ankerfeste i den primærmedisinske hverdag.

LITTERATUR:

1. Aaraas, I.: Organisering av almenpraksis ved et integrert helse- og sosialsenter. Evaluering av et timeavtalesystem. Tidsskr Nor Lægeforen, 1980,100, 1362-1365

2. Kvamme, J.I.: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten. Institutt for samfunnsmedisins skriftserie, nr. 5, Tromsø,1980.

3. Eldøen, O. & Sandvik,A.: Akutt intermitterende porfyri i Saltdal. Tidsskr Nor Lægeforen, 1982, 102, 902-906.

4. Rom, A.K.: Ammefrekvens i Tromsø. Tidsskr Nor Lægeforen, 1981, 101, 1507-1511.

5. Thomassen, T.: Health screening for the eldery. In press.

6. Lilleholt, O.: A low-intensity epidemic of contagious collagen diseases. In press.

7. Westin, S. & Norum, D.: Når sardinfabrikken nedlegges. En sosialmedisinsk undersøkelse omkring arbeidsledighet i en vestlandsbygd. Bergen, 1977.

8. Johannessen, K.: Bergen legevakt og almenlegetjenesten. En funksjonsanalyse. Institutt for almenmedisin i Bergen. Helseseksjonen, Bergen kommune. Rapport nr. 1, 1982.

9. Wium, P.: Distriktslege 1977. Resultat av en spørreskjemaundersøkelse om distriktslegens arbeidsforhold og trivsel. Tidsskr Nor Lægeforen, 1978, 98, 1461-1474.

10. Johnsen, N. & Bruusgaard, D.: Analyse av en legeformidlingstjeneste. Tidsskr Nor Lægeforen, 1980, 100, 967-970.

11. Johnsen, N. & Bruusgaard, D.: Analyse av en legeformidlingstjeneste. Øyeblikkelig hjelp. Hva er det? Tidsskr Nor Lægeforen, 1980, 100, 1991-1993

12. Herland, O.B.: Almenmedisin som fullverdig spesialitet. Stensil, 17 sider. Oslo, 1980.

13. Steinsvoll, P.S.: Praksisundersøkelse fra Otta med særlig vekt på de uklare sykdomstilstander. Tidsskr Nor Lægeforen, 1981, 101, 1518-1522.

14. Aaraas, I.: Korte og lange konsultasjoner i almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen, 1981, 101, 1828-1830.

15. Prytz, J.: Legen og video. Tidsskr Nor Lægeforen, 1982, 102, 759-760.

Almenmedisinsk Forskningsutvalg

Referat fra møtet i Bergen 4/11-82

For å gjøre Utvalgets arbeid mere kjent ble det vedtatt å lage et kort referat av de viktigste sakene til Tidsskriftet og Utposten.

Utvalgets sammensetning.

Forskningsutvalget består nå av Per Fugelli (formann), Finn Nilsson, Per Steinsvoll, Steinar Nakrem, Kjell Johansen, Bent G. Bentsen, Bernt Nesje. Varamedlemmer er: Dag Bruusgaard, Per Hjortdahl, Wenche Telstad, Olav Breen, Johan F. Nilsen, Steinar Westin.

Fra 1/9-82 og to år fremover har Utvalget sitt sekretariat ved Institutt for almenmedisin, Frederik Stangsgt. 11/13, Oslo 2.

Utvalgets arbeidsoppgaver.

Disse er nylig beskrevet i Tidsskriftet (1). Hovedoppgavene hittil har vært gjennomgåelse og vurdering av forsøksprotokoller for medikamentutprøving samt formidling av almenpraktikerstipendier. Det er nå utviklet greie rutiner for disse sakene.
I fremtiden håper Utvalget å kunne arbeide mer med:

1. Utvikling av forskningsverktøy såsom symptom/diagnose-klassifikasjoner, begrepsdefinisjoner, standardisering av registreringsopplegg.

2. Forsøke å få et samarbeid med bl.a. Norges almenvitenskapelige forskningsråd for å bedre forskerrekrutteringen i almenpraksis.

3. Klarlegge områder hvor det av hensyn til undervisning og fagutvikling er særlig behov for forskningsinnsats. Eventuelt utlyse bestillingsoppdrag.

4. Forskningsutvalget vil også prøve å styrke sin rolle som informasjonsbank. Utvalget vil be om at alle som begynner med nye, almenmedisinske prosjekter sender en kort melding til sekretariatet. Likeledes kan de spørre om liknende arbeider har vært gjort før eller i gang andre steder i landet.

Almenpraktikerstipendier første halvår 1983.

Takket være en generøs bevilgning fra Den norske Lægeforening rår nå Forskningsutvalget over 12 stipendiemåneder pr. halvår. Til første halvår 1983 var det kommet søknader på tilsammen 22-25 måneder. Følgende ble tildelt stipendium:
Distriktslege Knut Flagestad, Ålen, tre måneder til "Jordbruksarbeid og helse".

Bydelsleger Per Hjortdal, Oslo, tre måneder til "Årsaker til legesøkning i almenpraksis".

Almenpraktiker Elise Klouman Bekken, Kolbotn, to måneder til sluttføring av "Puncheoperatørers helse og arbeidssituasjon".

Distriktslege Nils Lønberg, Sandøy, tre måneder til "En studie av journalføring i almenpraksis".

Distriktsleger Per Rogne, Svolvær, en måned til "Bruk av EDB i primærhelsetienesten".

Den almenmedisinske bibliografi.

Forskningsutvalget har tatt initiativ til å få utarbeidet en bibliografi over den almenmedisinske forskning i Norge i perioden 1950-82. Erik Solberg arbeider nå med denne oppgaven. Han vil sette pris på om kolleger kan sende inn egne publikasjoner som bør være med i bibliografien. Adressen er Institutt for almenmedisin, Frederik Stangsgt. 11/13, Oslo 2.

An International Glossary for Primary Care.

WONCA har utarbeidet en liste med definisjoner av begreper som er vanlige i almenmedisinsk forskning (praksispopulasjon, nye sykdomstilfeller, kroniske sykdommer osv.). Forskningsutvalget anbefaler definisjonene til foreløpig bruk og har satt ned en arbeidsgruppe som skal oversette og tilpasse listen til norske forhold.

Forsøksprotokoll fra Ciba-Geigy.

Utvalget har fått oversendt en forsøksprotokoll til vurdering fra Ciba-Geigy. Enkelte medlemmer mente oppdraget burde avvises som et ledd i den pågående boikottaksjon (Enterovioformsaken). Utvalget vedtok at den tilsendete protokoll skal bedømmes i pakt med vanlig praksis.

En migreneundersøkelse i Vestfold.

Fra en kollega i Vestfold har Forskningsutvalget fått melding om en sykehus/legemiddelfirma-basert kartlegging av migrenepasienter hos almenpraktikere i fylket. Opplegget byr på grove metodologiske feil og er uegnet for gjennomføring i almenpraksis.

Forskningskompendium.

Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger har nylig bevilget kr.20.000,- i trykningsbidrag, hvilket i 1983 muliggjør publisering av en innføringsbok om forskning i almenpraksis. Boken utgis på Universitetsforlaget og redigeres av Steinar Westin.

Forskningsdagen på Beitokurset 1983.

Forskningsutvalget setter stor pris på at det i samarbeid med APLF har vært mulig å innføre en fast Forskningsdag på Beitokurset. I 1983 blir dette 11. mars, og en viktig del vil bestå i en "minikongress", hvor almenpraktikere kan legge frem egne resultater gjennom 15 minutters foredrag. Interesserte kolleger bes kontakte Finn Nilsson, Gruppe for helsetjenesteforskning, Frederik Stangsgt. 11/13, Oslo 2.

Forts. s. 20

Almenpraksis mot full spesialitet — kursomania epidemica

Av dr. H. Drøsdal

I 3 artikler har J. Prytz skissert argumentene for allmenpraktiker DNLF ordningen og for allmenmed. som full spesialitet. Før omfattende nyordninger settes ut i livet, må det kunne kreves at endel grunnleggende vurderinger er skikkelig gjort. I dette tilfelle følgende:

1. Hvilke behov skal dekkes, den faglige nødvendighet av tiltakene.

2. Står prisen i forhold til gevinsten- cost/benefit analyse.

3. De som blir mest berørt, d.v.s. allmenlegene, må taes med på råd, og må ha anledning til å påvirke utformingen.

Ingen av disse punktene er tilfredsstillende dekket i artiklene til Prytz, og selvfølgelig heller ikke i annen informasjon fra Aplf.

Det er ikke fremlagt materiale som påviser nødvendigheten av å innføre de meget omfattende spesialist kravene. Det vil være bred enighet om at en allmenpraktiker bør stå sterkere faglig før en starter selvstendig praksis, men derfra til å pålegge en 5-6 år lang ørkenvandring på sykehus og auditorier, samt veiledet tjeneste, er å skyte langt over målet. Prytz begrunner det da også bare med å si at "etter min mening bør en spesialitet i allmenmedisin være like omfattende som enhver annen medisinsk spesialitet." De store engelske undersøkelser det refereres til, viser da også at den etablerte allmenpraktiker har ett godt kunnskapsnivå, det problemet som bør løses ligger i startfasen. Sett i dette lys fortoner de skisserte spesialistkravene og spesialoide kravene til Dnlf. tittelen seg som betydelig overdimensjonerte.

I England har en tatt konsekvensen av sine egne utredninger og innført følgende "spesialist" utdannelse - obligatorisk fra 1/1-82: 2 år strukturert sykehustjeneste. 1 år som assistent hos etablert allmenpraktiker. Ingen kurs utenom de som kan være lagt inn i disse 3 år. Etablerte allmenpraktikere får fri overgang. Det bør også nevnes at dette opplegget har vært prøvet på frivillig basis i mange år, og at man bare har 1 år turnustjeneste, ikke distriktstjeneste.

Det er ikke kunnskapene som mangler hos den norske allmenpraktiker av i dag. Tiden pr. pasient er den begrensende faktor i behandlingen. Pasientene får det ikke bedre når legen er på kurs eller sykehustjeneste "halve" året, og tidspresset derfor øker og kontinuiteten i behandlingen forstyrres.

Prytz sier at spesialiteten vil koste. Han sier ikke hvor mye, og det er det vel ingen som idag kan regne ut nøyaktig. Prisen i kr. og øre er imidlertid en ting, - ikke ubetydelig i en resurs knapp tid - prisen den vanlige allmenpraktiker i liberal praksis må betale for å komme inn gjennom Dnlf. ordningen er noe ganske annet. Det er også prisen pasientene våre må betale for ett produkt de sannsynligvis ikke vil merke forskjell på etter "behandlingen."

En allmenpraktiker i egen praksis er idag preget av lang arbeidsdag og hardt arbeidspress, dette ifølge legeforeningens egne statistikker.

Man skal nå på toppen av dette, for egen økonomisk regning, presses igjennom 300 kurstimer samt ett år sykehustjeneste. Dette vil belegge en rekke kontordager og ta store deler av en allerede snaut tilmålt fritid. Allmenpraktiker Dnlf. ordningen rammer ikke bare allmenpraktikeren, men også familien og pasientene. Disse faktorer, sammen med det irrelevante i selve ordningen, er vel grunnen til at av de 600 som idag har Dnlf. tittelen kom de fleste inn enten på overgangsordning i start fasen, eller har tatt den fra fast stilling som bydels eller distriktslege. Svært få har maktet dette fra egen heltids praksis, for de som har ektefelle i fullt arbeid samt barn i skolealder, er det nærmest en umulighet. Styret i Aplf. og Prytz bør lese artikkelen i siste Nordisk Medisin - Hjelpeløse hjelpere - legen som psykiatrisk pasient. Den er absolutt relevant i denne sammenheng. Hva betyr 300 kurstimer i en 5-års periode i praksis. Fordelt på kvelds og formiddags tid vil det utgjøre lo-15 kveldssesjoner - en kveld i uken i 3-4 mndr. og 6-10 formiddager, stengt kontor og tapt inntjening av 15-25000 pr. år.

Til punkt 3 Aplf. er ifērd med å dele allmenpraktikerne i to grupper - de som har Dnlf. tittelen og de

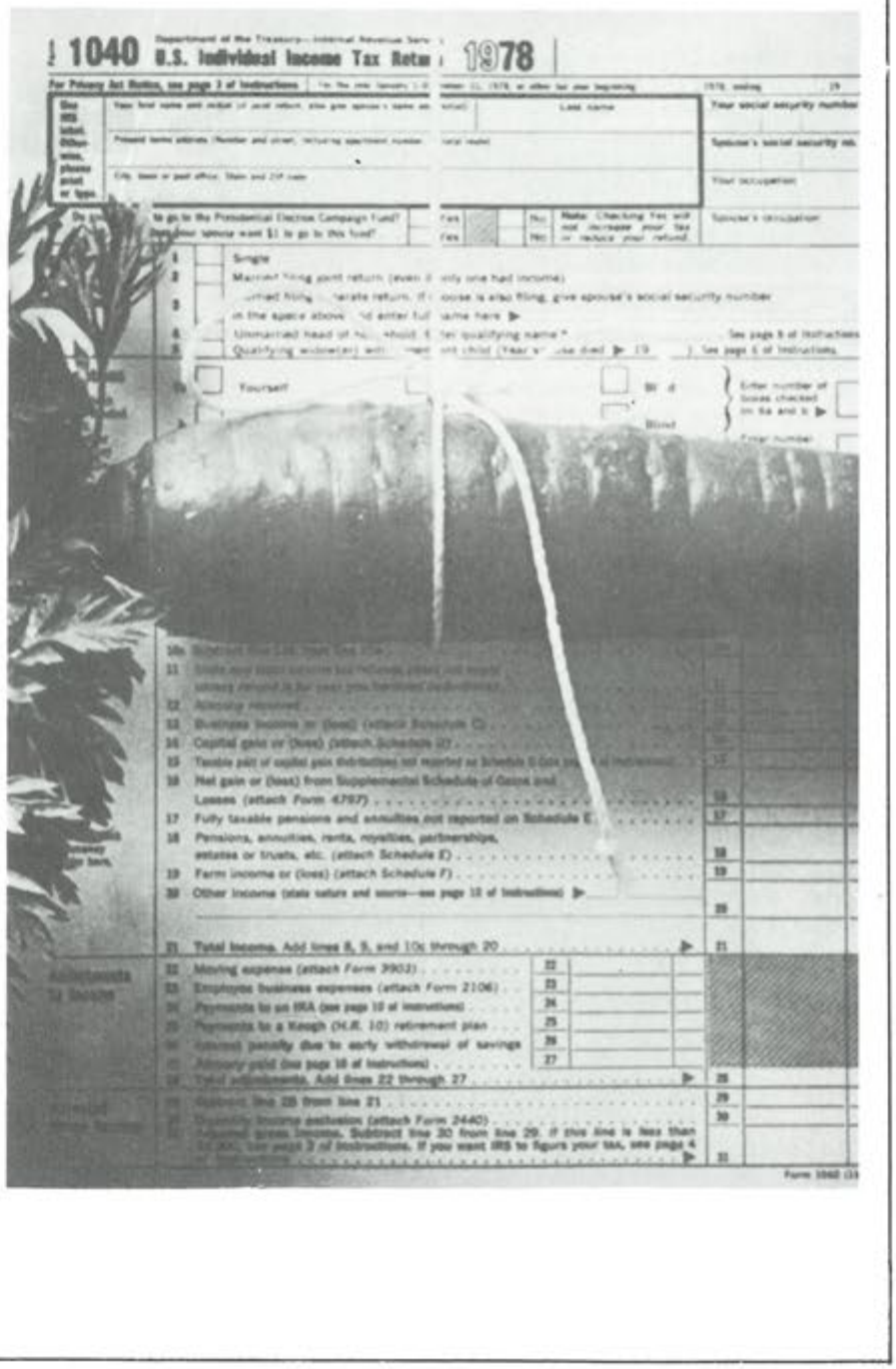
som ikke har, de som har vært eller er i fastlønnsstilling og de som driver egen praksis. Den faglige standard i gruppene er neppe målbart forskjellig, men forskjellene blir store i avlønning og avansements muligheter. Skjevhetene, og dermed også misnøyen blant medlemmene, blir bare større ved den bevisste politikk som føres hvor nesten alle i ledelsen og i utredningsorganene er allmenpraktiker Dnlf. Tittelen er vel nesten på grensen til å bli et statussymbol.

Dette er ikke demokrati og det tjener ikke foreningens interesser på sikt. Viktige saker som angår oss alle må ut til "høring" på en langt mer omfattende måte enn hittil. Avstemming blandt medlemmene må brukes i langt større utstrekning. Ledelsen i Aplf, må sørge for å bli langt mindre homogene bringe inn folk utenom sin egen krets.

Jeg foreslår at landsmøtet i Den norske lægeforening gjør følgende vedtak: Videreutdannelse for allmenpraktikere organiseres med ett år tilrettelagt sykehustjeneste og ett år som assistent hos etablert allmenpraktiker. Eventuelle kurs innpasses i tjenesten i disse to år. Utdannelsen må komme etter fullført turnustjeneste. Etablerte allmenpraktikere gis fri overgang. Ordningen med Dnlf. tittelen opphører med innføringen av den nye utdannelsen.

Den skisserte videreutdannelsen burde være tilstrekkelig til å gi allmenpraktikeren en god start. Ordningen vil fjerne det kunstige skillet vi har i dag, og fjerne presset om kurs for enhver pris - uansett relevans og behov. Faglig innhold og lengde kan evalueres kontinuerlig, i dag 200 timer kurs på 5 år, bør ikke innføres før det faglige behov er utvetydig dokumentert, og før de andre spesialitetene vurderer det samme.
På Aplf's generalforsamling 13/11 ble det vedtatt å prøve listesystemet lokalt i praksis før en tar nærmere stilling til om det skal være med i generalplan for almenmedisin. Det må være helt klart at listesystemet ikke lar seg utprøve isolert i noen få områder. Problemene vil først melde seg når det innføres på landsbasis, når pasienter og leger ikke kan unslippe til normale nabopraksiser, og når staten får det fullstendige styrings-systemet som liste-praksis innebærer.

Generalforsamlingens behandling av denne saken var forøvrig meget lite tilfredsstillende. Det ser ut til at når viktige saker med framtidsperspektiv kommer opp, er styret lite interessert i en skikkelig debatt. Generalplan f.a. ble først startet i 5-6 tiden om ettermiddagen etter at de fleste hadde reist, ca. 30 var igjen. "Snøen som falt i fjor" ble gitt en langt grundigere behandling.



LESERINNLEGG

Herr Redaktør.

Jeg har lest Steinar Westins "Spesielle Pasienter" med glede og interesse, og jeg er enig i det meste av det han skriver. Spesielt i konklusjonen: la oss ha disse positivt spesielle pasienter, og vårt spesielle forhold til dem.
Vi må få lov å være mennesker i det yrket vi utøver.

Men jeg vil gjerne komme med en bemerkning om de negativt spesielle.
For 3-4 år siden (tror jeg) sto et innlegg i THE LANCET om nettopp dette emne, der det ble sagt (og mine erfaringer går i samme retning, nu at jeg er bevisst interessert i spørsmålet) at pasienter vi har et umiddelbart sterkt negativt forhold til, i svært mange tilfelle har hjerneskade av et eller annet slag, slik at denne negative følelse selv (påstår forfatteren til innlegget) kan rett og slett brukes som et diagnostikum som gjør oss oppmerksom på muligheten, og når vi så følger saken videre, finner vi ofte en tilstand vi ellers hadde oversett. - Om pasientens eventuelle motbør mot oss tyder på hjerneskade hos oss, skriver ikke artikkelen noen ting om.

Collegialiter

Dr. Georg Bentze
Chr. Kroghsgt. 15,
Oslo 1.

Forts. fra s. 17

Oslo, 9 november 1982

Per Fugelli.

Litteratur:

1. Westin,S & Bentsen,B.G.: Almenmedisinsk Forskningsutvalg. Status etter 8 år. Tidsskr Nor Lægeforen 1982, 102, 1230-1232.

Forts. fra s. 2

plasser. Videre bør vi som et av verdens rikeste land snarest se oss råd til å gjøre opp en del av vår gjeld til utenlandske universiteter ved å la ledig studiekapasitet stilles til rådighet til studenter fra U-land.
Ved de fleste Europeiske universiteter er det minst 10% utenlandske studenter.

Ved å spre opplysning om fremtidige arbeidsutsikter vil nok interessen for medisinerstudiet både her til lands og i utlandet skrelle bort svært mange studenter uten særskilte motiver for faget.
Hva vi derimot ikke har rett til i et demokrati, er å forby motiverte studenter å søke sin utdannelse i utlandet ved å nekte de lån og senere arbeid i hjemlandet!

Aage Bjertnæs

5 måneders vikariat søges

Efter 8 år i dansk almen praksis og i almen medicinsk undervisning tager jeg et års efteruddannelse.

Ønsker at starte 1. juli 1983 med et 5 måneders vikariat i Norge. Gerne i utkantsstrøg, gerne Nord-Norge, gerne i travl og krævende praksis.

Niels Bentzen
Lægehuset
Carl Nielsensvej 1
DK-6792 Årslev
Danmark

Rolf Hanoa

VEILEDER I SOSIAL-MEDISIN

13. UTGAVE

En oppslagsbok om helse-, trygde- og sosialvesenet.
Her finner man fram til lover, bestemmelser, behandlingstilbud, omsorgstiltak og trygdeordninger.
Nye temaer i den 13. utgaven er bl.a. barneloven, krisetelefoner og krisesentre, helsetjenesten i oljevirksomheten, funksjonshemmede barn, foreninger for kreftpasienter, utekontakter for narkotikatruet ungdom, og den nye legeloven.
Det kan være vanskelig å finne fram til rette vedkommende i helse-, trygde- og sosialvesenet. Veilederen gir svar på hvor man skal henvende seg.

341 sider kr 128,00

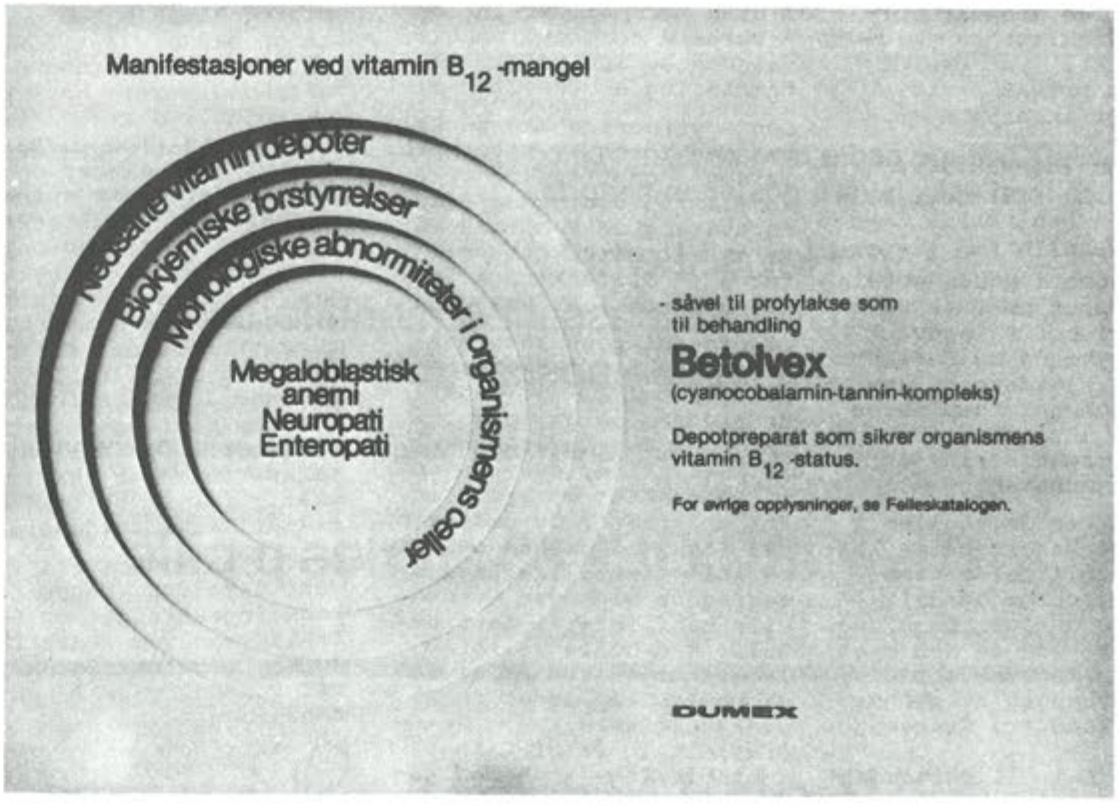
UNIVERSITETSFORLAGET

Det medisinske klassesamfunn

PER FUGELLI

Er Norge i ferd med å bli et medisinsk klassesamfunn? Per Fugelli utfordrer alle som er interessert i vårt helsevesen til debatt. Boken er et kampskrift for demokratisering av medisinen.
Kr 135,-. Til salgs i bokhandelen

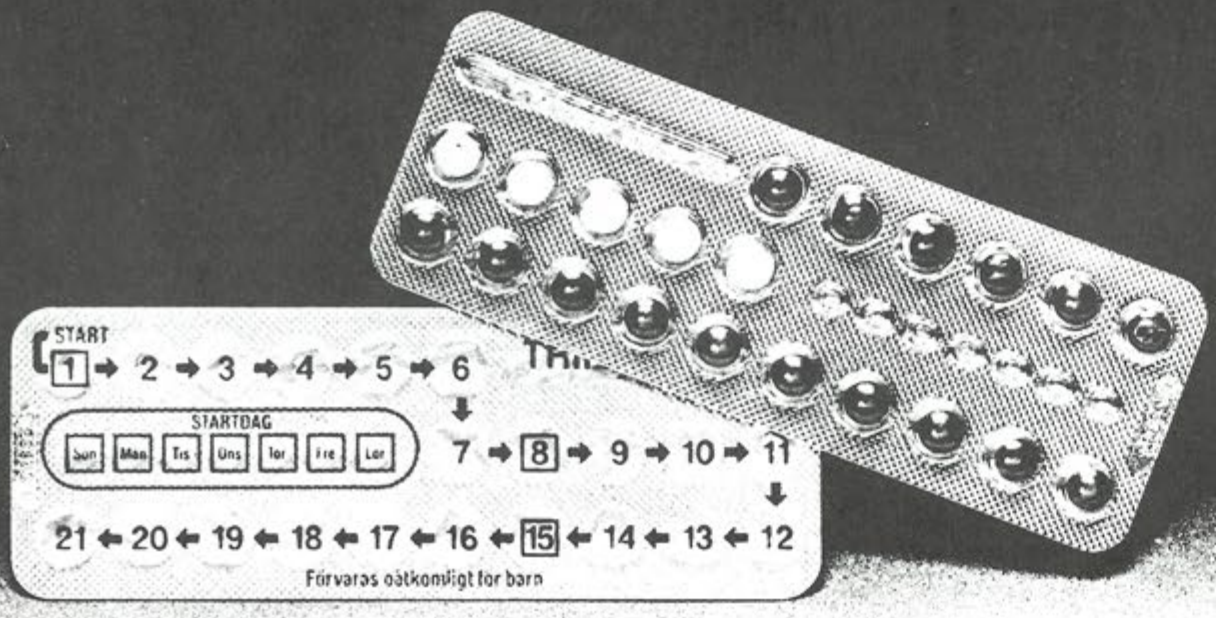
UNIVERSITETSFORLAGET



Ny P-pille:

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene – men med **40% lavere gestagenmengde.**

- ○ Høy sikkerhet
- ○ Cyklustilpasset hormontilførsel
- ○ God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL* – 80-årenes p-pille

*etinyløstradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

(1) LACHNIT-FIXON U: Munch. med. Wschr. 121, Nr. 43: 1421-1426, 1979.
(2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
(3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
(4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

TABLETTER:
1 brun tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 50 ug, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.
1 hvit tablett inneholder: Etinyløstradiol 40 ug + levonorgestrel 75 ug, const. q.s.
1 gul tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 125 ug, fargestoff (jernoksyd), const. q.s

EGENSKAPER:
Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lave østrogen- og progestogen-mengder.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.
Absorbsjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etinyløstradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1 - 2 timer etter oral inngift.
Halveringstid: Etinyløstradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.
Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.
Utskillelse: Via urin og faeces.
Overgang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmelken, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:
Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:
Absolutte: Østrogenavhengige tumorer. Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpreget familiær disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetsicterus. Sicklecelleanemi. Herpes gestationes. Udiagnostisert genitalblødning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:
Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:
Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold. I størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenlignet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorre av varierende lengde kan opptre etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migrene, ødemer, tretthet, nedstemthet, fett hår og benkramper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blødning. Gallesten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:
Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynekologisk undersøkelse (omfatter også mammae). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner ansees som sannsynlig. Opptrer tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.
Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager før kirurgiske inngrep. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sykdommer. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migreneliknende hodepine og/eller synsforstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som erfaringsmessig forverres under graviditet bør preventivtabletter ordineres under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uteri og nyrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan opptre. Utebliir blødningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenoré eller amenoré, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenoré med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjelden, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:
Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B_{12}. (I : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:
Antikonsepsjon: 1 tablett daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tablettfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartingsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablett daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1 - 6 på brettet). Deretter 1 hvit tablett hver dag i 5 dager (7 - 11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12 - 21).
Fortsatt behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:
1 tablettbrett inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
6 brett x 21 stk.
13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn alltid 1. blødningsdag - også ved overgang fra andre p-piller.

KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

A.S MERKUR-TRYKK – Grafisk produksjon, Oslo

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose med DELESTREK!

INDISERT ved ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårerveien 150 . Postbox 20 . N-1473 Skårer . Tlf (02) 70 55 20

RHÔNE POULENC