UTPOSTEN

NUMMER 2 1983 ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

FRODE HEIAN:
Noen tanker om
Utposten 3

MAGNE NYLENNA:
Selskapet er stiftet 5

Intervju med Christian
Borchgrevink 6

Hvor skal grensen gå? 9

BENT GUTTORM
BENTSEN:
Scandinavian Journal
of Primary Helalth Care 8

ARNT REE, OTTAR
GRIMSTAD og FREDRIK
LANGBALLE:
Tanker og tvil om
kommunehelsetjenesta 10-13

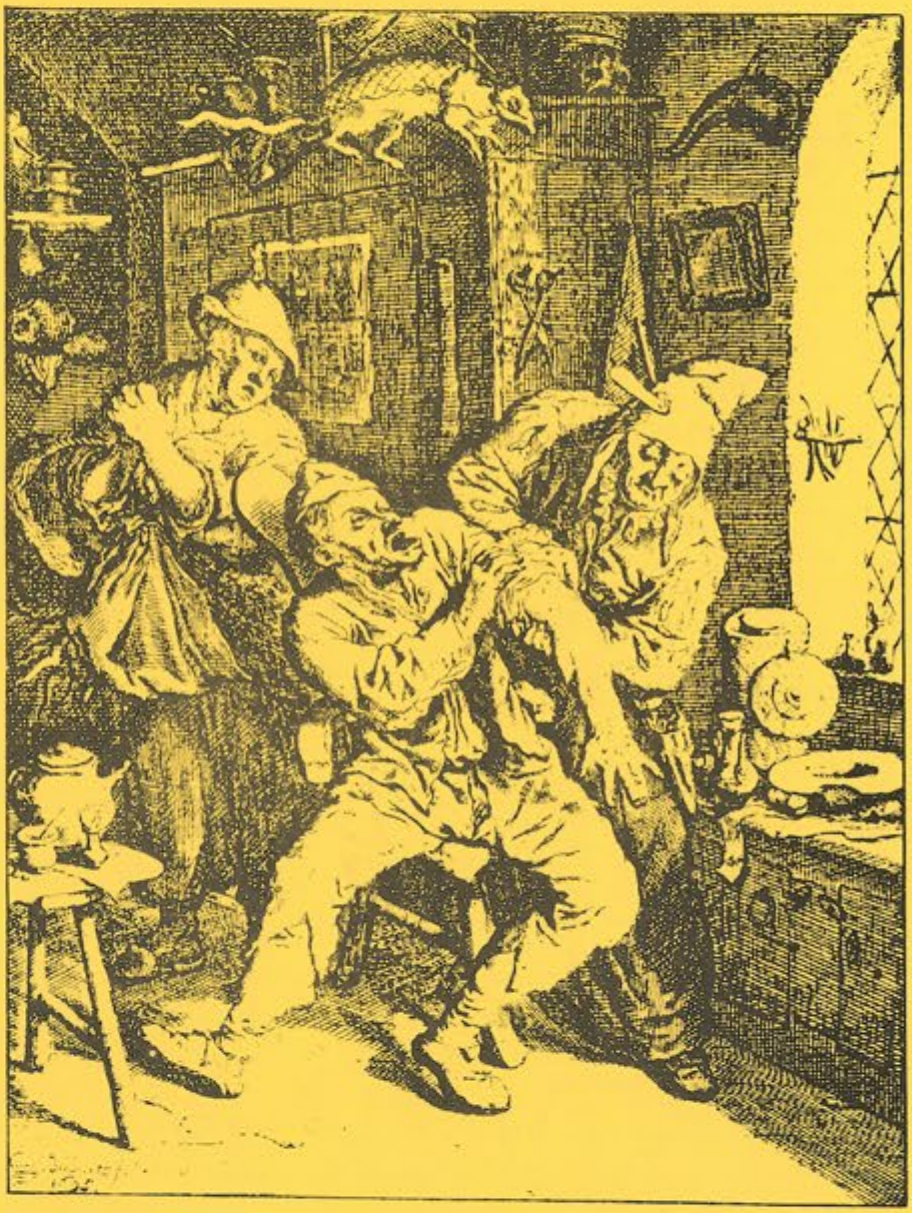
ALF URSIN/
MARTIN SOLBERG:
Infertilitetsutredning
i almenpraksis 14

STEINAR WESTIN:
Søkelys på turnus-
tjenesten 15

ELIN GJERSTAD:
Ord og vendinger
i praksis 16

GUNNAR TELNES:
Helseopplysning i
lokalsamfunnet 22

OG MER!



UTPOSTEN ER FLYTTET UT PÅ LANDET IGJEN!

Redaktører:
JON HILMAR IVERSEN, Eide på N.
FRODE HEIAN, Tingvoll
OLA LILLEHOLT, Rindal
MAGNE NYLENNA, Smøla
ØYSTEIN PETTERSEN, Molde

Redaksjonens adresse:
UTPOSTEN,
Distriktslegekontoret,
6657 Rindal.

UTPOSTEN
STARTET 1972

Tegninger:
Bjørn Kåre Huse

Abonnement:
Kr. 100,- pr. år.
Studenter og pensjonister:
Kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-Trykk a/s
7300 Orkanger

HVEM STYRER OG ETTER HVILKE KART?

Disse første ord til den første lederen fra den nye redaksjonen i Utposten blir festet på papiret med en egenartet blanding av følelser. Det er høytidelig å stige opp på en talerstol som når så mange kolleger: har vi noe av verdi å formidle til dere alle? En følelse av uro gnager også: er vi gode nok til å føre videre Utpostens innflytelse i det norske medisinske miljøet? Den nye redaksjonen består av en gruppe på 5 distrikts- og kommuneleger i Møre og Romsdal. Det kan se ut til at vi har forskjellige interessefelter og oppfatninger om mangt. En ufordervet interesse for både det medisinske fag, almenmedisinen og bevegelsene på den helsepolitiske arena har vi felles. Vi vil presentere oss nærmere i neste nummer av Utposten.

Utposten har trolig influert mer på utviklinga av almenmedisinen i Norge enn bladets beskjedne format skulle tilsi. Vi ønsker at bladet må forbli en litt uhøytidelig talestol i de bataljer vi ser dukke opp over horisonten. I redaksjonen er det enighet om at vi ønsker å trykke mer faglig stoff spesielt tilrettelagt for almenpraksis. Det er ikke meninga at Utposten skal framstå som et vitenskapelig tidsskrift: det faglige stoffet vil bli kortfattet og konkret. Samtidig vil vi legge vekt på å formidle henvisninger til forskjellige kilder for den som måtte bli inspirert til å søke videre. Vi håper fortsatt å kunne muntre Utpostens spalter med kuriosa både i form av tekst og bilder.

Våren 1983 er preget av stor uro både faglig og helsepolitisk: aktører myldrer og flimrer i massemedier og i lokale fora. Denne lederen skulle munne ut i et spørsmål om i hvor stor grad utviklinga er under kontrollert styring og om argumentene som blir brukt har sine røtter i aktørenes hjerner, hjerter eller eventuelt helt andre steder.

1. Om noen måneder skal kursen i helsetjenesta legges kraftig om: Av Loven om helse- og sosialtjenesten i kommunene kan vi allerede se konturene av det nye kartet. Vil vi kunne tegne inn nødvendige detaljer i løpet av de kommende månedene? Blir styrmennene enige om kursen? Er vi enige om hvem det egentlig er som styrer eller som skal styre? Forsiktige sjeler får visst lukke øynene en stund nå: foran ligger både skjær of fall, og det går ingen vei tilbake.....

2. Forleden meldte massemediene om de første arbeidsledige leger i landet. Professor Peter Hjort har forutsagt år og tid for denne hendelsen i flere år. På mange måter er det et bud om en vurderingssvikt når fakulteter og ansvarlige departementer har unnlatt å reagere på foreliggende data om tilgang på leger. Dette er en sak der det er mindre smertelig å forebygge enn å behandle. Greier de forskjellige institusjonenne og nekeltpersonene som har innflytelse å reagere rasjonelt på denne situasjonen?

3. Almenmedisinen som egen spesialitet: når vi nå ser at rimelige kvantitative behov for legetjenester vil bli dekket, er det betimelig å bedre kvaliteten. Vi øyner de to første flaskehalsene denne saka må passere: usikkerhet og kanskje motstand blant kolleger innen legeforeninga, og i neste omgang å bygge denne utdannelsesveien inn i et helsevesen som allerede er inne i en omstilling og med kamp om ressursene. Det er åpenbart at almenmedisinen som spesialitet må komme med i 1983: ved neste korsvei kunne det vel hende at legeforeninga ikke ville bli alene om å styre denne saka.

De tre temaområdene som er nevnt ovenfor vil nok bli eksponert også i Utpostens spalter slik de har vært så mange ganger tidligere. I lyse stunder kan vi noen øyeblikk innbille oss at saker av typen som er nevnt ovenfor blir avgjort etter rasjonelle overveielser for å gi maksimalt utbytte både for samfunnet og individet, målt i levealder, spebarnsdødelighet og livskvalitet. Mange erfaringer har lært oss at det ikke er alle de skarpe hjernenes samlede kognitive aktivitet som seirer når avgjørelsene blir tatt. Kanskje beveges noen av et varmt og gråtende hjerte eller en tom mage; desverre er det ofte fristende å tro at helt uvedkommende endokrine organer som tvinger fram sine løsninger. Den største vansken ligger allerede i utgangspunktet: vi kan ikke en gang enes om det som er fornuftig. Utposten vil dele ut karakterer etter hvert som de forskjellige aktørene har sagt fram sine replikker. Vi håper også at leserne vil hjelpe oss til ikke bare å referere, men også å bære fram nye tanker og ideer slik bladet har gjort i de 10 åra som er gått.

Ola L.

NOEN TANKER OM UTPOSTEN

Invitasjon til aktiv deltagelse fra leserne

Her har Frode H. samlet litt av de tankene som har vandret over bordet under de 3-4 møtene den nye redaksjonen har hatt til nå. Intet er opplest og endelig vedtatt. Vi vil satse mye på å bevare to av Utpostens viktigste kjennetegn: en litt uhøytidelig form og at dette skal være et spesielt møtested for dialog mellom almenmedisinere i land og by.

Utpostens profil har vært preget av samfunnsmedisinske tema. Vi vil fortsette den linjen. I disse tider er det viktigere enn noensinne å klargjøre våre syn på almenmedisinens plass i samfunnet.

Vi vil dessuten øke innholdet av almenmedisinsk faglig stoff. Fra flere hold har vi fått råd om å ta opp igjen tråden fra den almenmedisinske problemserien, og vi prøver å få noen til å ta på seg den oppgaven. i tillegg vil vi prøve oss fram med andre former for presentasjon av faglig stoff. Der er rike kilder å øse av fra almenpraktikerens egen kunnskap og erfaring. Almenmedisinen spenner over et vidt spekter av interessefelt der hver enkelt av oss har skaffet seg spesiell innsikt. Denne innsikten vil vi dele med hverande. Du har kanskje rutiner tilpasset din praksisform, rutiner du har prøvd ut og justert til praktisk anvendbarhet i ditt daglige arbeid. Du har kanskje praktiske/geniale løsninger på samarbeidsspørsmål, når det gjelder organisering på kontoret, med arkivsystem etc. etc.. Innlegg til Utposten trenger ikke være så gjennomtenkt at det ikke gir rom for diskusjon.

For eksempel kan du komme med et

"HJERTESUKK": Når du stanger hodet mott veggen er det også andre som kan lære av dine erfaringer med det.

"HVA JEG BRENNER FOR": Det er mange som jobber med tema ut fra helt spesielle interesser, som skyver spørsmål om ekstraarbeid eller fortjeneste helt til side. Det kan være ting som er nyttige og/eller for å live opp i en ellers rutinepreget hverdag. Din beskrivelse av hjertesaken kan virke inspirerende på noen, for andre som driver med det samme kan det være nyttig.

"KURIØSE KASUS": Til opplysning, nytte og kanskje litt munterhet for oss alle.

"BOK- OG TIDSSKRIFTSANMELDELSER": den som føler seg inspirert til å dele med andre spesielt velykkede eller forstemmende litterære opplevelser med oss.

VIDERE- OG ETTERUTDANNELSEN

Ved å bla gjennom tidligere utgaver av Utposten og innlegg om almenpraktikeren andre steder finner en et uttrykk som stadig går igjen: "Almenpraktikeren må finne sin identitet". Denne identiteten har vært vanskelig å definere, bl.a. på grunn av et stort mangfold, og det er ikke noen svakhet.

Vi ønsker i tiden framover en diskusjon om et tema av stor betydning for identitetsutviklingen: Videre- og etterutdannelsen. Vi trenger en diskusjon på alle plan, fra de store linjer og ned til praktisk organisering av kurs.

Veien fram mot full spesialitet av almenmedisinen er ennå lang. Synspunkter på innstillingen som er lagt fram om dette?

Vi får en ny organisering av primærhelsetjenesten om 3/4 år. Hvor står Norske Kommuners Sentralforbund når det gjelder faglig-medisinske og økonomiske spørsmål, også med hensyn til videre- og etterutdannelsen?

Almenmedisinsk selskap er stiftet. Vi følger dets utvikling med spenning.

HVA SLAGS KURS ØNSKER VI?

De fleste kurs av interesse for almenpraktikere har fremdeles sykehusmedisinske innslag. De er dominert av forelesninger som ofte gir sterke fornemmelser fra studietiden, med lyden av skrapende penner som en sjelden gang blir avbrutt av intelligente spørsmål.

Kateterforelesninger kan være meget bra og klargjørende, men i sin form

-er de som regel preget av spesialistenes syn og ikke almenpraktikerens

- drar de ikke nytte av den erfaring og kunnskap tilhørerne oftest sitter inne med, og som kan være vel så interessant som den katedrale.

Takket være det arbeid APLF og en del VEAP-komiteer har nedlagt, har det tradisjonelle kurstilbudet etterhvert fått en viss avløsning. Mer seminarpregede kurs retter seg nettopp inn på å trekke deltagerne aktivt med, og å spille på deres erfaring og kunnskaper.

De ulike kursarrangører, i hovedsak VEAP-komiteene, fungerer svært forskjellig. Geografiske hensyn gjør at det noen steder nødvendig å "stole på egen krefter", mens det andre steder er enklere (og mer fristende) å basere seg på sykehusmedisinere/spesialister.

Det er viktig at erfaringene med de ulike måtene å arrangere kurs på kommer fram i et bredere forum med det formål å lære av hverandres gode og uheldige erfaringer.

FRA KURS TIL KURS

Vi håper å bringe en del av fagstoffet som omtaler av aktuelle kurs. Siktemålet med dette er todelt:

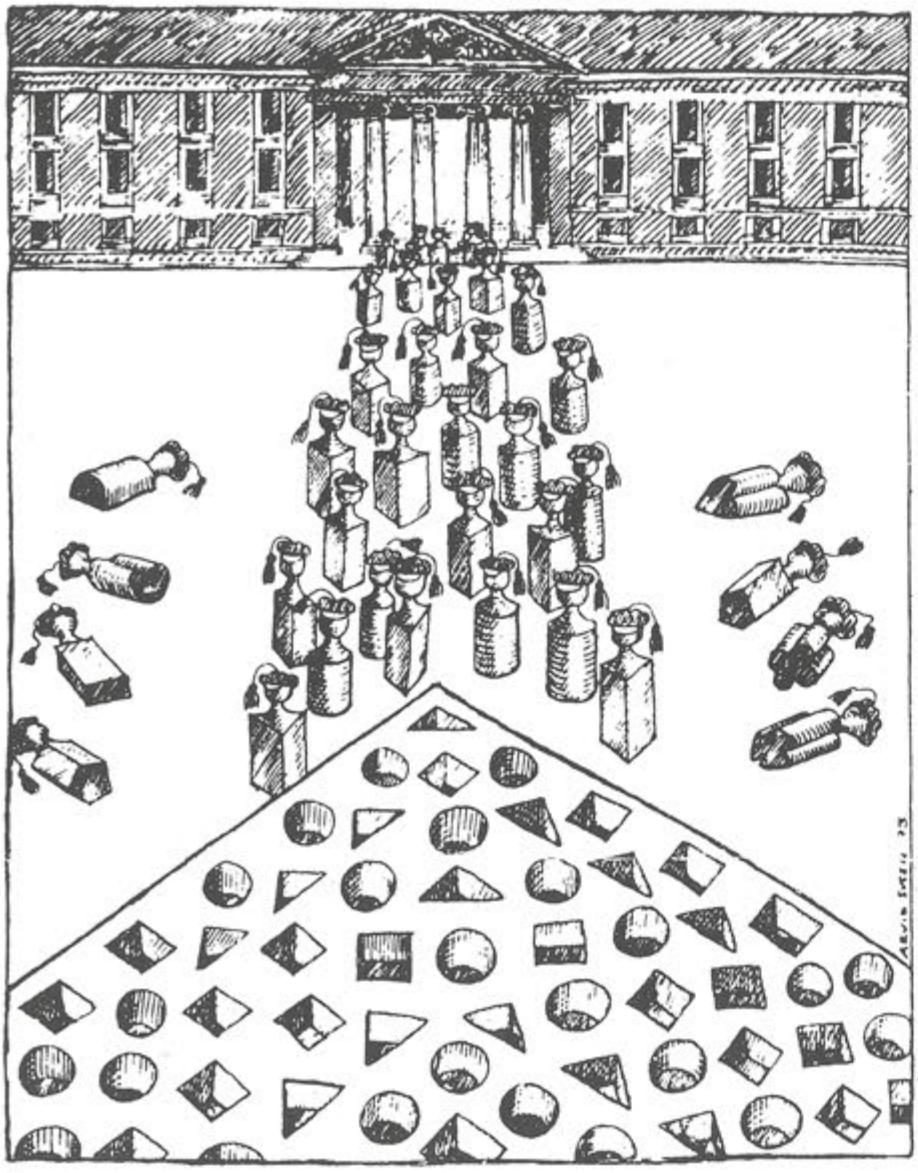
1. Presentere kursets faglige innhold sett fra almenpraktikerens synsvinkel.

Det blir ingen detaljerte referat med stenografisk gjengivelse av kurs fra begynnelse til slutt, men et kritisk utvalg. Noen typer kurs, som organkurs, geriatrikurs o.l. kan refereres med hovedvekt på det faglige innholdet, som "aktuelle rutiner", "medisinske nyheter" o.l.. Kurs av typen helseopplysning, familieterapi, forskning i almenpraksis o.l lar seg selvsagt ikke referere på samme måten, men er likevel viktig å få omtalt.

2. En "anmeldelse" av kurset med henblikk på innhold, organisering og form sett fra almenpraktikerens synsvinkel, evt. sammenholde konklusjonene med linjene i "Grenseoppgang mellom almenpraksis og spesialistpraksis".

Omtalen kan også omfatte anbefalt litteratur, anmeldelse av pasientinformasjon av ulike slag o.l..
Det er selvsagt ikke meningen å gi noen erstatning for kursene gjennom omtale i Utposten, snarere er det ment å bli en inspirasjon til å gå på kurs. Disse kursomtalene kan bli til hjelp for den som planlegger kurs og for den som skal delta.

Frode H.



SELSKAPET ER STIFTET

Etter mange års forberedelse og forarbeide er Norsk Selskap for Almenmedisin stiftet. Professor Chr. F. Borchgrevink ble valgt til Selskapets første formann på et godt besøkt stiftelsesmøte der også selskapets formål og vedtekter ble heftig diskutert.

17. februar ble en merkedag for norsk almenmedisin. På et møte i Medicinsk Selskap i Oslo ble Norsk Selskap for Almenmedisin stiftet. Etter henimot 15 års forarbeider var endelig tiden moden for den formelle stiftelse. Initiativtakere til stiftelsesmøtet var Herman Anker, Per Wium og Chr. F. Borchgrevink.

I alt 60-70 almenpraktikere hadde funnet veien til møtet. De fleste var riktignok fra Østlandsområdet, men alle helseregioner var representert. Stiftelsesmøtet var todelt med en formell stiftelsesdel først og deretter en faglig del.

Det formelle stiftelsesmøtet ble ledet av Herman Anker, og første sak på dagsordenen var Selskapets vedtekter. Den fremmøtte forsamling var særdeles aktiv i debatten, og mange hadde ordet i forbindelse med utformingen av formålsparagafen. Den endelige utformingen av denne ble:

"Norsk Selskap for Almenmedisin har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten av faget almenmedisin og fremme det det faglige og sosiale almenmedisinske miljø. Dette skal bl.a. gjøres ved å:

-Styrke aktiviteten i de lokale almenmedisinske miljøer.

-Arbeide for å bedre utdannelsen i almenmedisin.

-Virke for forskning i almenmedisin.

-Være bindeledd mellom norske og utenlandske almenmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner."

Forøvrig ble diskusjonen om kriterier for medlemskap intens. Spørsmålet var om medlemskap i Aplf eller OLL skulle være obligatorisk for medlemskap i Selskapet eller om medlemskap i Legeforeningen skulle være nok. Det ble argumentert godt for begge standpunkter, og avstemningsresultatet ble da også så knepent som vel mulig. Med 35 mot 33 stemmer ble det vedtatt at medlemskap i Aplf eller OLL skal være en forutsetning for fullt medlemskap i Norsk Selskap for Almenmedisin.

Et forslag om geografisk og kjønnsmessig kvotering i styret ble også vedtatt etter noe diskusjon. Formuleringen av dette ble: "Hver av landets 5 helseregioner bør være representert i styret. Andelen av kvinner må være minst andelen av kviner i norsk almenmedisin." Det ble imidlertid ikke fastlagt nærmere regler for hvordan denne kvoteringen skulle sikres i forbindelse med valg til styret.

Den praktisk gjennomføring av styrevalget ble også inngående diskutert. Innbyderne til stiftelsesmøtet hadde foreslått at instituttene for almenmedisin/-samfunnsmedisin skulle ha egne representanter i Selskapets styre, men dette ble frafalt. Et spesielt problem utgjorde den forutsetning at styret skulle være sammensatt slik at halvparten av styremedlemmene skulle være på valg ved hver generalforsamling. Etter forslag fra Finn Nilson ble det vedtatt at den halvdel av styret som fikk færrest stemmer skulle være på valg ved første generalforsamling.

Det ble vedtatt at styret skulle bestå av formann som skulle velges særskilt, samt av 6 styremedlemmer. Formannsvalget ble raskt gjennomført i og med at den eneste kandidat var professor Chr. F. Borchgrevink fra Institutt for almenmedisin i Oslo.

Forslagene på styremedlemmer var imidlertid mange, og den skriftlige avstemmingen ga følgende resultat (stemmetallene i parantes):

Steinar Westin	(42)
Jannecke Thesen	(38)
Jo Telje	(33)
Kirsti Malterud	(32)

Dag Søvik	(32)
Olav Rutle	(31)

I henhold til vedtaket om valgordningen skal altså Malterud, Søvik og Rutle på valg ved første generalforsamling. Som varamedlemmer til styret ble forøvrig valgt: Tor Anvik, Aage Bjertnæs, Tor Carlsen, Per Wium, Bjørn Tansem og Magne Nylenna.

Tidsrammen for det formelle stiftelsesmøtet ble ettertrykkelig overskredet , og den taleføre forsamling ga en klar pekepinn på den aktivitet og det engasjement som kan forventes på de kommende samlinger i Selskapet.

Etter en pause ble den faglige delen av møtet innledet av Olav Rutle som snakket om "Den gamle pasient og almenpraktikeren." Jacob Prytz snakket om "Hvordan utdanne veiledere for kommende spesialister i almenmedisin?" og Gunnar Telnes om "Skader og skadeforebyggende arbeid på Værøy." Også debatten etter de faglige innleggene var aktiv og det var tydelig at forsamlingen identifiserte seg med de omtalte problemer. Selv om tidsrammen for møtet raknet, var de fleste utholdende til siste slutt.

Stiftelsesmøtet i Norsk Selskap for Almenmedisin var en inspirerende opplevelse, og vi ser med spenning frem mot høsten og den første ordinære generalforsamling.

Magne N.

Professor Borchgrevink:

«SELSKAPETS MULIGHETER HELT AVHENGIG AV OPPSLUTNINGEN»

Det var ingen tilfeldighet at professor Christian Borchgrevink ble valgt som den første formann i Norsk Selskap for Almenmedisin. Som landets første professor i almenmedisin har han stått sentralt i utviklingen og utformingen av faget. Han representerer en garanti for det faglige fundament Selskapet må hvile på. Både nasjonalt og internasjonalt vil hans engasjement og kontaktflate være et aktivum for selskapet i den viktige oppstartingsfasen. Utposten har møtt professor Borchgrevink til en samtale om det nyetablerte Selskapet:

-Hvorfor har det tatt så lang tid å få etablert et Norsk Selskap for Almenmedisin?

-Det har vært nødvendig med en lang modningsprosess. I motsetning til f.eks. Danmark kom etableringen av de almenmedisinske institutter her i landet før dannelsen av et almenmedisinsk selskap. Dette førte delvis til at behovet for et selskap ikke ble så påtrengende, og delvis til at arbeidet med instituttetableringen tok så mye tid og krefter at overskuddet til flere nyskapninger manglet. Imidlertid har savnet av et slikt kontaktorgan som Selskapet vært følbart hele tiden, og nå anså vi altså tiden for å være moden.

-Hva er det som har gjort tiden moden akkurat nå?

Jeg tror ikke det er en spesiell grunn til at tiden var inne for et stiftelsesmøte akkurat nå. Egentlig ble jo initiativet i denne omgang tatt allerede høsten 1981, men på grunn av en del praktiske vanskeligheter tok det altså tid å får den egentlige etableringen gjennomført.

-Hva skjuler seg bak disse "praktiske vanskelighetene"?

-Det vil være kjent at Legeforeningen hadde klare synspunkter på en etablering av et Selskap for Almenmedisin på bakgrunn av allerede eksisterende spesialforeninger for almentpraktiserende og offentlige leger. Blant annet har spørsmålet om obligatorisk medlemskap i APLF/OLL stått sentralt. Etterhvert har imidlertid forholdet til Legeforeningens organer avklaret seg , og forholdet føles i dag ikke problemfylt. Det har skjedd en nyttig dialog, og også i forhold til Legeforeningen føltes nå tiden moden for å etablere Selskapet.

-Hvilke motforestillinger har skeptikerne til etableringen hatt?

-Delvis har en vel hatt frykt for at allerede eksisterende foreninger skulle tappes for krefter. Dessuten har det til i dag vært slik at andre organer delvis har ivaretatt de oppgaver Selskapet burde hatt, og enkelte har nok vært skeptiske til en endring. At Selskapet skulle komme inn og forkludre de mer fagforeningsmessige og forhandlingsmessige områder innen almenmedisinen har nok også vært en medvirkende faktor. Men som sagt, alt dette har fortatt seg etterhvert, og jeg føler nå at all uenighet om etableringen av Selskapet er forstummet.

-Kan du si noe om den profilen det nyetablerte Selskapet vil få?

-Det er klart at det engelske Royal College of General Practioners på mange måter er et forbilde for Selskapet. I de 30 år den engelske organisasjonen har bestått, har den hatt en enorm betydning for engelsk almenmedisin. Selv om vi her i landet ikke har tanker om å gjøre medlemskap avhengig av en spesiell eksamen som i England, vil vi på mange måter prøve å lære av denne engelske søsterorganisasjonen. Personlig tror jeg at Selskapet vil ha en stor oppgave i forhold til almenmedisinsk forskning.

-Hvordan skal den lokale aktivitet som omtales i formålsparagrafen ivaretas?

-I første omgang må Selskapet knytte kontakt med de eksisterende almenmedisinske miljøer og aktive enkeltpersoner rundt om i landet. I neste omgang må så dette arbeidet organiseres og utvikles. Det er et overordnet mål å stimulere til aktivitet ute i felten, og kontakten med distriktene blir en hovedoppgave. Styrets sammensetning gir jo også en bred kontaktflate til norsk almenmedisin.

-Hva vil bli de første oppgaver å ta fatt på?

-Først må jo styret etablere seg skikkelig. Innkallingen til det første styremøtet er nettopp utsendt. Som et eksempel på en konkret arbeidsoppgave kan jeg nevne at et forlag som ønsker å utgi medisinsk litteratur har henvendt seg til Selskapet. I slikt publiseringsarbeide tror jeg Selskapet vil finne en naturlig plass. Personlig er jeg særlig opptatt av å utvikle metoder for å måle kvaliteten av vårt almenmedisinske arbeid. Vi må etterhvert komme videre med praktiske modeller for evaluering av primærhelsetjenesten, og Selskapet må aktivt være med i dette arbeidet.

-Vil Selskapet bli en helsepolitisk maktfaktor?

-Det engelske Royal College presiserer sterkt at de ikke er opptatt av helsepolitikk, men av utdanning og forskning. Selv tror jeg at både utdanning og forskning er sider ved faget som har betydelige helsepolitiske konsekvenser. I den forstand vil nok også Selskapet gjennomsitt arbeide få helsepolitisk innflytelse.

-Spurt på en annen måte: hvor stor innflytelse vil Norsk Selskap for Almenmedisin få?

-Det står og faller med oppslutningen. Det er nå sendt ut en invitasjon til alle medlemmer av APLF og OLL. Det er vårt håp at oppsluningen vil bli god. Sjansen

til å oppylle formålsparagrafen vil helt og holdent avhenge av hvor mange som tegner seg som medlemmer. Medlemskontingnenten er satt til kr. 100.- og alle medlemmer av APLF eller OLL kan tegne seg ved å sende navn og adresse til Institutt for almenmedisin, Fr. Stangsgt. 11/13, Oslo 2.

-Kan Selskapet bli en splittelsesfaktor i norsk almenmedisin?

-Jeg tror ikke det. Det er klart at dersom Selskapet skulle gå ut og kreve en spesiell eksamen for å bli medlem, ville faren være til stede. Selskapet kunne da på en måte rekruttere en elite av norske almenpraktikere, og det er ikke målet. I dag er derfor en slik ordning ikke aktuell, og medlemskap vil være åpent for alle. Jeg tror ikke Selskapet vil bli en splittelsesfaktor og vil arbeide sterkt nettopp for å forhindre en slik utvikling.

-Føles avstanden til den daglige, praktiske almenmedisin som et problem for en professor som nå skal lede det nyetablerte Selskapet?

-Vi hadde jo håpet at både etableringen og oppstartingen av Selskapet skulle ivaretas av grupper utenfor de akademiske miljøer og helst også utenfor Oslo. Delvis ble jo også slike initiativ tatt bl.a. av kretsen rundt "Utposten" i Trondheim. Nå når tiden syntes moden for et stiftelsesmøte, var det imidlertid ingen andre som tok initiativet og derfor ble det som det ble. At mange føler avstanden mellom instituttene og den praktiske almenmedisin som vanskelig har jeg forståelse for. Jeg kan forsikre at også vi som bekler de akademiske stillinger innen faget er opptatt av dette problemet. En nærmere tilknytning til praktisk almenmedisinsk arbeid er da også blant de oppgavene som vil bli prioritert i tiden fremover.

- I dagens helsepolitiske debatt hevdes det fra flere hold at utbyggingen av almenmedisinen er en bløff fordi den ikke er rasjonell og besparende, men tvert i mot virker slik at det for hver almenpraktiker kreves enda flere spesialister og sykehussenger. Har du en kommentar til dette?

-Jeg tror ikke at en slik tankegang er riktig. Det er klart at i den grad skjult sykelighet avdekkes, vil det gi økt omsorgs- og pleiebehov. Imidlertid er almenpraktikerens rolle i det totale helsevesen helt avhengig av det innhold primærhelsetjenesten får. Dersom primærhelsetjenesten utbygges slik at den blir i stand til å utføre de oppgaver den er satt til, tror jeg det er en effektiv og rasjonell måte å drive helsevesnet på.

-I en tid med økonomiske problemer, økt kommunalt ansvar for helsetjenesten, begynnende arbeidsledighet blant kolleger og ikke minst stadig flere spesialister som letr etter nye "beitemarker", er norsk almenmedisin sterk nok til å motstå det gryende kravet om flere særomsorger?

-Jeg tror nok at vi iblant undervurderer faren i dagens situasjon. Spesielt i byene har fortsatt ikke generalisten et så sterkt fotfeste at situasjonen kan sies å være stabil. Legeforeningen har et spesialt ansvar for dette og Selskapet vil selvsagt også engasjere seg på dette feltet. Forøvrig har jo primærhelsetjenesten i byene vært et forsømt felt innen norsk almenmedisin. Det meste av forskning kommer fra distriktene. Etter hvert er imidlertid bydelslegeetaten i Oslo kommer mer med, og i fremtiden vil det ligge store oppgaver nettopp i de spesielle bymessige problemer.

-Helt til sist, kan du si noe om Selskapets forhold til "Utposten"?

-Personlig er jeg positiv til et nært samarbeid med "Utposten". Kretsen rundt "Utposten har da også stått sentralt i det forberedende arbeid med Selskapet. Samarbeidsformen mellom Selskapet og "Utposten" har foreløbig ikke vært drøftet i styret, men jeg kan tenke meg en ordning der Selskapet praktisk og konkret benytter "Utposten" i sitt arbeid.

Med disse lovende ord om samarbeid takker vi professor Borchgrevink for praten og ønsker lykke til. Selskapet synes å være i gode hender, og vi håper på et godt og nært samarbeid. Etter den lange modningstiden og den noe langtrukne forløsningen er det viktig å sette alle kluter til slik at i hvert fall oppvekstvilkårene for Selskapet bli best mulig.

Magne N.

NYTT NORDISK TIDSSKRIFT FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

Utposten har tidligere omtalt Scandinavian Journal of Primary Health Care. Sist år strandet den første utgivelsen på grunn av vansker med å sikre økonomien. Utposten hilser det nye tidsskriftet velkommen. Den store aktiviteten i både nasjonale og internasjonale almenmedisinske fora manifesterer seg i en faglig blomstring og bevisstgjøring som bidrar til å markere det særegne i generalistens situasjon både faglig og på et mer filosofisk nivå. Scandinavian Journal of Primary Care henvender seg til det samme publikum som Utposten, men vi frykter ikke at vi vil merke noen konkurranse fra det nye tidsskriftet: Scandinavian Journal of Primary Care aspirerer nok til å bli et flaggskip i nordisk almenmedisin. Utposten og det nye tidsskriftet vil bli lest og brukt på forskjellig vis. Tiltaket er både betimelig og velkomment. Vi håper at det norske almenmedisinske miljøet må kunne bidra til at Scandinavian Journal of Primary Care må bli et kvalitetsprodukt som konkret bidrar til å akkumulere og å systematisere kunnskap om vår hverdag. Så snart vi har mottatt det første nummeret, vil vi komme tilbake med en omtale av dette.

Professor Bent Guttorm Bentsen ved Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim har sendt oss nedenstående orientering om tiltaket:

Et nytt tidsskrift har sett dagens lys: Scandinavian Journal of Primary Health Care. Tidsskriftet er et naturlig ledd i den reformbevegelse i primærhelsetjenesten som har funnet sted i de senere år. I alle de nordiske land har det vokst frem et sterkt behov for et eget tidsskrift for forskning og utdannelse i almenmedisin og samfunnsmedisin.

I Norge ble Institutt for almenmedisin i Oslo opprettet i 1968, og det var det første universitetsinstitutt av dette slag i Norden. Senere kom Bergen (1972), Tromsø (1974) og Trondheim (1975) med tilsvarende institutter. I 1973 trådte ordningen med godkjennelse som almenpraktiker D.n.l.f. i kraft. I 1974 ble almenmedisinsk forskningsutvalg stiftet, og samme år ble The Norwegian Forum of General Practice konstituert. Først nylig fikk vi imidlertid en samlende organisasjon for norsk primærlegetjeneste: Norsk selskap for almenmedisin. En liknende utvikling har funnet sted i de andre nordiske land.

I nordisk sammenheng var finnenes initiativ i 1977 til de nordiske kongresser i almenmedisin av avgjørende betydning: København 1979, Bergen 1981 og Tampere 1983. Det gode samarbeid omkring kongressene, den stadig økende strøm av rapporter fra forskningsprosjekt måtte resultere i et felles initiativ: Et tidsskrift med oppgaver utover det de enkelte lands tidsskrift har hatt.

Tidsskriftet er på engelsk. Dette har sin naturlige forklaring i den betydelige intressen det internasjonalt er for nordisk primærhelsetjeneste. Både mellom de nordiske land og med almenpraktikere over hele verden er det behov for kommunikasjon og utveksling av ny kunnskap og erfaringer. Men tidsskriftet vil ikke bare omfatte legenes forskningsinnsats, men også våre samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten.

Tidsskriftet har fått støtte fra det nordiske forskningsråd til oppstartingen. Det svenske forlaget Almqvist & Wiksell har erklært seg villig til å ta den økonomiske risikoen de tre første årene. De almenmedisinske selskapene og foreningene i de nordiske land er støtteorganisasjoner. APLF, OLL og instituttene for almenmedisin/samfunnsmedisin har stått bak det norske engasjementet, et ansvar som vil bli overtatt av Norsk selskap for almenmedisin i løpet av året. Som norsk redaktør er oppnevnt Bent Guttorm Bentsen som samarbeider med en norsk redaksjonskomite. Redaksjonen er i København med professor Paul Backer som hovedredaktør. Han har vært den utholdende og drivende kraft bak tidsskriftet.

Tidsskriftet vil utkomme fire ganger årlig. Men det er vår oppgave, alle som arbeider i og med primærhelsetjenesten, å sørge for at vi får nok stoff og godt stoff. Vi tror vi skal makte det, - men vi vet ikke. Det er utfordringen til oss alle: Vær oppmerksomme på tidsskriftet dere som driver forskning i almenpraksis, - eller i primærhelsetjenesten. At redaksjonen må være kritisk er selvsagt, men det må vi i likhet med våre spesialist kolleger finne oss i. La oss få dine forskningsresulteter. Det er viktig for utviklingen av vårt fag - og vårt tidsskrift.

Avgjørende for tidsskriftets skjebne er opplaget. Abonnementet er på S.kr. 275.- årlig, S.kr.175.- for dem som er medlemmer av APLF eller OLL, - eller som arbeider ved instituttene. (Forlagets adresse er Almqvist & Wiksell International, Boks 45150, 10430 Stockholm). Hvis Norsk selskap for almenmedisin i sin tid tegner et kollektivt abonnement, vil prisen bli betydelig lavere. En informativ brosjyre er sendt ut, forhåpentligvis til alle potensielle abonnenter. I brosjyren følger en

oppfordring til å tegne abonnement, eventuelt etter oversendelse av et prøvenummer til dem som ønsker det.

La være å trekke generelle slutninger på grunnlag av det første nummeret. Det er godt, men vi garantrer at det blir enda bedre, - hvis vi får sjansen. Vi ber om alles støtte: gjennom abonnement. En egen rubrikk i dette tidsskriftet er åpen for kritikk. Der hører eventuell kritikk hjemme.

Den norske redaksjonen for Scandinavian Journal of Primary Health Care:

Bent Guttorm Bentsen (redaktør), Trondheim

Dag Bruusgaard, Oslo

Martin Holte, Trondheim

Kjell Johansen, Bergen

Anders Forsdahl, Tromsø

Ivar Sønbø Kristiansen, Borkenes

Hvor skal grensen gå?

Legeforeningens "grenseoppganger mellom almenpraksis og spesialistpraksis" har, så langt jeg har kunnet bedømme det, vakt påfallende liten diskusjon og interesse. Grenseoppgangene som har vært publisert i Tidsskriftet ankeltvis er nå samlet i et eget hefte, og sammen med "Tenkekomiteens tanker om morgendagens primærhelsetjeneste" utgjør dette en vesentlig del av det konkretiserte fundament for norsk almenpraksis. De to heftene er interessant lesning og grenseoppgangene inneholder mange nyttige og praktiske tips.

Et par av grenseoppgangene er likevel vanskelig svelgbare fordi de omfatter sentrale, hyppig forekommende tilstander der kartet absolutt ikke stemmer med det terrenget jeg møter i min hverdag. Jeg siterer fra kapitlet "Grenseoppgang almenmedisin-kirurgi" s. 40: "En almenpraktiserende lege bør kunne suturere... sår.. Han bør være tilbakeholden.. når såret omfatter spesielle lokalisasjoner som for eksempel ansikt, fingre.. Hvis det i slike tilfeller er nødvendig med primærsutur, bør dette eventuelt skje etter konferanse med spesialist i kirurgi." I kapitlet "Avgrensning av almenpraktikerens arbeidsoppgaver sett i relasjon til øre-nese-halssykdommer" heter det, s. 82: "Akutt suppurativ mellomørebetennelse med fortykket, injisert og eventuelt bukende trommehinne skal primært paracenteres uten antibiotika. Behandling med antibiotika alene er en kunstfeil hvis man ikke er trenet otolog." Jeg må spørre meg selv: når sydde jeg sist et sår som ikke var beliggende i ansikt eller på hender? Og hvor mange otitter har jeg ikke behandlet med antibiotika alene?

Årsaken til at jeg ønsker å vekke debatt om dette nå er at jeg i mange sammenhenger den senere tid har møtt tanker og ideer om enhetlige "utredningsprogrammer" og "vårdprogrammer" for almenpraksis. Så langt dette kan bedre kvaliteten på det arbeide som gjøres i almenpraksis er alt vel og bra. Jeg har imidlertid en følelse av at norsk almenpraksis fortsatt ikke er sterk nok til å motstå spesialistenes dominans over de faglige vurderinger i almenpraksis. Konsekvensene an slike konkrete, detaljerte grenseoppganger kan jo for fremtiden foruten medisinsk-etiske også bli juridiske, og da blir nok ikke "kunstfeilene" hverken hyggelige eller billige.

Hva mener mine almenpraktikerkolleger? Er ikke i det minste de to siterte eksemplene, jeg hadde nær sagt på grensen?

Magne N.

LOV OM HELSETJENESTEN I KOMMUNENE

Gull og grøne skogar eller brent jord?

Distriktslege Arnt Ree i Tingvoll har sendt oss denne vurderinga av moglege verknader i to mindre kommunar i Møre og Romsdal fylke av St. prp. nr. 72 (1982/83): Om bevilgninger til den kommunale helse- og sosialtjeneste i 1984.

Etter at St.prp. nr 72 passerte statsråd 11. mars d.å. har ein eit betre grunnlag for å vurdere framtidig økonomi ved overgang til kommunalt ansvar for distriktshelsetenesta kombinert med rammefinansiering. Prinsippet er slik at ca. 40% av midlane (refusjon + eigenandel) som går til legehjelp og fysioterapi er medtekne i rammetilskottet. Kommunane må så anten opprette fastlønsstillingar for legar og fysioterapeutar eller inngå avtale med privatpraktiserande mot driftstilskott.

Alle legar og fysioterapeutar kan imidlertid praktisere etter den nye reduserte normaltariff, altså utan avtale med kommunen. For fastlønsordningar blir det gjeve trygderefusjon i tilegg til rammetilskotet som likevekt mot uttaket etter stykkpris i andre kommunar.

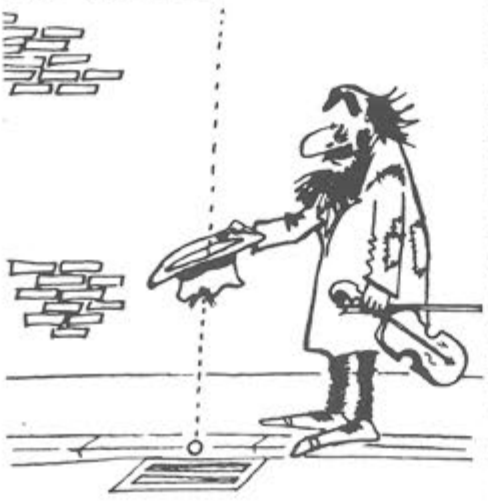
Proposisjonen gir eksakte tal for tilskottet til den enkelte kommune basert på ein fordelingsnøkkel med vekttal for innbyggjarar etter aldersfordeling, uførepensjonistar og dødsrate i kommunen.

Det totale rammetilskott til kommunehelsetenesta i 1984 blir 1465 mill. kroner, herav 100 mill. til skjønnsmessig fordeling etter skattefordelingsfondet. Det blir ingen særskild overgangsordning for helsetenesta. Reise- og skyssutgifter er førebels ikkje medtekne i rammetilskottet. Utgiftene til kommunehelsetenesta utgjer berre ein liten del av det totale helsebudsjettet, vel 8 %.

Umiddelbart synest eit stort antal kommunar å få økonomisk ulempe med nyordninga. Systemet med skjønnsmessig fordeling over skattefordelingsfondet, refusjon til fastlønsstillingar og ukjent storleik på driftstilskott og andre nye utgifter forkludrar reknestykket. Totalrama er auka ca. 17 % i forhold til 1983 for helsetenesta. Trass i prisstigning og omfordeling etter dei nye kriteria, burde dei fleste kommunane få eit brukbart tilskott.

På s. 15 i prp. står det: "En sammenligning i kroner av rammetilskudd etter det nye finansieringssystemet og faktisk forbruk etter dagens ordning ville være misvisende."

Med dette som utgangspunkt er det nedanfor forsøkt samla totale utgifter for året 1982 som skal inngå i rammetilskottet for 1984 for to samanliknbare kommunar i Møre og Romsdal:



Tingvoll kommune: fastlønsdistrikt, 3 legar, tre-delt vakt, 3600 innbyggjarar, mange tilreisande skoleelevar og mange eldre over 70 år.

Averøy kommune: kombinert distrikt, 4 legar, 4-delt vakt, 5500 innbyggjarar.

Samtidig er utgiftene fordelt på eigenandel, nettoutgift kommune og prosentvis fordeling av utgiftene til ulike tenester. 1982-tala må tilleggjast for prisstigning og annan utgiftsauke når ein skal samanlikne med tala i St.prp. 72.

For Tingvoll kommune kan det seiast at helsetenesta er vel utbygd, men er pr. idag utan jordmorteneste.

Ut frå St.prp. 72 får Tinvoll eit rammetilskott på kr. 1 257 000.- og Averøy kr. 1 848 000.-

Legg ein inn ein auke på 20% over to år totalt, også i kommunal egenandel, ein mindre auke på pasienteigenandel og reknar fastlønsrefusjon til ca. 100000.- pr. legestilling, finn ein at Tingvoll treng eit skjønsmessig tilskott tett opp til 1 mill. kroner ekstra for ikkje å få ei utgiftsauke utover 20 % på to år for same helseteneste som i 1982.

Sosialdepartementet vil gje tilråding om fordeling av dei 100 mill. kroner ekstra til skattefordelingsmeåidlar dersom ein ser berre på helsetenesta i kommunen. I Helsedirektoratet har eg fått opplyst at Tinvoll kommune til dømes blir tilrådd å få eit ekstra tilskot som langt på veg dekkjer den manglande million kroner.

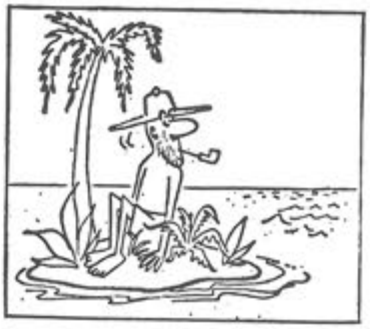
Den som lever får sjå og i mellomtida håpe at alle kommunar får høve til å drive ei tilfredsstillande helseteneste.

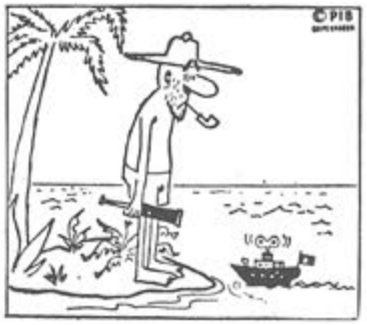
****

UTGIFTER PR. 1982 SOM SKAL INNGÅ I RAMMETILSKOTET.
(Summar i 1000 kroner)

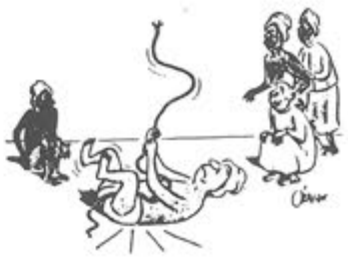
****

	Totalutg. ekskl. egenandel	Egenandel	Løn,sos. utgifter	Nettoutg. kommune	% av tot utgifter
TINGVOLL:					
Almenlege-teneste/lege-vakt/helserådsarb.(frårekna tilsyn med fylkeskomm. instit., men inkludert legeløn betalt av staten	2170	150	78 %	465.7	65 %
Fysioterapi-teneste	245	64		0	7.5 %
Heimesjuke-pleie	668		81 %	121.3	20 %
Helsesøster/ helsestasjon (inkl.fylkes-komm. løns-andel)	230.5		35 %	171.3	7.5 %
SUM	3313.9	214		758.3	100 %
AVERØY					
Almenlege-teneste/lege-vakt/helserådsarb.(frårekna tilsyn med fylkeskomm. instit., men inkludert legeløn betalt av staten	2084.3	210.6		122.4	56.2 %
Fysioterapi-teneste	260.9	133.8			9.2 %
Heimesjuke-pleie	1152.5			328.6	26.9 %
Helsesøster/ helsestasjon (inkl.fylkes-komm. løns-andel)	326.8			34.5	7.7 %
SUM	3824.6	344.4		485.6	100 %





****



BLIR 80-ÅRA PRIMÆRHELSETJENESTA SITT TIÅR?

Kva seier budsjettproposisjonen?

Regjeringa har no lagt fram sin Stortingsproposisjon nr. 72 (1982/83) "Om bevilgninger til den kommunale helse- og sosialtjeneste i 1984". Det er denne proposisjonen som skal gi kjøt og blod til alle dei fagre løfta om prioritering og styrking av primærhelsetenesta i åra som kjem.

Og proposisjonen presenterer klart behovet for ei slik styrking:

-endring i samfunns- og familiestruktur

-endring i sjukdomsmønster

-auking av talet på eldre (50 % auke av talet på personar over 80 år fram til år 2000)

-bedring av levekåra for dei funksjonshemma

Alt dette gjer at krava til primærhelsetenesta blir auka i åra framover, og at tilbodet må bedrast.

Primærhelsetenesta skal finansierast etter rammefinansieringssystemet. D.v.s. at staten for kvart år bestemmer kor mykje dei vil bruke på primærhelsetenesta (1365 mill. i 1984). Desse pengane skal fordelast mellom kommunane etter folketal, aldersfordeling, tal på uførepensjonistar og dødelegheit. Dessutan skal det settast av ein sum (100 mill. i 1984) til skjønsmessig fordeling.

Det er fordelar med rammetilskot. Det er framfor alt enkelt å administrere. Det gir også rettferdig fordeling mellom kommunene. Men denne rettferda er ei bulldozerrettferd. Vegen blir rett og jamn ved at bakketoppane vert skava og fylt ned i dalane. Denne metoden har klare svake sider overfor helsetenesta. Er det no sikkert at bakketoppane er so høge at dei toler å bli skava av?

Proposisjonen har gjort berekningar om korleis dei einskilde fylka kjem ut av omlegginga. Der er svært store variasjonar: Østfold får 45 % auke, medan Troms og Finnmark får 30 % reduksjon. Korleis ein tenker seg at fattige kommuner i Troms og Finnmark skal klara å løyse desse problema gir proposisjonen ikkje svar på.

Eg har sett litt nærare på tilhøva i mi kommune, Hareid i Møre og Romsdal. etter proposisjonen vil vi her få 1 470 000 i tilskot. Dei gamle finansieringsordningane ville gitt oss om lag 1 970 000. Vi blir såleis ei bakketoppkommune med ein inntektssvikt på 500 000 kroner ved nyordninga.

Har vi då her ei luksushelseteneste som det berre er rettvist å rive ned? Nei, eg synest ikkje det. Kommunen har 4300 innbyggjarar. Vi er 3 legar (1 pr. 1430 innbyggjarar). Det er betre enn landsgjennomsnittet no (1:1750), men dårlegare enn målsettingane (1:1250). For å normalisere arbeidstida og take opp nye arbeidsoppgåver burde vi snarast bli dei 4 som helseplanen reknar med. Vi har ei helsesøster. Landsnormen er 1:3000. Arbeidsoppgåveneseier også klart at vi i alle fall treng i alle fall ei halv stilling til. I heimesjukepleien arbeider 2 3/4 sjukepleiarar og 1 hjelpepleiar. Dei tar bra unna det daglege no, men arbeidsoppgavene berre veks frå månad til månad. Det vil dessutan alt no vere ønskeleg med utviding til heildøgnsvakt, og dette krev meir personell. Skal pasientane i heimesjukepleien bli meir skrøpelegeenn ei er, må vi ha heildøgnsvakt. Vi har 2 1/2 fysioperapeut. Der er stadige ventelister, men vi dekker nok litt frå nabokommunane også, så den dekninga bør vi kunne klare oss med sjølve.

Vi har altså ei bra helseteneste no, men framleis uløyste problem og utbyggingsoppgåver. Men vår helseteneste burde altså vere 1/2 mill. billegare. Eg trur nok mange kommunar kjem i ein liknande situasjon. Dersom ein skal unngå redusjon i tilbudet, må kommunen finne fram store bortgøymde ressursar, og det er det ikkje mange kommunar som har no. 80-åra kan altså innebere nedbygging av primærhelsetenester som no fungerer nokelunde tilfredsstillande. Dersom veksten i tilskota til primærhelsetenesta blir 4 % årleg, vil det ta 8 år før vi er oppe i same nivå som no. Først då vil vi kunne tenke på den styrkinga som må til for å løyse alle dei behova som er nemde.

Det ser dessverre ut til at 80-åra framleis vil bli primærhelsetenesta sitt tiår berre i festtalane og i vakre innleiinsord til stortingsproposisjonane.

Ottar Grimstad
Distriktslege i Hareid

LOV OM KOMMUNEHELSETJENESTEN

— TANKER OG TVIL —

Undertegnede havnet som fersk distriktslege i et kommunalt utvalg som skulle si sin mening om Juelkomiteens innstilling. Den foreslo som kjent kommunalt ansvar for primærhelsetjenesen.

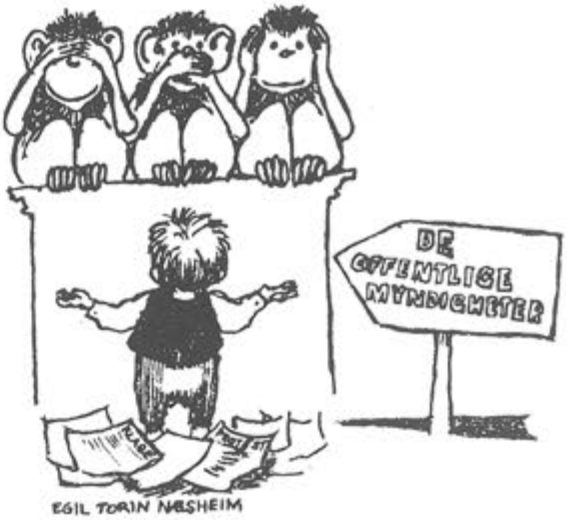
Med et lyst syn på tilværelsen og gode tanker om grasrotdemokratiet gikk jeg inn for den foreslåtte omlegging. 4 års erfaring i diverse planutvalg, seminarer om helsetjeneste sammen med politikere og praktiske erfaringer med kommunalforvaltningen gjør at skepsis og frustrasjon har tatt mye av optimismens plass.

Hvorfor?

Fordi jeg opplever at helsetjenesten i vår kommune med vel 12 000 innbyggere har svært lav status blant politikere og i kommuneadministrasjonen. Det har vært umulig å få gjennomslag for at primærhelsetjenesten er dårligere utbygd enn institusjonshelsetjenesten, - og dårligere enn andre kommunale tjenester.

Den offentlige delen av helsetjenesten i Vestre Toten er spredt på 6 kontorer + 7 "utkontorer" i skoler etc.. Ingen steder er flere profesjoner samlet i samme bygg. Legedekningen svarer til 1 pr. 2250 innbyggere og er 20 dårligere enn landsgjnnomsnittet. Kommunens leger har en gjennomsnittlig arbeidstid på 50-56 timer og kan risikere å å arbeide nærmest kontinuerlig i mer enn 30 timer i strekk i forbindelse med vakt. Gjennomsnittlig behandles ca. 45 pasienter pr. dag. Gjennomsnittlig ventetid for ikke ø.hj. er 16 dager. Dette fører nødvendigvis til dårligere behandling, og en rekke nødvendige kontroller blir utsatt eller utelatt. Forebyggende oppgaver, sosialmedisinske og psykiatriske problemer må ofte avvises. Sykehuset belastes med et stort antall pasienter som henvender seg direkte fordi de ikke får kontakt med distriktslegen.

Fylkeslegen påla i 1978 kommunen å gi planlegging av helsesenter høy prioritet. Plankomite for helsesenter ble oppnevnt i 1980 og avga sin første innstilling i september 1981. Plankomiteen ble så pålagt å utrede et redusert helsesenter og avga ny innstilling i desember 1982 med plass for distriktslege, helsesøstre og hjemmesykepleie: et helsesenter på tilsammen 680 kvm og med byggepris på 3.9 mill. kroner. (Alternativt ombygging av eksisterende bygninger for 3 mill. kroner).



Ingenting av dette har ført til vedtak som gjør det mulig å samordne og bygge ut helsetjenesten i kommunen. Innvilget ny distriktslegestilling er ikke besatt på grunn av manglende kontorer.

Investeringer i helsetjeneste er nytt for mange kommuner. Derimot satses det friskt på de tradisjonelle kommunale områdene med nye skolebygg, idrettsanlegg, vann/kloakk osv.. Statens mål er nå å styrke kommunehelsetjenesten amtidig som ansvaret for den overføres til kommunene med svært beskjedne krav til omfanget av tjenestene. Med bakgrunn i erfaringene herfra kan man frykte at det blir en fiasko.

DISTRIKTSLEGEN SOM HELSESJEF?

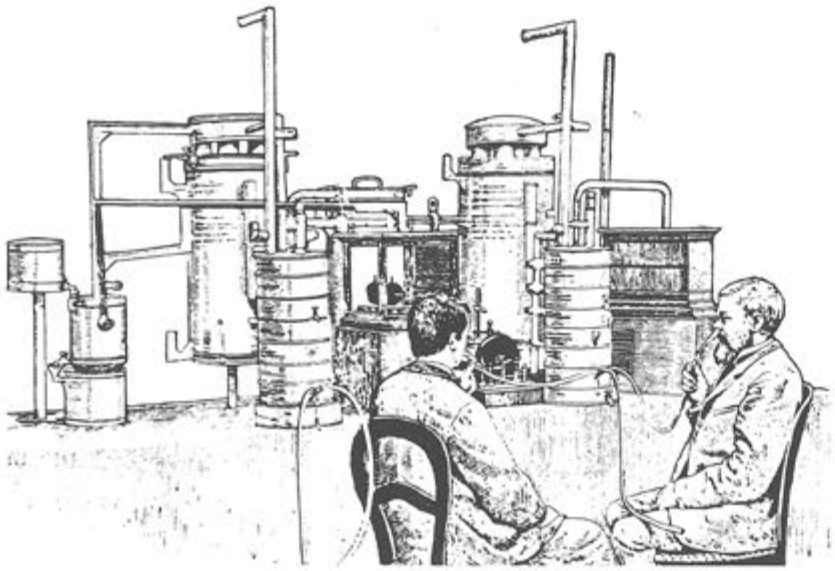
Den nye loven pålegger helsepersonellet å bruker store mengder tid og energi på administrasjon av helseetaten og byråkratiske samarbeidsformer med politikere og kommunale myndigheter. Der hvor behovet for utbygging er størst, er dessuten arbeidspresset allerede så stort at vi har vanskelig å bruke all den tid som trengs i møter, utvalg o.l..

Ønsker vi som offentlige leger å bruke enda mer tid på ikke-medisinsk virksomhet i framtida? De fleste av oss ønsker en lege som helsesjef i kommunen, men frykten for å miste kontakten med praktisk medisin og greie å holde følge med den faglige utvikling er berettiget.

Blandet med erfaring fra en kommune der utbygging av en svak helsetjeneste er tungt nybrottssarbeide i kamp mot uvitenhet, vanetenkning og fordommer, virker stillingen som helsesjef lite forlokkende. Mange distriktsleger kan vel bli fristet til å overlate plassen til en sosialsjef, økonom eller andre.

Til nå har de fleste distriktsleger følt et ansvar for helheten i kommunens helsetjeneste. Mye erfaring og vilje til innsats går tapt for kommunen om de må lete etter nye ledere for sin helseetat.

Fredrik Langballe
distriktsslege Vestre Toten



Laboratoriet i almenpraksis:

En viktig målsetting for den nye Utpostenredaksjonen er å få med faglig stoff som er relevant for de praktiske oppgaver og problemer den enkelte almenpraktiker møter i sitt daglige arbeide med pasientene.

Mye av dete arbeidet dreier seg om utredning, diagnostikk og kontroll av sykdommer der legens anamnese og kliniske undersøkelse alene ike er tilstrekkelig for å gjøre en skikkelig jobb. I tillegg er det ofte nødvendig med laboratorieundersøkelser av forskjellig art - dels undersøkelser som gjøres på legens eget kontor, dels undersøkelser av prøver som legen sender f.eks til nærmeste sykehus.

Hvilke prøver bør vi almenpraktikere kunne undersøke selv? Hvilke prøver er relevante å sende til større laboratorier ved forskjellige tilstander? Hvor langt bør vi selv utrede f.eks diabetes, infertilitet, kroniske diareer, anemier m.m., og hvordan bør vi gjøre det?

I Utpostens "Laboratoriet i almenpraksis" vil vi ta opp denne typen problemer. Grenseoppgang og samarbeid mellom almenpraktiker vil også bli diskutert, og leserne må gjene kmme med egen bidrag ut fra egne erfaringer.

Øystein P.

Infertilitetsutredning i almenpraksis

Møre og Romsdal legeforening arrangerte i slutten av januar dette år et obligatorisk emnekurs i gynekologi og obstetrikk i Molde. Infertilitet var et av temaene som ble tatt opp. Spesiallege Martin Solberg ved Fylkessjukehuset i Molde la fram et praktisk opplegg for hvordan almenpraktikere bør utrede dette problemet og når en bør henvise til spesialist. Med velvillig samtykke fra Martin Solberg har Alf Ursin laget følgende resyme.

Første konsultasjon: Det er vanligvis den kvinnelige parten som presenterer problemet for almenpraktikeren, og ved den første konsultasjonen vil det være naturlig å ta opp en grundig menstruasjonsanamnese og å utføre en gynekologisk undersøkelse med relevante prøver.

Andre konsultasjon: Begge parter bør møte denne gangen slik at en kan få forklart litt om de mange årsakene til infertilitet og hva en utredning av problemet omfatter. Både på dette stadium og senere i utredninga bør en være forsiktig med å ordlegge seg slik at den kan oppfattes som at det er bare den ene av partene det er noe "feil" med. (Grovt regnet synes årsaken å ligge hos kvinnen, mannen eller kvinnen og mannen i ca. 33% for hver av de tre mulighetene.)

Det er også viktig å forklare partene at de ikke kan forvente graviditet i utredningsfasen, og at de i denne perioden ikke skal telle dager o.l. for å prøve å planlegge en befruktning. For enkelte par kan det å slippe "prestasjonsangsten" eller "befruktningspresset" ved hvert samleie få overraskende positive konsekvenser.

Ved den andre konsultasjonen vil det også være naturlig å foreta en undersøkelse av mannens sæd (noe det selvsagt da må gies beskjed om ved første konsultasjon). Mannen bør ikke ha hatt sæduttømming i 4 døgn forut for masturbasjonsprøven, og den sæd-

"No, it doesn't matter how many times. You only need one pill a day."

prøven som leveres til legen bør være mindre enn 1-2 timer gammel og helst ha vært transportert ved kroppstemperatur (f.eks. i innerlomme).

Normalt skal der være 2-6 ml sæd (sug opp i sprøyte og mål). En bør deretter mikroskopere en dråpe av sæden ufarget under dekkglass ved 100x forstørrelse. Normalt bør minst 50 % av sædcellene ha en livlig fremadrettet bevegelighet, og om en ser minst 20 sædceller pr. synsfelt, kan en regne med at antallet er normalt. Mer nøyaktig blir det om en bruker tellekammer, en en bør da regne med at 40 millioner sædceller pr. ml er nødvendig for fertilitet. Det kan være tegn på dårlig sædkvalitet at man ser mange sædceller med avvikende form. Mange leuko- eller erythrocytter kan også være et dårlig tegn.

Dårlig sædkvalitet eller oligospermi er det dessverre lite å gjøre med. (En forutsetter at dette bedømmes etter en forskriftsmessig tatt og undersøkt prøve)

Finner en at mannen har normal sæd, bør kvinnen måle temperaturen i 3 måneder. Normalt stiger denne 0.3-0.5 grader omkring eggeløsninga og temperaturøkninga skal normalt vare mer enn 3-5 dager. Avvik kan tyde på kort luteal fase: noe som eventuelt kan korrigeres ved å gi Fysex e.l. etter konferanse med gynekolog.

Tredje konsultasjon: Etter tre måneder bør en så studere kvinnens temperaturkurve for å se om den har den normale form med ovulasjons- og lutealfase.

Fjerde konsultasjon: 4-10 dager før forventet menses (18.-24. dag i en 4 ukers cyclus) bør kvinnen så komme tilbake for å ta følgende hormonprøver:

-LH: Lav verdi kan tyde på hypofysesvikt. Høy verdi tyder på ovarialsvikt.

-Prolaktin: Høy verdi sees ved hypofyseadenomer (og stress)

-Progesteron: Lav verdi kan tyde på manglende ovulasjon.

-Østradiol: Lave verdier taler for sviktende ovariefunksjon.

-Fastende blodsukker for å utelukke diabetes mellitus.

-T4(evt.andre thyreoideaprøver): For å utelukke lidelser her.

Femte konsultasjon: Når svar på de prøvene som er nevnt ovenfor foreligger, bør kvinnen henvises til gynekolog for videre utredning, bl.a. med tanke på:

a. Laparaskopi og kontrastperturbasjon, som er bedre enn

b. Hystrosalpingografi (OBS! 40% falske negative).

Søkelys på turnustjenesten

For et knapt år siden ble det stiftet en ny forening innen medisinen: Norsk forening for medisinsk utdannelse. Dens første oppgave besto i å arrangere et seminar med tittelen : "turnustjenesten: målsetting, innhold og utdanningsmessig utbytte". Turnustjenesten kan vise seg å dukke opp igjen i den faglige og fagpolitiske debatt nå når den nye loven om primærhelsetjenesten er lagt på bordet. Ettersom jeg enda ikke har sett noen omtale dette seminaret, og enda mer fordi den 40-talls store deltakerforsamlingen også tellet kolleger med ikke ubetydelig fagpolitisk tyngde, syntes jeg seminarets hovedpoenger og konklusjon bør gjøres kjent for flere. Så la oss gå tilbake til 23. november 1981 og følge noen av diskusjonens linjer.

Turnuskomiteens formann Arnt Jacobsen jr. redegjorde for turnustjenestens historiske bakgrunn i Norge. Opprinnelig var turnustjenesten en integrert del av den medisinske grunnutdannelsen tillagt Kirke- og Undervisningsdepartementet og med et klart undervisningsmessig siktemål. Av forskjellige grunner ble denne tjenesten overført til Sosialdepartementets arbeidsområde i 1954, og fikk etterhvert den form vi kjenner idag. De undervisningsmessige aspekter av turnustjensten er kommet mer i bakgrunnen og er erstattet med prinsippet om læring gjennom eget arbeid. I takt med dette er også turnuskandidatenes lønns- og arbeidsbetingelser blitt betydelig bedre.

Likevel har det i flere perioder vært ytret betydelig misnøye med turnustjenesten fra kandidatenes side. Misnøyen kuliminerte med at kull av utenlandsstudenter nektet å gå ut i turnustjeneste høsten 1966. I forbindelse med denne situasjonen ble det gjennomført en undersøkelse ved Arne Martinsen og Yngvar Løken med henblikk på å kartlegge turnuskandidatenes syn på tjenesten. Misnøyen med tjenestens innhold

Forts. neste side

var mest uttalt for den kirurgiske turnustjenesten, der bare 59% av kandidatene erklærte seg fornøyd. For tjenesten ved medisinske avdeling og i distrikt var forholdene åpenbart bedre, ettersom henholdsvis 79 og 78 % av kandidatene sa seg fornøyd med forholdene.

Et gjennomgående problem synes å være at turnuskandidatene opplever for lite selvstendighet og samtidig får for dårlig veiledning i arbeidet. Ved forskjellige anledninger har det vært diskutert muligheten av å avskaffe turnustjeneste, noe innlederen for sin del mente ville være svært uheldig i den nåværende situasjon.

Erik Falkum supplerte innledningen med noen ferske inntrykk fra sin egen turnustjeneste. Han mente at det var et uheldig misforhold mellom den uselvstendige rolle turnuskandidatene hadde i arbeidet på vanlig dagtid og det selvstendige ansvar som ble lagt på kandidatene under nattarbeid og vakttjeneste. Han mente at assistentlegene i langt sterkere grad burde engasjeres som veiledere for turnuskandidatene, samtidig som det utdanningsmessige utbyttet kunne økes gjennom seminarer og faglige møter. Noen steder hadde turnuskandidatene rett og slett inntrykk av å være "hår i suppa", særlig under tjeneste ved kirurgiske avdelinger. I slike sammenhenger gir rent rutinearbeid og journalskriving lite utdanningsmessig utbytte.

Hans Ånstad mente det var viktig i dagens situasjon å klargjøre hva turnustjenestens formål egentlig skal være. Gjennom den (da) kommende loven om helsetjenesten i kommunene vil det offentlige også få ansvar for turnustjenesten i distrikt. Kommunene vil spørre seg om dette er en del av grunnutdannelsen eller videreutdannelsen, og det er ingen selvfølge at kommunen vil være innstilt på å opprettholde ordningen. Etterhvert som legedekningen utover landet blir bedre, vil argumenterfor å ansette turnuskandidater for kort tid stå svakere.

Erik Anker fra YLF mente det var svær viktig å "tviholde" på det nåværende turnussystemet. Han mente det ga en verdifull anledning til "on the job training". Slike arbeidsmuligheter ville det blitt svært vanskelig for de fleste kandidatene å skaffe seg dersom Helsedirektoratet ikke administrerte ordningen.

Sigurd Seim mente at de medisinske fakultetene prinsipielt bude ta på seg et større ansvar for turnustjenesten. I denne sammenheng ble det referert en henvendelse fra Fylkeslegen i Hedemark til Sosialdepartementet der man ber om at kursene for turnuskandidater i distrikt i offentlig helsearbeid "må ansees som en del av grunnutdannelsen av norske leger og at universitetene (de almenmedisinske institutter?) bør ha det overordnede ansvar for kursene i sin helseregion". Henvendelsen er oversendt de medisinske fakultetene til orientering, men noe ytterligere utspill fra sentralt hold er ikke kommet.

Jacobsen nevnte at man i tunuskomiteen ofte har stått overfor det problem at turnustjenesten på enkelte mindre sykehus har vært ansett som faglig lite utbytterikt. På den annen side har man turnuskomiteens side vegret seg for å erklære disse sykehusene som uegent som turnussted, fordi man i så fall ville risikere at llegetjenesten ved sykehusene brøt helt sammen. Forøvrig mente han at turnustjenesten i distrikt burde kunne utvides til også å gjelde helsesentre eller legegrupper uten distriktslege: bydelslegesentrene er aktuelle i denne sammenheng.

Det ble hevdet at man i alle fall må sikre at turnuskandidatene får en grundig innføring i offentlig helsearbeid. Enkelte var også bekymret for at turnustjenesten i dag tar for dårlig vare på de sosialmedisisnke aspekter i legearbeidet. Fredrik Melby understreket dette poenget sterkt.

Seminaret ble avsluttet med en entydig oppsummering av at turnustjenesten er et nødvendig ledd i systemet for utdanning av de ferdige leger, og at man i hvert fall ikke må eliminere turnustjenesten slik grunnutdannelsen er idag. Det syntes å være enighet om at Sosialdepartementet fortsatt bør ha det overordnede ansvar for turnustjenesten. Dette skulle likelvel ikke være til hinder for at turnustjenestens utdanningsmessige innhold blir bedret, bl.a. ved en bedre strukturert veiledningsordning.

Trondheim, 31.10.82.

Steinar Westin

«ord og vendinger i praksis»

I Utposten nr. 5-6/82 kom det en invitasjon til bladets lesere om å sende inn ord og vendinger fra praksis... og jeg lot meg friste over evne - av flere grunner:

For det første har en perifer, fåmælt almenpraktiker av og til inntrykk av at Utposten er et forum for folk som kjenner hverandre godt og nærmest står i daglig kontakt likevel...

For det andre at Utposten er såpass uhøytidelig at man ikke behøver doktorgrad for å skrive der...

For det tredje - jeg har faktisk gjort noen erfaringer selv.. på tross av at det jeg skriver avviker både med hensyn til kjønn og alder fra den gjennomsnittlige almenpraktikeren.

Jeg er østlandsjente, født og oppvokst i epoken før fisk på Østlandet bare ble å få kjøpt i rektangulære skinn og benfrie utgaver. Jeg hadde likevel ikke drømt om at torskens opphav skulle ha så mange synonymer _ oppsi'fesk, skrei, gjedd, tosk (uten r), fersk fesk bare for å nevne noen... for ikke å snakke om alle variantene for tilberedelse (tørka, stråla, bokna, salta osv.).

Skjebnen eller et ugunstig turnusnummer gjorde at jeg havnet i Lofoten med minimal tidligere NordNorgeserfaring.

Første journal på sykehuset ble en blandet opplevelse. Yrkesanamnese? "jo, æg ror feske." I min ungdommelige fantasi så jeg for meg mannen ombord i en fembøring med årer og råseil, iscenesatt av Espolin Johnson _ inntil jeg at båten var på drøye 50 fot, for tiden "på ræka" på Finnmarka (agnreker) - og han selv altså internert på sykehuset fordi en "fjåttat" distriktslege sendte ham med en hematemese/melena. Mine forsiktige spørsmål om vannlatning ble besvart med "æg må nu pess mekvert om natta", avføringen "de kjem nu rættvein" og tobakksvanene "de bi nu nån russera før dag". Jeg erindrer ikke hvordan det trykte resultatet så ut.

Senere skulle jeg altså selv bli "fjåttat" primærlege i samme kommune.

Distriktet "mitt" har tidligere fått skjønnlitterær omtale av annen lege "bak Lofotveggen" og personer/steder gjenkjentes etter kort tid. Hovedinntrykket er vel at de fleste fra den gang fortsatt er i live - til opplysning kan det nevnes at boka omhandler førtitallet. Med 20-25% av befolkningen i aldersgruppen over 67 år står distriktet i en særstilling.

Det tok meg bortimot 2 år å bli akseptert som distriktslege - og det utslagsgivende var vel helst at jeg fikk en ung og vakker kandidat av samme kjønn som meg selv.

De språklige problemene forsterkes naturlig nok når en står overfor en pasientgruppe med høreapparat og dr. Munster i lokalavisen som kilde til ajourført viten. Konsultasjonen er videre preget av at de eldre i Lofoten har omfangsrike tradisjoner med hensyn til bekledning - opptil 6 lag når ytterklærne etterlates på venteværelset.

Lofotens innbyggere har det trolig ikke mer vondt enn andre når de er syke, men terminologien tar det tid å venne seg til: Det riv og brenn "som kjøttet rives frå beinet" eller "som man sku fær åt"(=dø) selv ved banale lidelser.

Mest utbredte lidelse synes å være "mekvertitten", betegnelsen har jeg fra en lokal kollega, og den er vel egentlig ikke folkelig - menikke desto mindre dekkende for en betydelig del av sykdomspanoramaet. "Mekvert riv og bryt det" og legen forutsettes å kunne finne ut hvorfor, evt. gjøre noe med det. "Mekvert" betyr av og til - fortrinnsvis aldri på konsultasjonstidspunktet. Og spør manom relasjoner til måltider eller anstrengelse er selvsagt "mekvert" det klargjørende svar. Og om man mot formodning skulle finne på en brukbar behandling og senere forhører seg om hvordan det går, kan pasienten bekrefte at "mekvert går det bedre, mekvert er det på det samme".

Distriktet hører også med til den delen av landet som mistet sin manuelle telefonsentral sent, men min uerstattelige kontordame er vel nærmest en forlengelse av sentralen. Dersom jeg en sjelden gang tar telefonen, i hennes fravær, får jeg stadig beskjed om at pasienten vil ringe senere, når hun er tilstede. Og leser jeg inn beskjeder på telefonsvarer får jeg straks høre på bygda at legen "hadd nu så travelt at ho ikkje vørt å hør etter ka æg sa".

Men på tross av små kommunikasjonsvansker - man blir lokalpatriot av å bo på et slikt sted. Man aksepterer sjitvær og sjyverk og alt til faget hørende og lengter slett ikke til en fastlønnet stilling på det sentrale Østland. Jo, man trives. Stortrives, faktisk. Så om reklamen skulle lokke noen til disse kanter: her blir ingen stilling ledig med det første, nei.

Med vennlig hilsen
Elin Gjerstad,
Vestvågøy II, Borge.

Litt.: Lund, O: Som lege bak Lofotveggen.

ALMENPRAKSIS MOT FULL SPESIALITET
II — KURSOFOBIA MALIGNA

Nils Lønberg distriktslege i Sandøy

I "Utposten" nr. 7-8/des.82 og i Tidsskriftet den 30.1 d.å. har H. Drøsdal kommentert Prytz' argumenter for almenpraktiker Dnlf-ordningen og for almenmedisin som full spesialitet.

Det kan være belærende å bli imøtegått og å møte andre oppfatninger, men Drøsdals innlegg inneholder imidlertid påstander så drøye at man begynner å tvile på om det er alvorlig ment.

Med hensyn til Drøsdals bemerkning om at almenpraktiker Dnlf-tittelen er på vei til å bli et statussymbol er vel bare å si at den bør være en milepel på samme måte som bestått embedseksamen gir rettigheter og "status" som den medisinske student ikke har.

Den mest eiendommelige setning i Drøsdals innlegg er følgende: Det er ikke kunnskapene som mangler hos den norske almenpraktiker idag.

Skal man fortvile, ironisere, gråte eller le?

La oss forsøke litt selvransakelse:

Almenpraktikernes standard vil antagelig fordele seg omkring en middelverdi som vi kan forsøke å bedre mest mulig - og det er vel det som det til syvende og sist gjelder.

Forts. neste side

I almenpraksis spiller kvaliteten og kvantiteten av sykehusutdannelsen den ene hovedrolle - den andre legges av legens motivering og egen personlighet, og alle disse forhold vil påvirke hans senere standard som almenpraktiker. Hva sykehuserfaring angår er kravene i Norge så minimale at de fleste andre land undrer seg.

Nye leger i almenpraksis sees undertiden på intens jakt etter pheokromocytomer, folinsyremangler, hjernesvulster og andre spennende ting. Det er selvfølgelig interessant å finne dem - men de barske realiteter er vonde rygger, fortvilte sjeler og behandlingsresistente leggsår.

Dette kan være en skuffelse for noen - en utfordring for andre. Viljen og evnen til å tilegen seg et nytt fag - tildels på egen hånd - er her betydningsfull.

Det danske Ugeskrift for leger har en rubrikk som jeg savner i Tidsskriftet. Rubrikken MEMENTO bringes nesten hver uke og inneholder i telegramstil sykehistoriersom belyser forløp og behandlinger som burde vært annerledes. Rubrikken har stor verdi som "dårlig samvittighet" i det den løpende minner leger om fallgrubene som ligger rundt oss alle. Handlingsforløpene beskrives i et nøkternt språk uten personlige dreininger eller hoverende bedreviten. En kort lakonisk moral avslutter hvert MEMENTO som bl.a. forteller om:

Leger som unnlater rectaleksplorasjon.

Leger som eksplorerer kvinner med vaginalblødning i 3. trimester.

Leger som behandler impetigo med kvikksølvsalve.

Leger som exciderer maligne melanomer - og unnlater mikroskopi.

MEMENTO forteller gyselige historier som kan få det til å grøsse hos en hver lege og kanskje initialt vekke en frydefull fornemmelse av uskyld og frelsthet idet den første tanke ofte vil være: Dette kunne aldri jeg gjøre.

Noen leger tenker litt dypere.

Effektive, men smertefulle innlæringssituasjoner er de hvor man tar grusomt feil og mitt eget synderegistr er stort.

Bl.a. minnes jeg den 49-årige mann med høy feber og diare som jeg trodde hadde en gastroenteritt. Dagen etter perforerte hans blindtarm, og han overlevede med nød og neppe.

Jeg tror de fleste leger bør ta feil av en appendicitt minst en gang i sitt liv. Ellers utvikler man neppe tilstrekkelig ærbødighet overfor denne djevelske tilstand.

Det lille skrift fra legeforeningen: "Greneseoppganger mellom spesialist og almenpraksis" gir gode retningslinjer for hva almenpraktikere bør kunne og burde studeres av nåværende og kommende almenpraktikere.

For noen fags vedkommende er kravene satt ganske høyt - men visse fag mangler jo totalt.

Faget fysikalsk medisin er nesten totalt neglisjert i utdannelsen, og få leger har rimelig kunnskap i dette fag. Utover myalgier og tendinitter er innsikten beskjeden. Fysioterapi, analgetika og sykemeldinger er som regel beslutningene - og til syvende og sist kommer de fleste seg. Moder natur er jo som oftest nådig både overfor pasienten og legen. Undertiden kommer pasienten seg ikke ved hjelp av - men på tross av legens beslutning.

Det er mulig det finnes almenpraktikere i Norge med basal viten om manipulasjonsbehandling - men undertegnede har ikke møtt noen enda.

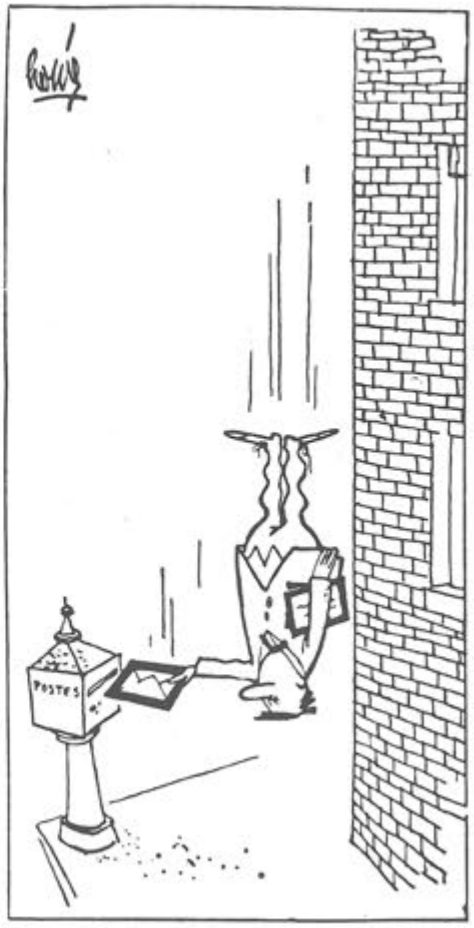
En del tilstander er slik at enkle manipulasjonsgrep fører til momentan helbredelse - og det må vel skyldes en blanding av standshovmod og konservatisme at ikke manuell medisin forlengst har inngått i det medisinske studiet.

Er det ikke kunnskapene som mangler?

Selvfølgelig gjør de det - men vi bør prøve å bedre både utdannelsen til almenpraksis og vedlikeholdet av våre kunnskaper.

Både almenpraktiker Dnlf-ordningen og en vel tilrettelagt spesialistutdannelse i almenmedisin er tiltak som vil hjelpe oss i disse bestrebelser.

En bra utdannelse vil neppe kunne utnyttes maksimalt av alt for usikre - og alt for selvsikre leger, men for leger med intakt lærevillighet, med kritisk sans og med selvkritikkens nådegave, vil en bra utdannelse komme både pasienten, legen og samfunnet til gode.
Kanskje vi møtes på et kurs Drøsdal?



Tilsvar fra Harald Drøsdal:

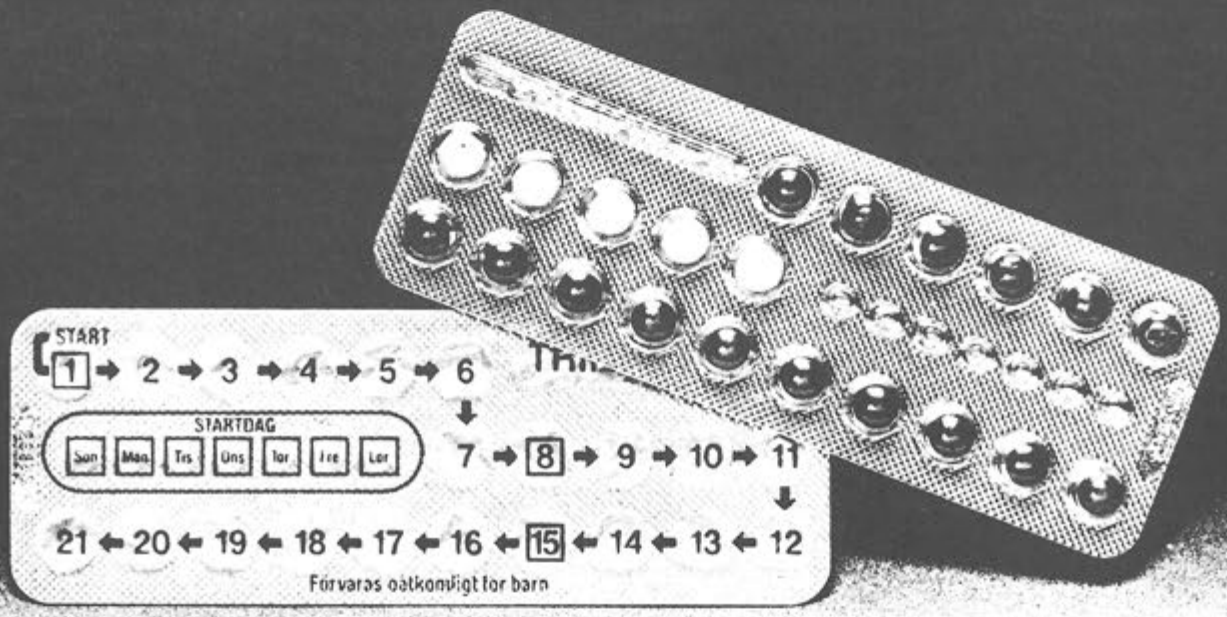
Herr redaktør.

Det er tydelig at kollega Lønberg ikke har lest mitt brev i Tidsskriftet (3/83) særlig grundig, eller forstått innholdet. Han virker mer interessert i å angripe personen enn å diskutere saken, kanskje ikke så uvanlig, men allikevel nokså uproduktivt. Jeg har forgjeves lett etter bevis på at mine "påstander" om etter- og videreutdanning er "drøye". Lønbergs indirekte påstand om at en almenpraktiker Dnlf er en bedre rectal eksploratør enn en uten denne utdannelse kan vanskelig tas alvorlig. Som bevis for en kvalitetsforskjell mellom de med og de uten videreutdannelse er argumentene ikke holdbare.

Forts. side 20.

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

Drøsdal ....

Forts. fra side 18.

Han er også indignert over min antydning om at Dnlf-titelsen kan bli et statussymbol, og sammenligner den med embedseksamen. Til embedseksamen stiller alle ganske likt når det gjelder å gjennomføre denne. Det faglige innholdet er også likt for alle. Dnlf-videreutdannelsen diskriminerer grovt mellom målgruppene på de praktiske forutsetninger, og det faglige innhold kan være meget variabelt. Jeg synes ikke Lønbergs sammenligning holder mål.

Det er allikevel hyggelig at Lønberg er enig med meg på en rekke områder: almenpraksis må preges av medmenneskelighet. Vonde rygger og leggsår er langt hyppigere i hverdagen enn mer eksotiske sykdommer. Derfor er tiden pr. pasient den mest begrensende faktor for almenpraktikeren. Vi er også enige om at en videreutdannelse før start i almenpraksis vil være gunstig. I den sammenheng er fysikalsk medisin ett meget viktig fag, langt viktigere enn mye av den sykehustjeneste og obligatoriske kurs som i dag brukes til videreutdannelse. Jeg deler også synet på legenes "feilbarlighet". Ufeilbarlige i faglig samenheng blir vi bare hvis vi tilbringer hele året på kurs. Da får imidlertid pasientene lite nytte av oss.

Mine tanker om videre- og etterutdanning er alvorlig ment. Vi trenger en videreutdanning før oppstart av praksis. Den må være godt forberedt av kolleger som selv arbeider i almenpraksis. Den bør i utgangspunktet være konsentrert og kortvarig, for senere å kunne utvides hvis behovet dokumenteres. Dnlfordningen, som representerer en grov diskriminering mot selvstendig næringsdrivende kolleger, må samtidig avvikles og ikke brukes som overgang til et nytt hierarkalsk system. Kursaktiviteten må spres ytterligere til de lokale sykehus og lokale legegrupper. Kursene bør være kortere og mer praktisk relatert til almenpraktikerens hverdag. En etterutdannelse bør innføres parallelt for alle leger, når og hvis behovet kan dokumenteres.

Jeg håper vi kan møtes på kurs, Lønberg. Jeg kan anbefale det faglige innhold på møtene i Asker og Bærum legeklubb. Avholdes en gang pr. mnd. på Bærum sykehus.

Strid om bedriftshelsetjenesten i Sør-Trøndelag:

«Legene bør holde fingrene fra fatet»

Av TORBJØRN GRØTTE

Det er brutt ut sterk strid om hvem som skal ha ansvaret for bedriftshelsetjenesten i enkelte kommuner i Sør-Trøndelag. Bakgrunnen for dette er den mobile helsetjenesten fagorganiserte i bygge- og anleggsbransjen har satt i gang. Det er helserådet i Oppdal som har reagert kraftigst på dette til nå. De har syslet med planer om en egen bedriftshelsetjeneste, og sier i et vedtak at det er uheldig at disse planene nå må konkurrere med de fagorganisertes tiltak.

— Leger har sagt til meg: Du skjønner jeg trenger å tjene disse 150 000 kr på si. Og jeg skjønner — men vi kan ikke ta hensyn til det. Vårt ansvar er å bygge ut en bedriftshelsetjeneste som vi alle er tjent med.

Overlege Aud Blegen Svindland var ikke nådig i sin omtale av enkelte av sine kolleger under Arbeidstilsynets oppklaringsmøte om bedriftshelsetjenesten på Tynset onsdag. Ingen av de legene som lokalt har deltatt i siste høsts debatt av bedriftshelsetjenesten var tilstede på møtet. — Og jeg savner dem ikke, sa Blegen Svindland. Hun hevdet at å overlate bedriftshelsetjenesten til leger i primærhelsetjenesten var ensbetydende med at man ikke fikk en fullverdig bedriftshelsetjeneste. — Istedet får man bare dyre helsekontroller.

Legene har langtfra så stor betydning i bedriftshelsetjenesten, som de sjøl gir inntrykk av, ble det hevdet.

legenes avispolemikk i denne saken som «skandaløs».

— Ikke i noe annet land enn Norge har noen funnet på noe så galt som å foreslå å legge bedriftshelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Men så er det heller ikke de glupeste, offentlige legene som forsøker å legge seg på denne ordningen, sa Blegen Svindland.

Den slags frimodig tale ble det reagert sterkt på fra Alvdal/Folldal-benken. — De spark som her er gitt til distriktets leger, fortjener de ikke, sa Sverre Sørbø.

— Fagbevegelsen har i lang tid kjempet med legene om hvem som skal ha ansvaret for bedriftshelsetjenesten, nå bør de holde fingrene fra fatet, sier Ketil Tofte i Bygningsarbeiderforbundet.

— Loven er klar — et helseråd har ingen rett til å opprette egen bedriftshelsetjeneste, sier overlege Aud Blegen Svindland i Arbeidstilsynet.

uklarhet om dette spørsmålet. Det er helt klart at vi ikke ønsker å drive et solospill, men bygger videre på de retningslinjer som er trukket opp på siste LO-kongress og på vårt eget landsmøte i 1978. De sier at vi skal ha en bedriftshelsetjeneste som ikke er en del av primærhelsetjenesten.

– Hvorfor?

– Fordi det som foregår på arbeidsplassene er så spesielt at det ikke kan være en del av primærhelsetjenesten. Hittil har bedriftshelsetjenesten foregått på legenes premisser og stort sett vært en undersøkelse av om arbeidstakeren har tuberkulose. Jeg vet om ett tilfelle hvor en lege «konstaterte» at en arbeidstaker var helt frisk, mens han allerede før han kom til helseundersøkelsen, led av langt framskreden benmargskreft og gikk på cellegift. Disse undersøkelsene avslører nesten ingen ting og er løsrevet fra arbeidssituasjonen.

Legene

– Hvor hører legene til i det opplegget fagbevegelsen har for bedriftshelsetjenesten?

– Som en del av et team. Vi ser ikke på legen som noe annet enn en håndverker som er opplært til å reparere sykdommer når de er oppstått. Legene er ikke utdannet til å forebygge sykdom innenfor bedriftshelsetjenesten. Dette utgjør bare en svært liten del av utdanningen. Derfor blir legen bare en brikke i bedriftshelsetjenesten. Andre i teamet som yrkeshygienikere, helsesøstre og verneteknisk personale, er like viktige. Om ikke viktigere. Legen er ikke den vesentligste i bedriftshelsetjenesten.

– Hvorfor tror du at legene går imot et annet opplegg for bedriftshelsetjenesten enn det man har nå?

– Jeg vil svare på denne måten: Et forsikringsselskap er ikke intervalg, sa sekretæren for interimsstyret, Bengt Sæter.

LOVTOLKNING

Debatten etter Aud Blegen Svindlands innledning ble nok ingen full utlufting av uenigheten, ettersom sentrale personer i den tidligere debatten ikke var tilstede. Og medlemmer av Alvdal/Folldal-utvalget, med meieribestyrer Sverre Sørbø i spissen, gjorde et noe blekt inntrykk da de viklet seg inn i en diskusjon med Blegen Svindland om lovtolkning.

I diskusjonens løp fant Blegen Svindland det nødvendig å minne om at det er folketrygden — og ikke arbeids-

Strid om bedriftslegeordning:

– Legene er redde for å tape penger

– Legene må få på seg kjeledress og møte arbeidstakerne i arbeidssituasjonen istedet for å sitte i hvit frakk på kontoret og ta imot pasienter

kommentar til den nye bedriftslegeordningen.

– Legene må være ansatt på bedriften, og de bør gå inn i det teamet som har ansvaret

«Dyrt og dårlig hvis legene får bestemme»

Ny bedriftslegeordning:

– Legene er redde for å tape penger

– Legen må få på seg kjeledress og møte arbeidstakeren i arbeidssituasjonen i stedet for å sitte i hvit frakk på kontoret og ta imot pasienter. Bedriftshelsetjeneste må ikke utføres som venstrehåndsarbeid som legen utfører ved siden av sitt ordinære arbeid. Legene må være ansatt på bedriften og å gå inn som en del av det teamet som har ansvaret for bedriftshelsetjenesten. Slik ordningen fungerer i dag, kommer legen først inn i bildet når sykdommen er der. De årlige helseundersøkelsene blir ingen friske av.

Klipp fra aviser i Sør-Trøndelag fra sist år. Er legene til de grader tildelt skurkens rolle også andre steder i landet?

essert i å få redusert skadene, fordi skadene i seg selv er god nok reklame for at selskapet må eksistere. Hittil har bedriftshelsetjenesten hatt for lav prioritet. Det er dette vi arbeider for å forandre på. Derfor kan heller ikke legene ha bedriftshelsetjeneste som en bijobb. Legen må være ansatt i bedriften og være disponibel når man har bruk for ham og ikke som nå, når det passer legen.

Arbeidsmiljøloven ble vedtatt i 1977, men først nå er det satt i verk et opplegg og en framdriftsplan for trinn 2. Det vil si for bedrifter med færre enn 200 ansatte og som omfatter 471.000 arbeidstakere.

– Hvorfor skal Bygningsarbeiderforbundet ha sitt eget opplegg?

– På grunn av yrkets struktur med mange små bedrifter. Derfor vil vi organisere dette selv og lage et opplegg i samarbeid med arbeidsgivernes organisasjoner.

– Du må vel regne med at legene vil hevde at du ikke vet hva du snakker om når du angriper legene på denne måten?

– De vil vel si at dette er noe jeg ikke har greie på, men det er vi som vet hvor skoen trykker og som derfor er best skikket til å peke på hva som bør rettes opp.

Legene ønsker seg tilbake til systemet med huslege, men han kommer først etter at du er blitt syk.

HELSEOPPLYSNING I LOKALSAMFUNNET

Nedenstående innlegg var ledsaget av to delikate og interessante trykksaker: "Værøyposten" til hverdagsbruk og en større til julehelga. I innlegget sitt refererer distriktslege Gunnar Telnes stoff som har med helseopplysning å gjøre. Dette er åpenbart for beskjedent: "Værøyposten" har både underholdningsverdi og dels kulturelt stoff som vil leve lenger enn trygdebestemmelser og gjeldende råd om levemåten.

Det er viktig å nå frem til den enkelte innbygger med den forebyggende helseinformasjon vi ønsker å formidle. Våre profylaktiske ideer kan være velmenende og gode nok, man altfor ofte faller de på stengrunn.

Nye metoder for helseopplysning kan være verdt å prøve i tillegg til de mer tradisjonelle som f.eks brosjyre/plakat på helsestasjonen, i skolen og på arbeidsplassen eller innlegg i dagspressen.

På Værøy har distriktslege og trygdesjef gått sammen om å lage et enkelt informasjonsblad kalt "Værøyposten". Denne trykkes på legens kopimaskin og er et kulørt ark i A-4 format der trygdesjefen skriver om aktuelle trygderettigheter og praktiske råd på den ene av arkets to sider. Distriktslegen fyller så sin side med forbyggende medisinske råd og annen helseinformasjon "skreddersydd" for den lokale befolkning. Eksempler på dette er skadeforebyggende tiltak med illustrasjoner rettet mot ulykkestilfeller i kommunen eller forbedringer eller råd som kan forbygge barneulykker i hjem og nærmiljø. Videre informeres det om tiltak rettet mot belastningsskader som er typiske for ansatte i det lokale næringsliv. Opplysninger om tilfeldige vikarer, vakttjeneste, spesialisttjeneste, timebestilling eller helsekampanje som pågår på nasjonalt plan kan også meddeles befolkningen og aktualiseres for deres lokalmiljø.

Trygdesjefen skriver om emner som f.eks egenandel ved reiser, medisinkjøp osv, om trygdespørsmål knyttet til yrkesaktive pensjonister eller om småbarnsforeldre og arbeidsfravær når barna er syke.

De andre etatene innen helse- og sosialsektoren bidrar også i mindre grad med aktuell informasjon i bladet.

Vår lille avis sendes alle husstandene i kommunen en gang pr. måned. Portoen belastes trygdekontoret og papir/trykking føres til utgift på legekontorets budsjett. Samlet koster dette 3-400 kroner pr. måned i en kommune med ca. 1100 innbyggere.

Vi synes denne måten er vel egnet til å ivareta den plikt både trygde- og helseetaten har til å drive opplysningsarbeid. Dessuten tror vi at slik informasjon tilegnet en liten kommune, bydel, bedrift eller lokalsamfunn når ut til den enkelte familie. Inntrykket og responsen vi hittil har fått bærer dessuten preg av at bladet blir lest og tatt vare på selv om konkurransen med postreklame, aviser og blader idag er stor.

Tiden som går med til å skrive et så enkelt blad er minimal. For distriktslegens del dreier det seg om ca. 1 times skrivearbeide en søndagskveld i måneden. Stoffet og ideene kommer som regel av seg selv utifra de erfaringer man gjør i det daglige pasientarbeidet. Moderne kopimaskiner gjør at trykkingen er lite tidkrevende. Styrken med nen slik enkel amatøravis er altså at den lar seg gjennomføre tross en eller travel hverdag.

Muligheten her til å formidle helseopplysning mens sakene er aktuelle, gjør et slikt lokalt helseblad til et nyttig redskap. Dette gjelder f.eks. ved en trafikkulykke, infeksjonsepidemi, pågående helsekampanje, lovendring eller lignende.

I arbeidet for å fremme det samfunnsmedisinske arbeidet og profylaktisk medisin bør derfor helse-, trygde- og sosialtjenesten i flere kommuner prøve en lignende metode.

Gunnar Tellnes
Distriktslege på Værøy

"By the time he had taken all his degrees he was too old to practise."

SKRIV SELV!

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

(1) LACHNIT-FIXON U: Münch. 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 noduler 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 migrenelignende 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. Uteblir 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.

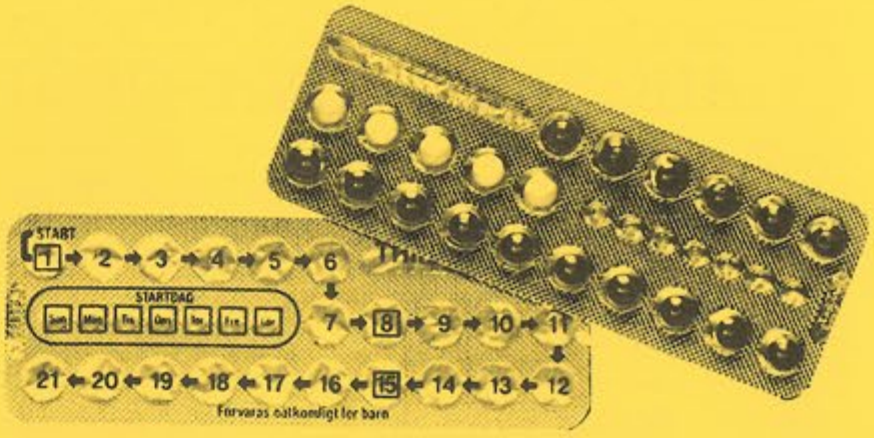
INTERAKSJONER:
Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B_{12}. (I : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

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

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

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