UTPOSTEN

NUMMER 5 1983 ÅRGANG 12

KVEN BESTEMMER KVEN SOM SKAL BESTEMME KVA?

Kåre Hunsbø

AV INNHOLDET:

TEMA: Svangerskaps-kontrollen av Frode Heian
Med innlegg av Svein Zander Bratland, Eelco Boonstra og Johan Fr. Kayser

ELLERS:
NSAM's spalter 2

IVAR SØNBØ KRISTIANSEN:
Landsmøtet i Loen 5

DAG SØVIK:
Om spesialitet i almenmedsin og samfunnsmedisin 7

FRODE HEIAN/DAG BREKKE:
Helsetjenesten i kommunene 8

BERIT TVEIT:
Hvem skal bestemme hvem som skal bestemme hva? 13

HARALD SIEM:
Prosjektet helsekontroller i Troms 18

OG MER!

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

Redaksjonens adresse:
UTPOSTEN,
Distriktslegekontoret,
6657 Rindal.

UTPOSTEN
STARTET 1972

Tegninger:
Bjørn Kåre Huse
Layout:
Ulset form og profil
Abonnement:
Kr. 100,- pr. år.
Studenter og pensjonister:
Kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-Trykk a/s
7300 Orkanger

Alvor eller agurker?

Av Magne Nylenna

Årets sommer ble høysesong for helsedebatt. Blant annet med utgangspunkt i boken "Sykdom - en forbrytelse?" av prof. Kåss har oppslag om krise i helsevesnet vært takknemlige overskrifter i ellers agurkpregede sommeraviser.

Anført av professorene Iversen og Kåss fra Rikshospitalet har det under overskriftene "Vår helse i fare" og "Hvor lenge kan vi vanskjøtte våre pasienter?" blitt hevdet at dagens norske helsevesen nærmest ligger i ruiner. Det blir krevet en både etisk og faglig gjenreising. Skylden for denne miserable status legges på helseplanleggere, administratorer, byråkrater og politikere. En stadig større del av de midler som skulle komme pasientene til gode havner angivelig i urette hender, eller går med til, slik Kåss uttrykker det, "å drive et vanvittig byråkrati som skyldes den kunstige inndelingen av helsevesnet etter kommunale og fylkeskommunale grenser".

Løsningen på problemene er som før større ressurser og økte bevilgninger. Et argument som nepper lenger har særlig gjennomslagskraft etter som problemene og den angivelig krisen jo synes å øke i takt med økte bevilgninger og flere helsearbeidere.

Foruten et oppgjør med byråkrater og administratorer dreier debatten seg om desentraliseringen og rammefinansieringen av institusjonshelsetjenesten hindrer en forsvarlig pasientbehandling. Det er ingen tilfeldighet at det er talsmenn for Rikshospitalet som hevder at desentraliseringen er en fare for folkehelsen. Universitetssykehusenes situasjon er at eksisterende kompetanse og kunnskap idag desentraliseres raskere enn nye behandlingsmetoder og ny viten kommer til. Derved reduseres stadig avstanden mellom lokal- og sentralsykehusene og f.eks. Rikshospitalet med hensyn til mulighetene for sofistikert diagnostikk og avansert behandling.

Det er utvilsomt riktig at rammefinansieringsordningen har gitt uheldige vridningseffekter og at fylkesgrenser har blitt kunstige stengsler. Fleksibilitet og smidighet har forsåvidt ikke preget noske helsestell hverken før eller etter 1980. Men når det males ut om de dystre konsekvenser av å være bosatt i Oslo i stedet for Bærum, eller på Røa i stedet for Frogner på grunn av pasientstyring og sektorisering, er det grunn til å reagere. For de av oss som har praktisert på Røst eller Smøla, er det lite nytt at adressen har konsekvenser for det medisinske behandlingstilbud. I Utkant-Norge har det alltid vært slik, men med dagens system ser det nå ut til at denne ulikheten kan utjevnes ved at også disse delene av kongeriket får reumatologer, psykiatere og hudleger. Når debattantene truer med flytting dersom de selv skulle bli syke, fordi de ikke har tillit til sitt lokalsykehus, må det også være grunn til å skrike ut. Er det så farefull virksomhet våre kolleger, de fleste av dem forøvrig utdannet på Rikshospitalet og tilsvarende universitetsklinikker, bedriver rundt om på lokal- og sentralsykehus? Er det i realiteten slik at all medisinsk virksomhet burde finne sted ved en universitetsklinikk, og at den eneste grunnen til at ikke enhver pasient bør innlegges i Rikshospitalet er plassmangel?
Det er ikke vaskelig å finne svakheter i dagen helsevesen hverken i oppbygging eller funksjon. For oss som hele tiden har vært skeptiske til kommunalt ansvar for primærhelsetjenesten, er også utsiktene fremover preget av uro og usikkerhet. Men derifra til katastrofemeldinene fra Oslo er veien så lang at det er vanskelig å ta skremslene på alvor.

Da er det godt å kunne gni seg i øynene, puste inn frisk fjell- eller sjøluft og se seg omkring på øyer og i daler fjernt fra Akersbakken og Pilestredet og kunne konstatere:

Det er ingen krise i norsk helsevesen idag, men fortsatt mange utfordringer og oppgaver. Og det er ikke slik at den eneste grunnen til at vi sitter på vår utpost er at våre pasienter er dumme som ikke har tatt utflytting til det sentrale østland, eller at det (forløbig) ikke er nok professorer til å utføre arbeidet vårt. Tvert imot utgjør vi fundamentet i norsk helsestell og en viktig del av vår velferdsstat. Vi gjør en nyttig og god jobb som vi skal gjøre bedre år for år.

OM UTPOSTEN

Det skulle være godt synlig for alle at Utposten har gjennomgått en fornyelse i løpet av sommeren. Den nye redaksjonen var i utgangspunktet innstilt på å gjøre en del forandringer i bladets lay-out. Vi har vært enige om at det ville være hensiktsmessig å gjøre dette mest mulig gjennomtenkt og samordnet heller enn som mindre forandringer over flere nummer. Vi har fått hjelp av en lokal grafisk formgiver, Alvhild Ulset i Straumsnes. Vi håper at forandringene faller i smak. Vi legger fortsatt vekt på at Utposten både i apparisjon og innhold skal beholde sin uhøytidelige form.

Fra forskjellige hold har vi fått henvendelser om å endre sideangivelsen: til nå har ikke bladet fulgt gjeldende norm for fagtidsskrifter i så måte. Fra neste år vil pagineringa gå fortløpende gjennom hele året. Dermed skulle det gå an å henvise til artikler i Utposten etter vanlig mønster.

APOLOGI

I forbindelse med flyttinga fra Trondheim til Nordmøre er det oppstått en del forsinkelser med adresseforandringer o.l.. Vi ber abonnentene (og kreditorene!) om overbærenhet i denne tida. Vi er nå i ferd med å etablere gode rutiner for kontakten utad til lesere, bidragsytere og annonsører.

NYE ABONNENTER

I løpet av de siste månedene har vi fått gledelig mange nye abonnenter. Alle disse blir straks ført opp i abonnentregistret. I løpet av september/oktober vil de få tilsendt krav om innbetaling av bladpenger. Etter hvert som innbetalingene kommer inn til Utposten, vil vi til hver enkelt sende ut tidligere nummer fra 1983. Abonnement løper altså pr. kalenderår.

NORSK SELSKAP FOR ALMENMEDISIN OG UTPOSTEN

Fra og med dette nummer vil Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) disponere en del plass i Utposten. Det er distriktslege Tor Anvik i Bodø som av NSAM har fått i oppgave å formidle stoff til disse spaltene.

STOFF FRA DEN 3. NORDISKE KONGRESSEN I ALMENMEDISIN I TAMMERFORS 15.-18.6.83

4/5 av Utpostens redaksjon var på almenmedisinsk kongress i Tammerfors. Stoffet vi samlet der er ennå ikke komplett, og vi vil komme med en samlet omtale i neste nummer av Utposten.

– Det var ikke akkurat SLIK jeg hadde tenkt meg det..!!

Ved Tor Anvik distriktslege i Bodø

Hermed introduseres en ny spalte i Utposten, nemlig en fast spalte for det nystartede Norsk selskap for almenmedisin - etter dette kalt NSAM. Spalten vil være å finne i hvert nummer, og vil inneholde nytt fra selskapet, diskusjonsinnlegg og artikler om faget almenmedisin. Som en prøveordning blir spalten redigert av en gruppe almenpraktikere i Bodø - ut fra målsettingen om en desentralisert virksomhet i NSAM. Innlegg til spalten mottas gjerne, og bes sendt til Tor Anvik, Boks 663, 8001 Bodø. Meninger som fremkommer i denne spalten står for den enkelte forfatters regning og kan ikke uten videre tas som uttrykk for NSAM's holdning.

Norsk Selskap for Aln

Nytt fra selskapslivet:

Visste du at

- NSAM ble stiftet 17. februar 1983?

- selskapet pr. 1.6. hadde 250 medlemmer, hvorav de fleste allerede har betalt kontingenten?

- neste generalforsamling blir 22. oktober 1983 i Trondheim?

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.

HVEM KAN BLI MEDLEM AV NSAM?

Alle interesserte kan bli medlemmer av selskapet. Fullt medlemskap betinger p.t. at du også er medlem av APLF eller OLL. Andre leger blir assosierte medlemmer, og har da ikke stemmerett på generalforsamlingen. Kontingenten for 1983 er kr. 100.- for fullt medlem og kr. 50.- for assosiert medlem.

Nye medlemmer mottas til:

NSAM
Fr. Stangs gt. 11/13

Oslo 2

SELSKAPETS FORMÅLSPARAGRAF:

Norsk selskap for almenmedisin har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget almenmedisin, og å fremme det faglige og sosiale almenmedisinske miljø.

LOKALE ALMENMEDISINSKE MILJØER

På første styremøte i NSAM ble det besluttet å sette i gang en kartleggig av de eksisterende almenmedisinske miljøer i landet. Enkeltpersoner har fått i oppdrag å spore opp almenpraktikere som deltar i en eller annen faglig aktivitet sammen med andre kolleger, enten dette gjelder forskning, undervisning eller videre- og etterutdanning. Dette registringsarbeidet vil bli forsøkt fullført i løpet av sommeren 1983 og vil danne grunnlag for en verdifull - og enestående - fortegnelse over almenmedisinske aktiviteter og grupper.

Er du i tvil om din egen gruppe er kjent for folk i NSAM? Send noen ord snarest til :

NSAM
Fr.Stangs gt. 11/13

Oslo 2

SELVEVALUERING: en smertefri vei til forbedring av egen praksis.

En enkel og instruktiv måte å betrakte egen praksis på, er å starte en selvevalueringsgruppe sammen med noen andre interesserte almenpraktikere. Tema for slike grupper er legio - men en god start kan være å be om utskrift av NMD's legemiddelforskrivningsstatistikk, hvor det er mulig å sammenligne sitt eget forskrivningsmønster med kollegers - og med landsgjennomsnittet. NSAM har nedsatt en arbeidsgruppe som ønsker å gi råd og veiledning til almenpraktikere som vil forsøke seg på selvevaluering, og hvis du ønsker råd, kan du kontakte et av gruppens medlemmer:

Olav Rutle
Ullensaker helsesenter

2050 Jessheim

Per Wium
Romsås helsesenter

Oslo 9

Per Fugelli
Institutt for almenmedisin
Fr. Stangs gate 11/13

Oslo 2

Jo Telje

2640 Vinstra

NSAM-spalten ber om at kolleger som har forsøkt seg med selvevaluering, sender oss en kort beskrivelse av prosjektet samt praktiske erfaringer som kan være til nytte for andre interesserte.

henmedisins spalter:

Hvem skal drive VEAP-virksomhet i framtida?

Av Tor Anvik
distriktslege i Bodø

1983 ble året da norsk almenmedisin for alvor fikk egne ben å stå på. Først med stiftelsen av NSAM, og dernest med vedtak om opprettelse av egen spesialitet i almenmedisin.

Mange spør seg hva dette vil få å si for de eksisterende foreninger, utvalg og råd som steller med almenmedisin. Jeg skal i denne omgang la forholdet mellom NSAM og OLL/APLF ligge og i stedet lansere noen personlige tanker om hvordan videre- og etterutdanning innen almenmedisinen kan organiseres.

Hittil har ansvaret for VEAP-virksomheten i det vesentlige ligget hos de fylkesvise kurskomiteer, valgt av fylkesavdelingene av Lægeforeninga. I tillegg har APLF, DNLF og universitetene arrangert kurs i almenmedisin.

De senere år er det skjedd en oppblomstring av desentralisert kursvirksomhet rundt om i landet, og flere fylker har gjennomført en desentralisering av kurskomiteenes virksomhet. Dette har ført til en rekke nye og tildels originale kurstilbud spesielt tilpasset almenpraktikere. Og det er grunn til å regne med at slik desentralisert kursvirksomhet vil yttrligere stimulere det faglige miljø blant almenpraktikere: hvilket også er ett av hovedmålene for NSAM (kfr. formålsparagrafen).

Spørsmålet melder seg om tida er moden for å overføre VEAP-virksomheten i legeforeningsregi til NSAM. En overføring av VEAP-rådets virksomhet til et tilsvarende råd under NSAM (Spesialistråd/ spesialistkomite/ VEAP-komite?) vil medføre at det faglige ansvar for virksomheten blir lagt til almenmedisinens eget selskap, mens VEAP-fondets styre fortsatt vil kunne utøve den økonomiske styring med bruken av fondets mange millioner.

En slik omlegging vil etter min mening føre til:

1. Samling og bedre koordinering av fagkreftene.

2. Øket desentralisering av aktiviteten.

3. Frigjøring av krefter innen APLF og OLL slik at disse kune ofre all sin oppmerksomhet på fagforeningssaker.

Eller hva mener Utpostens lesere?

Se også egen spalte: VIDERE- OG ETTERUTDANNING side 28

Almenpraktiker-biblioteket kommer

Av Geir Jacobsen
Trondheim

Visste dere virkelig ikke at Almenpraktikerbiblioteket er like rundt hjørnet? Er det kanskje på sin plass med en kort forhåndsomtale for de av dere som ennå ikke har hørt om dette tiltaket?

NSAM har gått inn i et samarbeid med Universitetsforlaget med sikte på å få utgitt en serie fagbøker spesielt tilrettelagt for almenpraksis. Alene det at forlaget tar almenmedisin så alvorlig at det er villig til å satse på egne bokutgivelser innenfor faget, ser vi på som litt av en milepæl. Vi må nok bare erkjenne at fagområdet i forlagsmessig sammenheng ennå er relativt beskjedent. På den annen side har forlaget sikkert registrert de senere års oppblomstring innen almenmedisinen. Det tiltaket som nå lanseres, fortjener derfor vår aktive interesse. Skal bokserien overleve, må vi kjøpe bøkene. Leser vi dem og anvender det vi leser, profitterer kan hende både vi selv og våre pasienter på det i lengden, hvem vet?

Hvilke bøker dreier det seg om?

Tre bøker planlegges utgitt med det første:

- "Forskning i almenmedisin" med Steinar Westin som redaktør.

- "Smerter og andre symptomer hos kreftpasienter. Diagnose og behandling." forfattet av Tor Inge Tønnesen

- "Legens attesthåndbok" med John Gunnar Mæland som forfatter.

Vår velinformerte kilde vet å fortelle at bøkene blir markedsført gjennom universitetsbokhandelen "Studia" i Bergen. Herfra vil det gå ut en henvendelse med ytterligere informasjon til alle primærleger.

Men hva med tiltaket videre? Hvilke nye bøker kan en vente i en bokserie spesielt beregnet på almenpraksis?

Et utvalg - intet mindre - innefor NSAM arbeider videre med saken! Dette NSAM's publiseringsutvalg har gitt uttrykk for at de gjerne mottar forslag og ideer fra gode kolleger. Det gjelser såvel mulige emner som mulige forfattere.

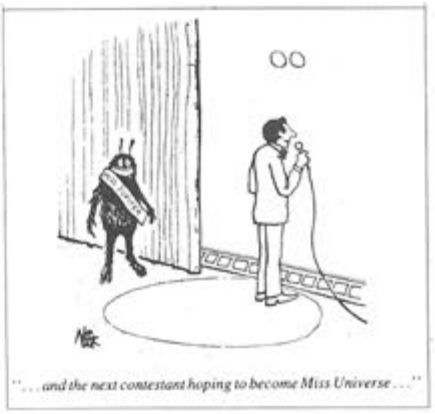
I fall du føler DEG kallet, grip pennen og henvend DEG med gode forslag til publiseringsutvalgets formann:

Steinar Westin
Institutt for samfunnnsmedisin
Parkbygget
Regionssykehuset

7000 Trondheim

eller et av de øvrige medlemmene: Aage Bjertnæs, Per Hjortdal eller Anne W. Shetelig.

For egen del står bare tilbake å hilse tiltaket velkommen og lykke til!



"... and the next contestant hoping to become Miss Universe ..."

Viktig melding til Utpostens lesere

Almen* praktiker biblioteket

De tre første bøkene i serien kommer i disse dager!

Steinar Westin:
Forskning i almenpraksis
En praktisk innføring i de viktigste leddene i forskningsprosessen, fra den første idéen til ferdig publikasjon.
Kr 220,-

John Gunnar Mæland:
Legens attesthåndbok
De vanligste skjemaene er her gjengitt sammen med kortfattede veiledninger. Boka inneholder også de generelle regler og lover som styrer legens rettigheter og plikter. Kr 110,-

Tor Inge Tønnessen:
Smerter og andre symptomer hos kreftpasienter
Diagnose og behandling

Hjelp til å håndtere de gode redskapene som er tilgjengelige i behandlingen av smerter og andre symptomer. Kr 110,-

Kupongen sendes til Studia Universitetsbokhandel, Parkv. 1, 5014 Bergen - Universitetet.

Jeg bestiller følgende:
☐ Forskning i almenpraksis
☐ Legens attesthåndbok
☐ Smerter og andre symptomer...
☐ Jeg ønsker abonnement på Almenpraktikerbibl.
☐ Jeg ønsker brosjyre.
☐ Jeg ønsker alle tre bøkene til gjennomsyn.

Navn: _____
Adresse _____
Postnr./sted: _____

Husk også:
Ingunn Aalvik, Egil Willumsen, Jan Grund, Odd D. Vellar, Leif Aarø
Forebyggende helsearbeid i 1980-åra
Muligheter og begrensninger
Kr 50,-

UNIVERSITETSFORLAGET

Landsmøtet i 1983 i Loen

Av Ivar Sønbø Kristiansen
ass. fylkeslege i Troms

Utpostens redaksjon har bedt om et referat fra Lægeforeningens landsmøte i Loen i juni 1983. Undertegnede deltok under landsmøtet som er åpent for alle medlemmer, men ikke under det lukkede landsstyremøtet: Anmodningen om referat kom etter landsmøtet, og jeg gjorde derfor ikke notater under møtet. Nedenstående blir derfor nokså frie kommentarer etter selektiv hukommelse. Tidsskriftet vil i år ikke bringe stenografisk referat fra møtet. Det ble imidlertid gjort lydbåndopptak, og interesserte kan formodentlig få høre opptakene ved henvendelse til Lægeforeningens sekretariat.

Lægeforeningen fikk disponere lokalene kortere enn planlagt. Den tradisjonelle åpne delen av møtet med helsepolitisk debatt ble derfor sløyfet. Landsmøtet ble innledet onsdag ettermiddag med et foredrag av president Harald Hauge.

Om kvelden var det middag med stående buffet. Serveringen var den beste referenten hittil har opplevd i denne genre. Eli Berg Bratlie snakket om begrepet solidaritet i sin takketale for maten. Under senere debatter ble dette begrepet ofte trukket fram. Debattantene var stort sett enige om definisjonen av ordet, men svært uenige om hvem man skulle være solidariske med. De forskjellige innleggene om solidaritet demonstrerte på en utmerket måte Lægeforeningens evige dilemma: Skal foreningen være solidarisk med pasientene eller med legene når pasienter og leger ikke har sammenfallende interesser?

Eli Berg Bratlie siterte i sin bordtale Bjørnsons dikt: "Undrer meg på hva jeg får at se over de høye fjelle?". Hun oppfordret møtedeltakerne til å se lenger enn til foreningens egen nese; underforstått samfunnet rundt oss.

Mye av torsdagen gikk med til diskusjon av årsmeldingen. Et benkeforslag til resolusjon skapte lang debatt og mye røre. Forslaget kom fra Vestfold og gikk i korthet ut på at leger må kreve lik lønn for likt arbeid: leger som ikke får driftstilskudd fra kommune (almenleger) eller fylkeskommune (spesialister) må øke pasientmellomlegget for å få samme inntekt som leger med driftstilskudd. Bedømt etter stemningen i salen fikk resolusjonsforslaget sterkt støtte. Mange syntes å glemme at forslaget om driftstilskudd er kommet inn for å gi liberal legevirksomhet en sjanse i fremtiden. Lægeforeningen var nettopp blant de organisasjoner som hadde kjempet for driftstilskudd (riktig nok noe lavere enn det Stortinget vedtok). Resolusjonsforslaget satte mange sinn i kok. Noen debattanter tok til orde for et virkelig liberalt legeyrke uten offentlig tilskudd.

En del primærleger tok kraftig til gjenmæle mot dette. Blant disse utmerket Janecke Thesen seg med et velformulert og gjennomtenkt innlegg. Debatten om resolusjonsforslaget ble uforholdsmessig lang, og møteledelsen burde nok på et mye tidligere tidspunktet ha avrundet denne.

En betydelig del av fredagen gikk med til å diskutere spesialiteter og grenspesialiteter. Enkelte sykehusleger sto på barrikadene og forsvarte små fliker av medisinen som viktige og kvalifiserende for egne grenspesialiteter. Primærlegene sto på sine barrikader og forsvarte det en del sykehusleger hadde problemer med å forstå var egentlige spesialiteter.

Av de sistnevnte var forslaget om spesialitet i almenmedisin først i ilden. Debatten ble innledet av Jacob Prydz som forsvarte spesialiteten i et langt og godt forberedt innlegg. Senere gikk det slag i slag med talere som hudflettet innstillingen på ulike premisser. Alle var enige om at almenmedisinen må styrkes faglig, men det var uenighet om midlene. Både YLF og OSF hadde sterke motforestillinger, og hevdet at det var vanskelig å overskue hvilke konsekvenser forslagene i innstillingen kunne få. Man kunne ane at YLF's medlemmer var bekym-

Over de høye fjelle ...

ret for hvilken fremtid de skulle få hvis man ikke skal kunne åpne almenpraksis uten å ha spesialitet i faget.

Undertegnede syntes stemningen dalte til under nullpunktet da en almenpraktiker fra Asker slaktet forslaget om videreutdannelse for almenpraktikere. Han argumenterte sogar med en "undersøkelse" hvor han med ca. 65% bortfall trakk ganske vidtrekkende konklusjoner. Hans innlegg ble sterkt bifalt, formodentlig mest av sykehusleger. Da presidenten ga ordre til kaffepause, sto det fortsatt 19 innlegg igjen. Etter kaffepausen gikk møtelederen til det uvanlig skritt å avbryte debatten. Mange reagerte nok mot denne fremgangsmåten, men sett i retrospekt var besluningen kanskje klok. Riktignok ble mange fremtredende almenmedisinere forhindret fra å fremføre sine innlegg, men de fleste argumenter for og mot var vel allerede fremført.

Enkelte talere advarte mot "kursomanien" i almenmedisin. Andre mente at det bare er rett og riktig at almenmedisinere reiser mye på kurs. Imre Hercz hørte til sistnevnte og fremhevet at han gjerne reiste på kurs selv om det betydde tap av praksisinntekter. Han løftet stemningen til de store høyder ved å fremheve at mange barn ikke hadde kunnet hindre ham fra å reise på kurs. Senere talere gjorde også poeng av hvor mange barn de hadde hatt. Da Wenche Telstad gikk på talerstolen, ropte en tilhører at hun måtte fortelle hvor mange barn hun hadde. Etter et øyeblikks ettertenksomhet svarte hun at hun i alle fall kunne angi tallet mer eksakt enn salens mannlige tilhørere. Det er kanskje unødig å fortelle at "lille beskjedne Wenche" skapte stor jubel!

Forslaget om opprettelse av spesialitet i samfunnsmedisin ble gjenstand for relativt kort debatt. Møteledelsen var uoppmerksom slik at OLL's hovedtaler Tharald Hetland ikke fikk holde første innlegg. Han fikk sogar ikke anledning til å fremføre hele sitt innlegg. Det ble senere en relativt kort debatt uten mange følelser eller sterke innvendinger. Størst motforestillinger hadde nok Are Løken som fremholdt at det dreide seg om å skape en spesialitet for koryfeene i det offentlige helsevesen. Han omtalte disse som helseherrer, mens distriktsleger flest og alle almenpraktikere (og formodentlig alle andre leger) ble omtalt som helsetjenere.

Landsmøtes sakliste var ikke gjennomgått før ved 11-tiden fredag kveld. I løpet av natten skulle sentralstyret gå gjennom alle sakene og lage forslag til vedtak for neste dags landsstyremøte. Sannsynligvis misunte ingen sentralstyremedlemmene som visstnok holdt det gående til 4-5 tiden lørdag morgen. Landsstyremøtet startet ca. 4 timer senere. -

Det var forøvrig ikke bare sentralstyremedlemmene som benyttet kveld og natt til å drive fagforeningspolitikk. De forskjellige legegrupper hadde særmøter og drøftet strategi. Gruppene oppnevnte mer eller mindre formelt sine "forhandlingssjefer" som tisket og hvisket i krokene og gjorde ymse hestehandler. "Hestene" var som regel kandidater til sentralstyret. Det var møtt frem mange vakre hingster og enkelte merrer til markedet. Fredag ettermiddag ble så disse presentert for landsmøtet. OSF og YLF foreslo to kandidater hver, mens OLL og PSL foreslo en hver. Kandidatene var ikke kontroversielle eller oppsiktsvekkende. De fleste vil formodentlig oppfatte det som rimelig at de nevnte foreninger har seks representanter i sentralstyret. OLL foreslo for sin del Anne Alvik. APLF's råd hadde allerede før landsmøtet vedtatt å fremme forslag om Jan Otto Syvertsen. Dessuten ble almenpraktiker (og distriktslege) Wenche Telstad foreslått.

Oslo lægeforening foreslo for sin del almenpraktiker John Erik Christensen. Dermed var det foreslått 9 kandidater til et sentralstyre som skulle få 8 medlemmer. Fra APLF-hold ble det reist forslag om Arne Svilås som varamedlem. De øvrige spesialforeninger avsto fra å foreslå varamedlemmer.

Når det gjaldt presidentvalg, var OSF jokeren. YLF stilte Bengt Lasse Lund som presidentkandidat. Valget var derfor avhengig av hvordan OSF forholdt seg. Noe overraskende stilte ikke OSF kandidat. Bengt Lasse Lund var dermed i realiteten president før valget fant sted i landsstyret lørdag. Valg til sentraltyret foregikk under lørdagens landsstyremøte. Valget forløp ikke uten dramatikk. Oslo lægeforening fremmet overaskende Arne Svilås til fast plass. Dermed forelå det 4 forslag til kandidater fra APLF: Wenche Telstad, Arne Svilås, Jan Otto Syvertsen og John Erik Christensen. God gammel taktikk:. splitt og hersk. Noen måtte falle fra under valget, og disse ble Jan Otto Syvertsen og Arne Svilås. For annen gang på rad ble altså APLF's styre uten representasjon i sentralstyret.➡

Landsstyret ga resolusjonsforslaget om lik lønn for likt arbeid en omfattende drøfting. Stadig flere så rekkevidden av forslaget som ble forkastet med overveldende flertall.

Landsstyret vedtok å opprette spesialiteter i både almenmedisin og samfunnsmedisin. Landsstyret vedtok å nedsette spesialitetskomiteer for begge spesialiteter og delegerte til sentralstyret å godkjenne spesialitetsregler. Disse komiteene skal snarest mulig fremme reviderte forslag til spesialistkrav. Landsstyret var ikke villig til å akseptere forslagene til krav hverken til spesialitet i almenmedisin eller samfunnsmedisin.

Etter å ha diskutert Lægeforeningens politikk i to hele dager og to halve netter var det befriende å dumpe ned i en gruppe feminister. De hadde slått seg ned i en rolig salong og forlystet seg med å karikere korrodorpolitikken. Kvinnene var spesielt opptatt av begrepet "signaler". De hadde merket seg at man i korridorene kunne høre uttalelser om hvilke "signaler" de forskjellige grupper hadde gitt. Feministene var svært interessert i å få konkretisert hva signalene besto i. Var signalene skrevet på papir? Gikk de trådløst? Selv om vi befant oss i de små timer, stod det klart for meg at landsmøtet nok i liten grad hadde evnet å se hva som befant seg bak de høye fjelle i Loen.

Konklusjon: Praktfull natur. Meget bra hotell med svømmebasseng og alle ønskelige fasiliteter forøvrig. God mat. Teknisk godt arrangement. Stort sett god møteledelse. Forening preget av maktkamp hvor de sterkeste har størst innflytelse. Hva ellers kan man vente i en stor og viktig forening? Alle innvendinger til tross: Landsmøtet har mange sjarmerende sider. Vil man fremme sine synspunkter, må man være der avgjørelsene treffes. Jeg ser med glede frem til neste landsmøte! ■

Kommentar til landsstyrevedtaket i Loen i juni:

Om almenmedisin og samfunnsmedisin som fulle spesialiteter.

Leserne la merke til en noe improvisert Knoll/Tott-forside i forrige nummer av Utposten etter lansdsstyrevedtaket om å opprette spesialitet i almenmedisin og samfunnsmedisin. DAG H. SØVIK har sendt oss et gledesutbrudd i den anledning:

Dag H. Søvik er fra medio august i år overlege ved Bergen helseråd. Distriktslege og helserådsordfører i Askøy siste 8 år. Almenpraktiker Dnlf fra 1975. Medlem av styret for NSAM.

Vi lever i undrenes tid fortsatt!

Landsstyret vedtok i juni i år å opprette full spesialitet i fagene almenmedisin og samfunnsmedisin.

Riktignok kunne sikre "stalltips" og korridorsnakk fortelle at mulighetene var tilstede for at disse positive og viktige vedtak ikke ville gå igjennom.

Men altså: Dette gikk bra!

Utviklingen frem til disse vedtak har tatt lang tid, - for lang tid - vil mange hevde: Anerkjennelsen av at det er noe spesielt ved feltene almenmedisin og samfunnsmedisin har tatt meget lang tid.

Det har vært langt mindre vanskelig å enes om kliniske spesialiteter enn det har vært å innse at feltene almen- og samfunnsmedisin også er spesialfelt.

De av oss som har fulgt utviklingen i løpet av de siste par 10-årene, har grunn til å juble av glede over at vi nå er kommet så langt som vi er. Det er nedlagt et enormt og positivt arbeide av mange. Og dette arbeidet har endelig gitt gledelig resultat.

Utviklingen til i dag har vært lutter positiv. Mange av oss kunne nok ha ønsket at prosesen hadde gått raskere. Men den tid det har tatt til gjennomføringen av denne utvikling har også vært nyttig. Det er som kjent aldri så galt at det ikke er godt for noe.

I løpet av de senere år har vi almenpraktikere og samfunnsmedisinere rustet oss opp i vår argumentasjon overfor våre kolleger og vår omverden forøvrig. Bevisstgjøringen har vært nyttig. Prosessen med tenkekomiteer, utredninger og utvalgsinnstillinger har vært nyttig. Defineringen av våre arbeidsoppgaver har også på lang sikt hatt en positiv smitteeffekt innenfor våre egne rekker og også overfor andre kolleger og våre omgivelser; ja, jeg tenker også på informasjon overfor våre politikere.

Utviklingen de senere år innenfor norsk primærmedisin gir grunn til optimisme. Det at det smått om senn gis anledning til en planmessig og strukturert grunn-, videre- og etterutdannelse innen almenmedisin og samfunnsmedisin er gledelig. Dette gjør igjen sitt til at alle de av oss som daglig skal betjene befolkningen og imøtekomme dens rettmessige behov og krav, blir bedre skikket til det.

I den fase vi nå er inne i hvor nedtellingen til 1.1.84 er begynt, er det vesentlig at alle gode krefter forenes slik at vi får almenmedisinere og samfunnsmedisinere som fungerer til alles beste. Midt i dene på mange måter usikre tid vi gjennomlever, er det desto gledeligere at vi opplever det under det er at det er gitt grønt lys for spesialitetene almenmedisin og samfunnsmedisin.

I sannhet lever vi i undrenes tid fortsatt!

Og det har vi grunn til å juble av glede over! ■

Helsetjenesten i kommunene

Samarbeid eller splid?

Ved Frode Heian

Høsten blir en travel tid for helse- og sosialpersonellet i kommunene. Utformingen av ny administrasjonsordning må være bestemt så tidlig at resultatet kan innarbeides i kommunens budsjettbahandling.
Det skal utarbeides avtaler og instrukser, og det skal foretas endringer i nemnds- og stillingstruktur, -evt. nyansettelser. I mange kommuner er denne prosessen kommet et stykke på vei, mens den andre steder knapt er påbegynt.

Som kjent er kommunal selvbestemelse et grunnprinsipp i utformingen av administrativ struktur, fordeling av midler etc. Det endelige resultat blir altså bestemt av politikere og fagfolk i hver enkelt kommune. Det er derfor viktig at grundige diskusjoner om praktiske løsninger går forut for avgjørelsene.

Som basis for denne diskusjonen må politikere, kommuneadministrasjon og fagpersonell kjenne hverandres, og de respektive fagforeninger/-forbunds syn. De impliserte fagforbund har i det siste gitt ut veiledere for sine medlemmer, og vi vil i det følgende referere disse.

NOSO (Norsk sosionomforbund) og NSF (Norsk sykepleierforbund)

(og kommuneforbundet) gikk sammen i et forsøk på å utarbeide felles veileder om organiseringen av helse- og sosialtjenesten i kommunene.
Veilederne er identiske, bortsett fra spørsmålet om organiseringen av helsetjenesten.

Begge forbund ønsker et felles folkevalgt styringsorgan, og en administrativ leder for helse- og sosialtjenesten, men:

- NOSO vil ha en todeling av etaten i en helse- og en sosialseksjon, med hver sin leder.
- NSF vil ha etaten oppdelt i 3,med sukepleie-, sosial- og medisinsk tjeneste som uavhengige, likestilte avdelinger, og ledere direkte underordnet H/S-sjefen. Dette iflg. veilederen for å oppnå bedre koordinering og økonomisk/personellmessig utnyttelse og samordning mellom de forskjellige sykepleietjenester.

Forøvrig er altså veilederne fra de to fagforbund identiske. Etter en kort orientering om bakgrunnen for loven heter det:

- For å sikre at det blir en rettferdig sosial og geografisk fordeling av de enkelte tjenester, bør det arbeides med å lage minstenormer for bemanning og tjenestenivå.
- Det er helt nødvendig med et tett samarbeid mellom helse-og sosialtjenesten.Derfor er det vesentlig at komunen her et helse-og sosial utvalg (styre).
Et felles utvalg for helsevern og sosialomsorgmå ha det politiske ansvaret for at planlegging,utbygging og drift av helse- og sosialtjenestene skjer innenfor den sammenhengende helhet.
- Arbeidsområdet for utvalget skal omfatte alle de oppgaveområdene kommunene har ansvaret for i helse- og sosialsektoren. Ved å gi utvalget et så vidt arbeidsområde vil medlemmene få en overssikt over helse- og sosialsektoren. På den måten kan de se forskjellige tiltak i en større sammenheng enn tilfelle vil være for et utvalg med avgrenset arbeidsområde.
- Kontorpersonellet må styrkes på grunn av nye arbeidsoppgaver. I alle kommuner over en viss størrelse vil det videre være behov for en helse og sosialsjef
- Helse- og sosialsektoren vil

«Fremad marsj»

tross mange likheter dekke en rekke forskjelligartede områder som stiller store krav til administrasjon og samordning dersom en samordnet helse- og sosialtjeneste skal bli en realitet. På denne bakgrunn vil en sterkt understreke nødvendigheten av en felles administrativ leder av helse-og sosialtjenesten

- Det er ikke mulig å hevde at noen fagutdannelse innen helse- og sosialsektoren gir bedre forutsetninger for å administrere enn andre. I en kommune hvor man kombinenerer administrativ ledelse med ledelse for en fagavdeling kan det være naturlig med sosialsjefen som administrativ leder. i en annen kommune lederen av helseavdelingen.

- I de største kommuner kan det være aktuelt å ansette personer med administrativ økonomisk eller annen bakgrunn som administrativ leder

- NKS uttaler i den anledning: "Når kommunen oppretter egen stilling som administrativ stilling, bør stillingen lyses ut offentlig. Kommunen bør følge den samme ansettelsesprosedyre som som brukes ved ansettelse av etatsjef.

- Den enkelte leder av fagavdeling må være saksbehandler for saker som angår det spesielle fagområdet. Faglederen må ha møte-og uttalerett i det politiske organ. Utover dette bør den administrative lederen ta initiativ til regelmessige møter mellom lederne for fagavdelingene hvor en drøfter spørsmål av felles interesser.

- Den enkelte fagsjef må delta i planprosessen ved å utarbeide planforslag og langtidsbudsjettforslag for den del av virksomheten vedkommende er ansvarlig for.
  Den administrative lederen må samordne forslagene fra fagavdelingene og utarbreide forslag til felles planer for hele virksomheten som kan være utgangspunkt for forhandlinger i helse- og sosialutvalget.

- For å utnytte de kontortekniske ressurser bør det tilstrebes, der det er praktisk mulig, å organisere et felles kontor for ekspedisjon, maskinskriving, regnskap, arkiv etc. I store kommuner bør kontoret ha en leder, i mindre kommuner kan den administrative leder av helse-og sosialtjenesten også være leder av kontoret for fellestjenester

- For å sikre samarbeid, plan og økonomisk koordinering, samt ansattes rett til medbestemmelse anbefales opprettet utvalg/organ bestående av lederne for fagavdelingene, den administrative leder av helse- og sosialtjenesten og representanter for de ansatte.

NFF (Norske Fysioterapeuters forbund)

I et brev av 1.aug.-83 skriver generalsekretær i forbundet, Børge Rostvåg bl.a.:

. .en samordning og koordinering av helse- og sosialtjenesten i kommunene er nødvendig for å oppnå målsettingene om en effektiv ressursutnyttelse og en best mulig service til befolkningen. NFF støtter Norske kommuners sentralforbunds forslag om et felles hovedutvalg for helse- og sosialtjenesten. Videre ser NFF fordelene med en felles helse- og sosialadministrasjon, med en felles administrativ leder av sosialavdelingen og helseavdelingen. (Imidlertid må kommunene stå fritt til å velge todelt administrasjonsmodell hvis de ønsker dette.)

NFF understreker forbundets prinsippielle syn om at fysioterapeuter må ha en selvstendig faglig ledelse for sin virksomhet.
NFF går sterkt inn for at en kommunalt ansatt fysioterapeut har det faglige ansvaret for fysioterapitjenesten i kommunen. (Det vises i den forbindelse til NFF's utredning om fysioterapi i kommunene som er sendt til alle helseråd.)

Videre foreslår NFF at det etableres et formelt organ/fagteam sammensatt av en leder for hver av de enkelte faggruppene i kommunens helsetjeneste.

NFF slutter seg til legeforeningens syn at en må unngå en "søyleformet " organisering av helsetjenesten. Kommunehelsetjenesten bør organiseres etter virksomhets områder.

NFF mener det er vanskelig og ikke faglig forsvarlig å skille forebyggende og behandlende virksomhet. Den forebyggende virksomheten inngår ofte som en del av pasientrettede aktiviteter, og må ikke skilles fra behandlende virksomhet. NFF kan derfor ikke støtte legeforeningens foreslåtte inndeling.

DNLF

Legeforeningens syn forutsettes kjent blant de aller fleste av UTPOTSENs lesere, bl.a. gjennom Tidsskriftet nr. 6/83 og veilederen fra legeforeningen, som

kom i vår. For ordens skyld gjengis her oppsummeringen:

a. Den politiske ledelsen av kommunehelsetjenesten bør styrkes og utøves av et helsestyre, subsidiært av et helse- og sosialstyre i mindre kommuner.

b. Kommunehelsetjenesten må bygges opp som egen etat etter vanlig kommunalt etatsmønster.

c. Kommunehelsetjenesten må ledes av en helsesjef som har solid helsefaglig og bred administrativ erfaring og kunnskap. Bare leger med administrativ erfaring og/eller videreutdannelse i samfunnsmedisinske disipliner vil være kompetente til å løse de oppgavene som vil falle inn under den medisinsk-faglige og administrative ledelse av kommunehelsetjenesten Det er et viktig prinsipp at medisinsk-faglig og administrativ ledelse forenes i en person Bare i de aller største kommunene kan medisinsk faglig ledelse og overordnet administrativt ansvar deles.

d. Kommunehelsetjenesten bør organiseres etter en funksjonsrettet modell og ikke som en søyleorganisasjon for hver enkelt yrkesgruppe

OPPSUMMERING

De involverte yrkesgruppene har altså forskjellig syn på organiseringen av helse- og sosialtjenesten, og vi ser konturene av tre ulike modeller som innebærer forskjellig grad av samordning:

- NSF går inn for en administrativ inndeling etter profesjoner. De aksepterer en felles administrativ leder dersom sykepleierne blir organisert som selvstendig avdeling direkte ansvarlig overfor H/S-sjefen, på linje med lederne for lege- og sosialtjenesten. Dette synet står de alene om.

- Legeforeningen vil beholde det tradisjonelle skillet mellom helse- og sosialtjenesten. Fortrinnsvis med to styringsorganer, subsidiært ett felles organ i mindre kommuner. Her vil da rådmannen komme sterkere inn med det administrative samordningsansvar. Legeforeningens funksjonsrettede modell står i motsetning til sykepleiernes profesjonsrettede. Legeforeningen står alene i sitt ønske om adskilte helse- og sosialetater (men med subsidiær støtte fra NFF), -og helt alene i synet på helsesjefstillingen med lege som eneste alternativ.

- NOSO går inn for full samordning, med felles styre og felles adm. sjef.
Denne modellen støttes av kommuneforbundet, NKS, NFF og NSF. NOSO mener at sosialsjefen er vanskelig å komme utenom når H/S-sjefen skal ansettes.

NFF vil primært ha en styringsmessig og administrativ samordning, men stiller seg åpen for andre løsninger. De går imot den "søyleformede" inndeling av helse tjenesten som NSF vil ha, og støtter altså legeforeningens funksjonsrettede modell med visse modifikasjoner.

Når det gjelder organiseringen av helsetjenesten er det fra flere hold understreket behovet for et formalisert organ (faqteam) tilknyttet helseadministrasjonen, sammensatt av "fagsjefer" for de ulike yrkesgruppene. Fagsjefen skal ha selvstendig ansvar for planlegging og virksomhet for sin fag-gruppe. Prinsippet om fullført saksgang står helt sentralt i denne tankegangen.
Det er verd å merke seg at både NFF,NSF og NOSO tolker dette begrepet slik at fagsjefen skal ha tale- og inntillingsrett i helse-og sosialstyret. (Dette er iflg.NKS også någjeldende praksis i etatene.)

KOMMENTAR

Det virker som helse- og sosialarbeiderne svært mange steder ikke er så uenige som synene til de enkelte forbund skulle tilsi. En del både leger, sykepleiere og sosionomer ønsker seg ikke de administrative stillinger deres respektive fagforbund vil tillegge dem.
Det er i alle fall viktig å komme videre med en konkret diskusjon om mer detaljert ansvars- og arbeidsfordeling.
Det er også viktig å se til at ikke snevre profesjonsinteresser kommer i konflikt med pasientenes/klientenes interesser. ■

«ET FORSLAG TIL MODELL»

Ved Dag Brekke

Dag Brekke har mangeårig praksis som distriktslege. Først i Stryn i 4 år, og siden -78 har han vært distriktslege I i Molde.
Han har i to år arbeidet med Rammeplan for helse- og sosialtjenesten utenom institusjon i Møre og Romsdal, etter oppdrag fra Møre og Romsdal fylkeskommune.

UTPOSTEN har bedt ham legge fram diskusjonsgrunnlag om administrasjon av helsetjenesten i kommunene.

Når Utpostens lesere får denne artikkel i hende er vel forhandlingsresultatene mellom NKS, organisasjonene og staten etterhvert blitt klare og den avsluttende fase i planlegging av kommunehelsetjenesten igangsatt. Formodentlig er det blitt slik at de fleste kommuner satser på et felles helse- og sosialstyre som politisk styringsorgan med helserådet nær tilknyttet eller opptatt i dette styret. Mange kommuneoverleger og helserådsordførere vil ha fått tillagt seg helsesjeffunksjonen. Trolig har det også gått opp for de fleste at hovedpoenget med reformen ikke er å slå sammen helse- og sosialtjenesten, men å få samordnet alle de forskjellige helsetjenestefunksjoner og helsepersonellgrupper, faglig og administrativt slik at de kan opptre som et koordinert arbeidsfellesskap med best mulig forebygging og pasientbehandling som målsetting hvori også må inngå nær kontakt med sosialtjenestens mange funksjoner.

Å etablere en praktisk fungerende organisasjon av dette byr på mange problemer. I vedlagte skjema er vist et eksempel på faglig og administrativ deling av helse- og sosialadministrasjonen ut fra et forsøk på å definere saksområder som bør ligge under en fagadministrasjon og saksområder som fagadministrasjonene må ha med å gjøre, men som verken helse- eller sosialsektoren har spesiell kompetanse til å arbeide med. Dette er sammenstilt i gruppe merkantile-økonomiskanalytiske funksjoner som fordrer spesiell sakkunnskap innenfor kontoradministrative, økonomiske og juridiske fagfelter.
For riktig store kommuner kan det være rasjonelt å foreta en organisatorisk oppdeling av de administrative ansvarsområder som

➡

EKSEMPEL PÅ FAGLIG OG ADMINISTRATIV DELING AV HELSE- OG SOSIALADMINISTRASJON

HELSE-OG SOSIALSTYRE

Helseråd/helsestyre Helsesjef Alle helsefaglige funksjoner. Arbeidsområde bl.a.:	Økonomisjef - finansrådmann Merkantile - økonomisk analytiske funksjoner som:	Sosial/omsorgsutvalg. Sosialsjef. Alle sosialfaglige funksjoner, bl.a.:
Sekretariat for helseråd og andre utvalg. Arkiv. Saksbehandling til helseråd og helse/sosialstyre. Planlegge, og koordinere utførelsen av alle helsetjenestefunksjoner faglig og administrativt. Epidemiologisk arbeid Medisinsk rasjonalisering. Helseøkonomi. Budsjettering - langtidsplanlegging Attestasjon av regninger. Personalsaker unntatt lønn/tariff spørsmål. All administrativ og faglig ledelse av de enkelte funksjonsområder. Avdelingsleder (sykepleiesjef, helsesøster, praktiserende lege, fysioterapeut etc.)er daglig administrativ og faglig leder på sitt funksjons/budsjettområde.	Anvisningsrett helse- og sosialstyre. Regnskapsrutiner - regnskap for helse/sosial-institusjoner. Innkjøpsrutiner. Lønns-/tariffspørsmål. Beregning av egenbetaling/pasientoppgjør. Veileder i økonomiske saker: - tilsyn/kontroll budsjett - analysefunksjoner vedr.forbruk Kontortekniske funksjoner: - skrivestue - sekr. helse- og sosialstyre (innkalling, protokoll, utskrift) Evt. sekr. felles institusjonstyre for sykehjem/aldershjem.	Sekretariat for sosial/omsorgsutvalg. - andre utvalg - arkiv Saksbehandling til sosial/omsorgsutvalg, helse- og sosialstyre. Planlegge, og koordinere utførelsen av alle sosialfunksjoner faglig og administrativt. Budsjettering/langtidsplanlegging. Attestasjon av regninger. Personalsaker unntatt lønn/tariffspørsmål. All administrasjon og faglig ledelse av de enkelte funksjoner: - kuratorarbeid. - klient/stønadsaker. - fritidsklubber. - utekontakt etc. Avdelingslederne er daglig sdministrativ og faglig leder for sitt område.

skjema viser, men i meliomstore og mindre kommuner vil de merkantile funksjonene måtte fordeles mellom ledelsen av fagetatene og kommunens sentraladministrasjon.

De fleste som arbeider i helsesektoren i dag erkjenner at helsearbeid ikke er noe "onemanshow", men et typisk teamarbeid der sykepleiere, leger, kontorpersonale, fysioterapeuter og laboratoriepersonale stadig samarbeider om problemløsningene. Videre er arbeidssituasjonene alik at alle personellgrupper har blandede funksjoner med oppgave i såvel kurativt som profylaktisk helsarbeid, i individrettet og gruppeorientert helsearbeid. Dette har som praktisk konsekvens at arbeidsorganisasjonen må bevare teammodellen samt at ledelsen av de forskjellige problemområder eller arbeidsfelter må samles.

Rent praktisk kan dette ordnes ved at helseetaten deles opp i seksjoner, under den forutsetning at de forskjellige personellgrupper lar seg bruke på tvers av seksjonene og at de enkelte oppgaver delegeres i utbredt grad til seksjonsledere og de enkelte tjenestemenn. Dette legger også grunnen for at systemet med fullført saksbehandling kan gjennomføres og at alle berørte personellgrupper får optimal innflytelse i administrasjonen.

Seksjonsinndelingen vil naturlig nok arte seg forskjellig, avhengig av kommunestørrelse, praktiske og personalpolitiske forhold. Som hovedmønster anbefaler legeforeningen inndeling i fire seksjoner eller funksjonsområder:

- En seksjon for miljøhygiene ledet av en lege.
- En seksjon for almenhelsetjeneste ledet av en lege, men slik at en fysioterapeut leder fysioterapeutenes fagfunksjoner.
- En seksjon for forebyggende helsearbeid ledet av en helsesøster.
- En pleie- og omsorgseksjon ledet av sykepleiersjefen

STØRRE KOMMUNER

Kommuner med anslagsvis 10.000 innbyggere og mer vil ha ansatt så vidt mye og mange kategorier personell at en litt mer omfattende differensiering kan være naturlig:

1 a. Seksjon for helserådstjenester

Herunder sorterer alt miljøhygiensik arbeid i vid forstand som helserådet i dag dekker, og i tillegg bør helseøkonomi og epidemiologsik arbeid knyttes til denne seksjonen så vel som koordinerende planarbeid i samarbeid med sentraladministrasjonen og de øvrige seksjoner i helseetaten. Kommuneoverlegen bør være daglig leder. Hertil vil det også være naturlig å legge næringsmiddelkontrollen dersom kommunen deltar i en interkommunal ordning.

1 b. Seksjon for administrasjon som yter tjeneste til alle de øvrige seksjonene i den grad de administrative funksjoner kan samles.
Leder for en slik seksjon bør være en med kontorteknisk, økonomisk/administrativ utdanning, f.eks. en kommunalkandidat. Seksjonen forutsettes å dekke flest mulig av de kontortekniske og merkantile/økonomiske funksjoner som er nevnt i skjemaet foran.

1 c. Seksjon for næringsmiddelkontroll bør stå som egen seksjon i de kommunene som har det interkommunale næringsmiddellaboratorium og hvor dette representerer en egen større virksomhet.

2. Seksjon for hjemmesykepleie organiserer hejmmesykepleien tilsvarende dagens ordning med sykepleiesjefen som leder.

Helsetjenesten i kommunene

3. Seksjon for forebyggende helsearbeid tillegges helsesøster og omfatter skolehelsetjeneste, helsestasjonsvirksomhet og kan tillegges kommunens ansvar etter kommunehelsetjenesteloven for den helsemessige opplysningsvirksomhet.

Det kan diskuteres om også intern kursvirksomhet og videreetterutdannelse for helsepersonell bør legges til denne seksjon, eller om dette f.eks. skal legges til seksjon for helserådstjeneste.

Likeledes bør det diskuteres om arbeidet med bedriftshelsetjeneste og med attføringsarbeid etter kommunehelsetjenesteloven skal legges til denne seksjonen.

4 a. Seksjon for kurativt helsearbeid.
Denne seksjonen bør under en leges ledelse samle all kurativ virksomhet ved legekontor, legevaktordning og alle varianter av tilsynslegevirksomhet.

Det bør også vurderes om de fysikalske institutter/all fysikalsk /medisinsk virksomhet bør legges inn under denne seksjonen, men da med en fysioterapeut som en koordinerende leder. I store kommuner ken det være aktuelt å skille ut fysioterapivirksomheten, både den profylaktiske og den kurative i en egen seksjon.

4 b. Seksjon for helseinstitusjoner.

Når sykehjemmene tilbakeføres til kommunene bør det vurderes om ansvaret for disse skal tillegges en egen seksjon, eller om helseinstitusjonene på grunn av sin hovedsakelig kurative virksomhet skal tillegges seksjonen for kurativt helsearbeid. Uansett bør det sørges for at ledelsen av helseinstitusjonene skjer i nært samarbeid med ledelsen for de sosiale institusjoner, slik at utnytt else av personell, lokaliteter og utstyr kan bli optimal uten at pasientene blir kasteballer mellom institusjonene, eller på den annen side bindes til institusjoner som de ikke lenger passer for.

En slik seksjonsinndeling bryter egentlig lite med de praktiske arbeidsordninger som gjelder i dag og som går på tvers av ansettelsesforhold og profesjonsinteresser.
Hovedformålet med en seksjonsinndeling som den foran nevnte er å ordne helseetaten i ansvarlig organsiserte arbeidsteam, som vi etter dagens erfaring vet fungerer bra og som gir personellkategoriene varierte arbeidsoppgaver og optimal inflytelse over sin egen arbeidssituasjon.

Der forholdene ligger til rette for det, er det etter mitt skjønn ikke noe i veien for at andre grupper fagpersonell enn de anførte kan være seksjonsledere. Men da under hensyntagen til sin begrensede kompetanse

I alle tilfelle må hovedintensjonen med nyorganisering av kommunehelsetjenesten være å gi et lett tilgjengelig og faglig godt tilbud til alle pasientgrupper■

Hvem skal bestemme hvem som skal bestemme hva ?

Av Berit Tveit

På Utpostens forespørsel om biografiske data har Berit Tveit opplyst følgende: "Relevant erfaring: Prosentlege i Fyllingsdalen (12 år). Almenpraktiker i Namsos og Bergen (25 år, herav Almenpraktiker Dnlf i 9 år). Husmor (27 år). Leges familiemedlem (52 år). Pasient (52 år). Har lært å leve med egne mistak etter planlegging, bygging og drift av to praksiser og to boliger."

Nei, det er ikke trykkfeilsdjevelen som har fått hikke. Det er bare meg som har fått muskelspenninger av latente og åpne konflikter, og ser driftstilskudd drive rundt som tåkedotter.

Jeg gikk til spesialist - en industrileder. Det følgende er gjennomsett av ham, men både form og innhold er mitt ansvar.

Til min forbløffelse nektet han bestemt å ta utgangspunkt i legenes honorarformer (stykkpris, fastlønn osv.). Han på sin side løftet på øyenbrynene over mine budsjetteringsvansker.

S: "Kan det være så vanskelig? Hvor mange av et gitt antall trenger behandling pr. år, hvor lang tid tar det, hva slags utdannelse trenger reparatører osv., lokaler, utstyr - det er det samme som for maskinservice."

Da jeg fremdeles jamret, stilte han det opp for meg. Vi hadde en liten kamp angående antall konsultasjoner pr. dag. Han kunne ikke helt fatte hvordan vi på fornuftig vis kunne makte mer enn 14-15 konsultasjoner pr. dag, men gikk brummende med på 18.

S: "Der har du det: alle utgifter blir omtrent 600 000 kroner pr. år pr. legeårsverk. Det er ikke dyrt når reparatørene er så høyt kvalifisert som legene er."

BT: "Jamen det er så vanskelig å beregne budsjettet, det varierer fra år til år, og -"

S: "Variasjoner hører til - tror du våre maskiner går i stykker pent etter tur? Og hvis du nevner den diskusjonen om fastlønn/stykkpris en gang til går jeg. Det er av meget underordnet interesse, både for samfunnet og for pasientene. Og det er de som betaler, hva?"

Jeg skiftet til et annet ord og sa noe om effektivitet.

S: "Det er straks mer interessant. Det ser ut til, i meget høy grad, å være avhengig av slikt som styringssystem, delegering av myndighet og utforming av arbeidsplass og -oppgaver."

BT: "Fins det flere styringssystemer enn hierarki, - som på sykehus med overlegen som absolutt ansvarlig topp, og den helt selvstendige praktiserende lege?"

S: "Det ante meg. Dere leger er arkaiske på andre måter enn det med Normaltariffen. Vi får ta det fra grunnen av: De fleste av oss er oppdratt i et hierarkisk system. Som på skolen med læreren som vet best og elevene som prinsipielt ikke vet noe som helst - og overlærer som den fjerne skremmende topp.

Av gammel vane bruker vi samme pyramide-system ellers også. Vel er det så at eieren - eller den instans som betaler driften - sitter med ansvaret og dermed har styringsrett. Slik må dere akseptere at samfunnet vil ha et ord med i laget angående helsetjenesten.

Men det viser seg at autoritær-/hierarkalsk styringsform egner seg dårlig andre steder enn i elev/lærer-forhold, og selv der bør det være akseptert av begge parter på forhånd."

BT; "Aha! På sykehus er vanligvis de underordnede leger i utdannelsesstilling - elever - altså er overlegens myndighet hensiktsmessig."

S: "Høres rimelig. Men i praksis - der er legene ansett som kompe-

tente, kan betros selvstendig arbeid og trenger ingen overlege.

Nå er dere på vei bort fra enmannspraksis, ansetter hjelpepersonale og arbeider i grupper. Da begynner dere å få industriens problemstilling: Tekniker, kontorassistent og direktør er alle i utgangspunktet kompetente på sitt område. Jeg ville komme ille ut om jeg prøvde å lære min sekretær å skrive på maskin! Men vi er avhengige av hverandre for å få noe gjort. Da trenger vi et system, for gjensidig informasjon og for å ta bestemmelser.

Den allvitende og alt-bestemmende sjef er meget lite effektiv, enten han sitter i toppen eller lenger nede i et hierarki. Hvis han produserer noe som helst er det in-effektivitet hos de underordnede. En autoritær sjef i et hierarki kan drepe en bedrift nokså kjapt."

BT: "Kanskje mange sjefer har brukt hierarkiet på en lite autoritær måte, så vi ikke har oppdaget systemets iboende farer?"

S: "Meget mulig, til og med sannsynlig. Men nå er i alle fall farene oppdaget. Temmelig mange strever med å finne andre systemer. Du har hørt om Japan? De har ett: skaper enslags familiebånd.

Det vi arbeider med nå kalles av mange nettverk, noen sier "flat" struktur - som en motsetning til pyramidens vertikale retning. Det er faktisk vanskelig å få til. Så mange er vant til hierarki og trives med å dytte skylden oppover eller nedover. I en flat struktur må man pent ta ansvar for egne bommerter.

Det innebærer at arbeidet organiseres omkring myndighetsområder. Du nevnte en gang en laboratoriedamene dine ville ha seg frabedt at legene kom og laget uorden i instrumentene deres. Da ville de heller jobbe litt ekstra? Hvis dere aksepterer det, tyder det på en "flat" myndighets-struktur.

BT: "Men vi må jo diskutere med dem av og til!"

S: "Da kommer nettverks-begrepet inn. Knutene i nettet er de personene som har ansvar for slike diskusjoner, både at de kommer i stand og at de fører til resultater. Men hele tiden har systemet ikke noe øverst eller nederst. Direktøren, gruppeleder eller hva dere nå kaller ham, han er en nøkkelknute med ansvar for å gå inn i konflikter, bestemme noe når alt kjører seg fast - men han har også ansvar for ikke å blande seg borti unødig!

Økonomi kommer inn som et virkemiddel. Det går for eksempel an å sette opp budsjetter etter myndighetsområder eller seksjoner istedenfor etter de vanlige konti. Da kan folk f.eks. bli interessert i å passe på forbruket for å kunne kjøpe noe ekstra utstyr.

Der et nettverks-system fins, enten det er formelt eller har utviklet seg uformelt, tyder alt på at arbeidet blir bedre gjort og at folk trives bedre. Fordelene er så store at de oppveier ulempene."

BT: "Fins det ulemper med dette da - det er jo demokrati på arbeidsplassen egentlig?"

S: "Åja. Tenk bare på den risikoen det er å delegere myndighet. Ikke alle like dyktige. Og systemet tar tid, mye tid - særlig i startfasen. For det forutsetter åpne kommunikasjon mellom alle impliserte - det vil si: Mye mer snikksnakk enn når man bare gir en ordre. Mange gir opp i startfasen. Noen henfaller til prat istedenfor å jobbe. Systemet kan også oppfattes som farlig - man er utsatt for kritikk, og det direkte - ikke bare via sjefen."

BT: "Åpen kommunikasjon - det avhenger vel mye av hvordan man kommuniserer? En Thomas Gordon prøver å stille opp prinsipper for konstruktiv samtale. F.eks. å si til skrivemaskindamen: "Her er en feil" og ikke: "Du skriver feil" Det siste sender et tilleggsbudskap - litt avhengig av stemmebruken - "Du kan ikke skrive skikkelig", og så blir hun sint eller lei seg."

S: "De fleste mennesker er svært sårbare slik. Hvis en sjef skulle være så dum at han liker å vise at han har makt - da kan han nok få de andre til å gjøre noe, men neppe særlig godt. De vil være på vakt hele tiden."

Nå begynte puslespillbitene å falle på plass for meg: Min hodepine skyldtes en oppfatning hos meg selv: Den nye lov om helsetjeneste gir grunnlag for hierarkisk struktur på et område hvor den ikke har vært anvendt før. Fra å være meget selvstendige enheter skal primærlegene gå over til å være et ledd i et kommunalt system.

Det sies i Ot.prop. 66 at systemet skal omfatte "Medisinske/faglige ansvarlige leger". Og jeg ser for meg et hierarki: Kommunestyret på toppen av pyramiden og videre nedover: Helsestyre, helsesjef, administrasjon, leger - og så personale og pasienter på

"You're a hypochondriac, but you've come to the right man, I'm a quack"

bunnen.

På små steder, der helsesjefen er aktivt med på grunnplanet, vil både geografisk og mental avstand være så kort at spørsmålet pyramide/flatt nettverk kan bli akademisk. På større steder må strukturen nødvendigvis formaliseres, oppgaver fordeles og delegeres. Hvordan?

Jeg er temmelig sikker på at den hierarkiske struktur passer særdeles dårlig i primærhelsetjenesten. Kanskje fordi den i prinsipp allerede er en nettverks-struktur? Pasient og lege er de viktigste knutepunktene. De møtes i konsultasjonen, og foretar der undersøkelser og bestemmelser helt for seg selv. Rundt seg har de en ramme, - utstyr, personale, økonomi osv..Trivselen og kvaliteten av arbeidet blir best dersom de to parter har rimelig grad av innflytelse på rammen, at den bevisst innrettes på å yte service til personer, her og nå, ikke til noen overordnet instans.

Noe så banalt at søster husker - eller ikke husker - hva slags utstyr legen foretrekker, det betyr noe. (En legegruppe debatterte spekulae - og endte med flere sorter -)

Med et slikt opplegg får kanskje søster overskudd til å svare riktig fint i telefonen, og legen overskudd til å si "Beklager at jeg ble forsinket" - noe som igjen gir pasienten et bevis på at han betyr noe som menneske.

Her kan være en av grunnene til at selvstendig praksis har overlevd så lenge, også som økonomisk fri enheter. Da har man jo fullt herredømme over sin ramme. På den annen side betyr overføringen av myndighet til kommunene at de små frittstående enheter ikke lenger fungerer godt nok. Det må vi akseptere, men vi må også akseptere den vanskelige oppgaven å finne ut hva som kan gå tapt av grunnleggende verdier. Diskusjonen om fritt legevalg var et ledd i denne prosessen.

Oppgaven blir ikke lettere når overgangen til et nytt system innebærer overhengende fare for utvikling av gammeldags hierarki. Uansett hvor velmenende enkeltmenneskene i administrasjonen måtte være, øker faren på grunn av følgende:

1. Mange av de unge er redde for ikke å få arbeid. De oppfatter administrasjonen som mektig, og vil tendere mot å tekkes denne.

2. Holdningen til dem vi oppfatter som våre overordnede sitter dypt i vår medisinske sjel. En overlege ansees nesten automatisk som en autoritet. Symptomatisk er at jeg for eksempel ennå husker de smuler av ros som falt på meg, og bemerkninger "Ankelødemer til knærne - Berit da."

3. De eksisterende almenpraktikere har vært meget selvstendige. De har meninger og erfaringer som ikke sjelden går på tvers av administrasjonens, og de misliker inngrep utenfra i sin arbeidssituasjon.

4. Fristelsen til å tyde ungdommens ydmykhet som enighet, og gamlingenes motstand som ensporet stahet kan bli nesten uimotståelig for en presset administrator. Så bestemmer han etter eget hode, utøver sin makt. Og føler i sin sjel at dette er rett. "Jeg er jo overlege!"

Etter å ha lyttet til disse filosofier sukket min spesialist dypt, og sa: "Hvorfor er mennesker lik seg overalt?" Deprimert pause. Jeg klamret meg til en tidligere bemerkning: "Du mener altså at det er mulig å få til en nettverksstruktur, og at den kan fungere godt?"

S: "Ja! Men det krever jobbing: Dere må finne ut hvem som egentlig gjør hva, definere områder for myndihet, lage klare delegeringsprosedyrer og slikt - og så ta risken på at alle gjør sitt beste."

BT: "Man må liksom bestemme hvem som skal bestemme hva?"

Svaret kom som et skudd: "Ikke bare liksom!" ■

Utposten i Paris

19.-20 mars var utsendinger fra 16 land samlet til en konferanse om medisinsk etterutdannelse i Paris. Tiltaket var organisert av S.I.M.G og l'UNAFORMEC, det siste en organisasjon som vesentlig arbeider med å produsere forskjellige hjelpemidler for medisinsk undervisning. Kollega Arne Ivar Østensen var tilstede og presenterte erfaringene med Utpostens problemserie. I UNAFORMEC's tidsskrift FMC (Periodique de formation continue) har vi stavet oss gjennom gjennom referater fra møtet og beundret bildet av Dr. Østensen de Norvège.

Utposten mis à nu og på alles lepper i Paris! Hvor finner vi nå neste stoppested? Vi gratulerer Arne Ivar Østensen og Steinar Westin har lagt ned så mye arbeide med problemserien. Redaksjonen tumler med planer om en ny problemserie. Det er ikke avgjort om vi skal fortsette etter gammel oppskrift eller om det kan være hensiktsmessig med store eller små forandringer. Dersom den faller i smak, mottar kanskje de ansvarlige invitasjoner fra Tokio, Irkutsk eller Nairobi? Følg med! Følg med!

Her var Utposten og Dr. Østensen de Norvège.

INNLEDNING

Av Harald Siem

Helsedirektoratet har tatt initiativ til å vurdere mulighetene for å gjennomføre et totalprogram for screening-undersøkelser gjennom et prøveopplegg i Troms fylke.

Prosjektets mål er å redegjøre for erfaringer ved gjennomføring av et alders- og kjønnsspesifikt helsekontrollprogram for hele befolkningen i visse kommuner.

Gjennom organiserte helsekontroller i den primære helsetjeneste skal man over tre år beskrive medisinske, organisatoriske og økonomiske følger av et slikt program. I prosjektet skal man gjennomføre målinger og legge data tilrette, slik at man har grunnlag for senere vurderinger når det gjelder den medisinske nytte man kan ha av et slikt program. Mer spesifikke prosjekter for å måle redusert sykelighet i befolkningen kan knyttes til, men er ikke en del av prosjektet.

Systematisk og standardisert vurdering av befolkningen danner grunnlaget for sammenligninger mellom kommuner. På bakgrunn av den epidemiologiske oversikt man får, kan man med større sikkerhet fordele helsetjenester til befolkningen. Prosjektet støtter opp om utvikling av slik kommunediagnose.

Prosjektet vil starte opp sommeren 1983 med tre måneders prøveperiode. Fra 1.1.1984 vil prosjektet løpe kontinuerlig. Med bakgrunn i folkeregisteret vil innbyggere i de utvalget kommunene gjennom helserådene, få et tilbud om å oppsøke sin lege for en 20 minutters helsekontroll etter et standardisert program. Grunnlaget for utformingen av dette programmet er hentet fra NAVFs rapport nr. 2, 1979, Masseundersøkelser og helsekontroller, av Harald Siem.

I forbindelse med prosjektet er det sendt ut en informasjon til helsepersonell, som bør være av interesse for Utpostens lesere.

PROSJEKTET HELSEKONTROLLER I

TROMS

Adresse: Fylkeslegen, postboks 927, 9001 Tromsø

INFORMASJON TIL HELSEPERSONELL

En del innbyggere i Troms fylke vil bli tilbudt en gratis helsekontroll sommeren 1983. Prosjektet Helsekontroller i Troms tar sikte på å starte for fullt fra 1.1.1984.

Bakgrunnen for prosjektet er et initiativ fra Helsedirektøren. I samarbeid med Fylkeslegen i Troms, Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø, Regionsykehuset i Tromsø og Helserådene i Tromsø, Bjarkøy, Gratangen, Lavangen, Sørreisa, Berg, Lenvik, Lyngen, Storfjord, Skjervøy og Kvænangen er det utformet et prosjekt. Prosjektet tar sikte på å imøtekomme det ønsket mange mennesker har om helsekontroller, eller en "helsjekk".

Med bakgrunn i folkeregisteret vil innbyggere i de nevnte kommuner bli innkalt ved visse alderstrinn til en 20 minutters konsultasjon hos lege. Konsultasjonen vil arte seg litt forskjellig på de forskjellige alderstrinn. De som blir innkalt, har full anledning til å spørre om råd og veiledning om de ting som de mener angår deres helse.

Undersøkelsen omfatter enkle prøver som har vist seg å være nyttige i helsekontroller. De fleste prøver som brukes for å stille diagnose på personer som er syke, egner seg dårlig i helsekontroller for personer som ikke har tegn på sykdom. Undersøkelsen krever ingen spesiell forberedelse fra den som blir innkalt. De som etter kontrollen har behov for grundigere undersøkelse eller behandling, får avtale til senere kontroll på vanlig måte.

Personer som er bosatt i kommunen, vil få tilsendt et brev hvor de oppfordres til å ta kontakt med distriktslegen eller den legen de vanligvis bruker. På baksiden av brevet kan legen registrere visse opplysninger om hvem som møter og visse funn ved undersøkelsene. Disse opplysningene vil bli bearbeidet konfidensielt, for å vurdere hvordan et slikt tilbud blir mottatt, og hvilken nytte det har.

Legene er fra før tilsendt et helsekontrollskjema, hvor en del stikkord er anført for de forskjellige alderstrinnene. Det følger en veileder til dette skjemaet, som er retningsgivende, men ikke bindende for legene.

Helsekontrollskjema for aldersgruppene 25 til 79 år:

De som vil ha dekket reiseutgifter, kan få gjort dette på vanlig måte ved trygdekontoret.
Når legene bekrefter fremmøte for pasientene, skal det tydelig fremgå at det gjelder "Helsekontroller i Troms". Det er utarbeidet egne kort hvor pasientens navn og fremmøtedato kan anføres. Kortene kan brukes hvis det passer.

Leger og annet helsepersonell som forventes å komme direkte i kontakt med prosjektet er informert direkte. Denne informasjonsbrosjyren er først og fremst beregnet på helsepersonell og andre som bare sporadisk kommer i berøring med prosjektet.

Dersom en ønsker ytterligere opplysninger om prosjektet, kan en henvende seg til fylkeslegekontoret i Troms hvor Wenke Kittelsen Moe kan svare på praktiske spørsmål og formidle skjemaer og skriftlig informasjon.
Dersom en ønsker å diskutere innholdet i prosjektet nærmere, kan en ta kontakt med assisterende fylkeslege Per-Dagfinn Balsvik, fylkeslegekontoret i Troms, eller prosjektleder Harald Siem, Oslo helseråd (telefon (02) 20 10 70).

FOR FYLKESLEGEN I TROMS
PER-DAGFINN BALSVIK
assisterende fylkeslege

FOR PROSJEKTET
HELSEKONTROLLER I TROMS
HARALD SIEM
prosjektleder

PROGRAM:	ALDERSGRUPPER: 25 ÅR	30 ÅR	35 ÅR	40 ÅR	43 ÅR	46 ÅR	49 ÅR	52 ÅR	55 ÅR	58 ÅR	61 ÅR	63 ÅR
VEKT												
BLODTRYKK												
STIKKORD FOR KONTROLLEN	Høyde Røyking Ernæring (overvekt) Prevensjon	Cytologi Rusmidler og medikamenter Kreft - egen observasjon	Cytologi Røyking Mosjon Tannhelse: Antall tenner. Tannplager. År siden siste tannlegebesøk. Ønskes kontakt med tannlege?	Cytologi Rusmidler og medikamenter γGT (?) Kolesterol Familieforekomst av hjerte/karsykdommer. Hjerte/karrisiko	Cytologi Kreft - egen observasjon	Cytologi Røyking Mosjon	Cytologi Rusmidler og medikamenter Tannhelse: Antall tenner. Tannplager. År siden siste tannlegebesøk. Ønskes kontakt med tannlege?	Cytologi Syn Hørsel	Cytologi Røyking	Cytologi	Rusmidler og medikamenter Syn Tonometri	Trygdespørsmål

HØYDE SKAL BARE MÅLES VED 25 ÅR ELLER VED FØRSTE KONTROLL

PROGRAM:	ALDERSGRUPPER: 65 ÅR	67 ÅR	69 ÅR	71 ÅR	72 ÅR	73 ÅR	74 ÅR	75 ÅR	76 ÅR	77 ÅR	78 ÅR	79 ÅR
VEKT												
STIKKORD FOR KONTROLLEN	Pensjonsalder	Tannspørsmål og trygd Syn Hørsel	Naturlige funksjoner Klinisk status Førerkortattest Tonometri	ADL Syn Hørsel Førerkortattest Influensavaksine Trim	Hjemmehjelpsystem og rettigheter Førerkortattest Influensavaksine Fotpleie	ADL Syn Hørsel Førerkortattest Influensavaksine Trim	Naturlige funksjoner Klinisk status Førerkortattest Influensavaksine Tonometri	ADL Syn Hørsel Førerkortattest Influensavaksine Trim	Naturlige funksjoner Klinisk status Førerkortattest Influensavaksine	ADL Syn Hørsel Førerkortattest Influensavaksine Fotpleie	Naturlige funksjoner Klinisk status Førerkortattest Influensavaksine	ADL Syn Hørsel Førerkortattest Influensavaksine

TEMA:

Svangerskaps-kontroll

INNLEDNING

Ved Frode Heian

Norge lå frem til begynnelsen av -60 årene sammen med de andre skandinaviske land best an i verdensmålestokk, mht. perinatal mortalitet. Siden har Norge stadig sakket akterut i forhold til disse. Mens perinatal mortalitet i våre naboland nå er nede i 7-8 %., ligger vi her fremdeles nesten på det dobbelte.

Dette fremkom som et sjokk, i klarere tall enn ventet, av nylig avgitte NIS-rapport "Perinatal audit" med prof. Bratteteig ved Samfunnsmedisinsk inst. i Trondheim som hovedredaktør.
Sosialdepartementet har som følge av dette nå et utvalg i arbeid for å se nærmere på våre rutiner på disse områder representert ved 3 underutvalg:
- Transport av fødende.
- Svangerskapskontroller.
- Utdanning av involvert personell

Ultralyd i svangerskapskontrollen er kanskje det største fremskritt på dette området de siste årene. Denne metoden har vært i bruk siden slutten av 50-årene, bl a. er det i Vesttyskland innført lovfestet rett for alle gravide, til ultralyd u.s.

Merkelig nok er det ikke foretatt noen evaluering av effekten av screeningundersøkelse med ultralyd. før de parallelle undersøkelser som nå er gjort i Trondheim og Ålesund.

I Trondheim har en gruppe fra Kvinneklinikken (v/ovl Brodtkorb) og Institutt for Samfunnsmedisin (v/prof. Bratteteig og amanuensis Jacobsen),gått sammen om en slik undersøkelse.
De endelige resultatene foreligger ennå ikke, men vi har fått tillatelse til å gjengi undersøkelsen i korte trekk, og hovedkonklusjonene, slik de ble lagt frem på fylkeslegens årlige møte for helsepersonell i Trondheim 8/6-83.

SCREENING MED ULTRALYD I SVANGERSKAPET

I Trondheim ønsket man altså å se på den nytten rutinemessig bruk av ultralyd har for utfallet av svangerskapet. Fylkeslegen i Sør-Trøndelag har støttet prosjektet økonomisk.

Her er kort om undersøkelsens innhold og hovedkonklusjoner.

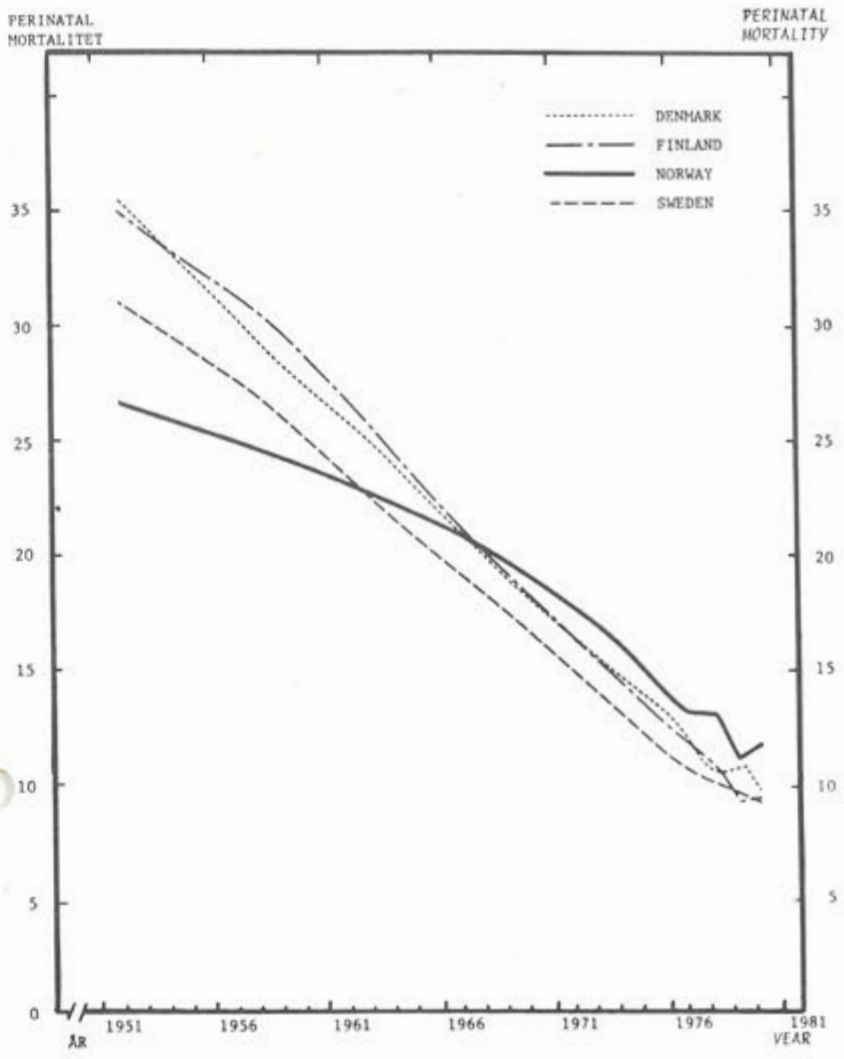
Hensikt: Evaluere et rutinemessig ultralydprogram i svangerskapet for å:

- Fastslå nøyaktig gestasjonsalder og dermed unngå unødige overtidsinduksjoner av fødsel.
- Overvåk e den intrauterine vekst som grunnlag for intervensjon.
- Fastslå bigemini tidligst mulig som grunnlag for intervensjon.
- Fastslå placentas lokalisasjon som evt. grunnlag for intervensjon.
- Forbruk av helsetjenester som et resultat av screeningprogrammet.

I prosjektet deltok vel 25 primærleger i Trondheomsområdet i samarbeid med Kvinneklinikken, RiT, og Institutt for samfunnsmedisin, UNIT.

Ca 1000 kvinner som møtte til 1 gangs sv. sk.ktr. før 17 uke, ble tilfeldig fordelt i to grupper. Den ene halvparten fikk tilbud om to ultralydundersøkelser, henholdsvis i 19 og 32 uke av svangerskapet. Den andre halvparten, kontrollgruppen, ble fulgt på vanlig måte. Begge gruppene fortsatte sine regulære svangerskapskontroller hos sin lege. Legene skulle på sin side behandle kvinnene uavhengig av deres status som screenet eller ikke-, og henvise til obstetrisk vurdering,evt. inkludert ultralydundersøkelse- på klinisk indikasjon gjennom hele svangerskapet.

Tallresultatene fra undersøkelsen foreligger, men er ikke ferdig bearbeidet. En del data synes vanskelig å tolke, f. eks. når det gjelder "small for date"- og tvillingsvangerskap, kanskje er materialet noe for lite her. Vi skal derfor ikke gi oss inn på noen prematur fortolkning i UTPOSTEN, men vi merker oss at:



FIGUR 1. PERINATAL DØDELIGHET I DANMARK, FINLAND, NORGE OG SVERIGE 1951-1979. (1951-1975, 5 ÅRS GJENNOMSNITT, 1976-1979 ÅRLIG PERINATAL DØDELIGHET.) (12,13)

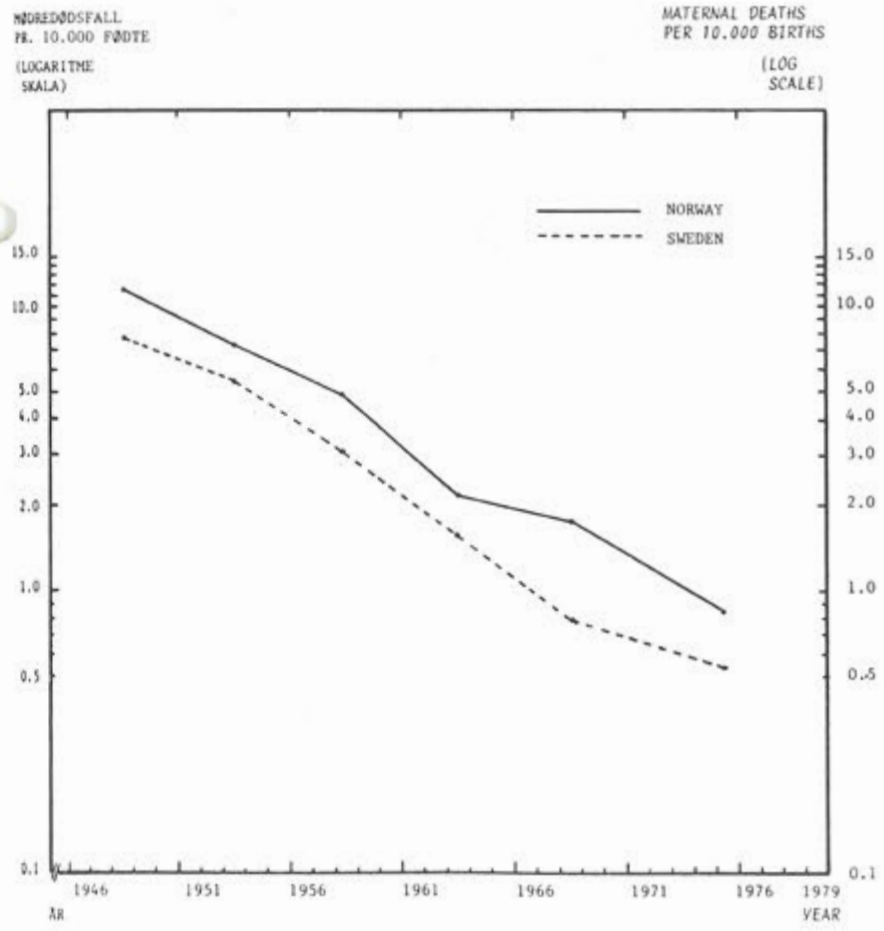


FIG. 2. MØDREDØDELIGHET I 5-ÅRSPERIODER * I SVERIGE OG NORGE. 1946-1979. (14,15)

"- Det kan tyde på at man har fått ned antall "overtidsinduksjoner", hvorav en del kan antas å være unødvendige.
- Når det gjelder barnas tilstand har vi funnet gruppene like mht. Apgar score, resuscitasjon, overflytting til intensiv behandling og perinatal dødelighet.
- Like mange av kvinnene i de to gruppene ble henvist til vurdering i løpet av svangerskapet.
Likeledes ble et likt antall henvist til vurdering for overtidig svangerskap fra de to gruppene."

Gruppen konkluderer:
Hovedgevinsten er tidligere diagnostikk av tvillingsvangerskap, og færre overtidsinduksjoner.

Hovedomkostningen er stort merforbruk av helsetjenester med økt hospitalisering for mistenkt intrauterin vekstretardasjon, og økt merforbruk av ultralyd.

"Screening med ultralyd to ganger i svangerskapet gir en viss medisinsk gevinst.
Onkostningene for å oppnå denne gevinsten må anses å være påtagelige."

I Ålesund er det gjort en parallell undersøkelse, men med bare en screening med ultralydu.s., denne ble foretatt i 17 uke. Her har man også, i motsetning til Trondheimsgruppen, bare utført ultralydundersøkelser i kontrollgruppen på svært strenge indikasjoner.
De to undersøkelsene lar seg derfor vanskelig sammenlikne.

I Ålesund konkluderes med en betydelig økonomisk besparelse og betydelig medisinsk gevinst, av en rutinemessig screening.

Mens det tydeligvis altså er uenighet om dette, starter gyn/obst.- avdelinger andre steder opp med tilbud om ultralydscreening.
Med personell- og utstyrsmessige kostnader, reiserefusjoner, tapt arbeidsfortjeneste etc., vil det bli betydelige samfunnsmessige kostnader hvis en slik rutine skal gjennomføres for alle gravide i Norge.

Det er alltid vanskelig å vurdere økonomi opp mot helsemessig gevinst. Men når det er stor uenighet bør andre muligheter til helsemessig gevinst vurderes i forhold til de samme kostnader. Hva for eks. med en oppjustering av det faglige nivået hos dem som i dag driver svangerskapskontrollene?
Vi venter spent på videre resultater, ikke minst fra sosialdepartementets utvalg, som ventes i oktober

PRIMÆRLEGENE/UNIVERSITETSKLINIKKEN, REGIONSYKEHUSET - TROMSØ

Personalia

Navn | født | gift/ugift

Adr. | Høyde | Vekt før svangerskap

Slekt

Diabetes | Tvillinger | Merknader

Hofter | Arvelig sykdom

Allergi | Andre

Pas. helse

Diabetes | Hjerte/kar

Epilepsi | Andre sykd.

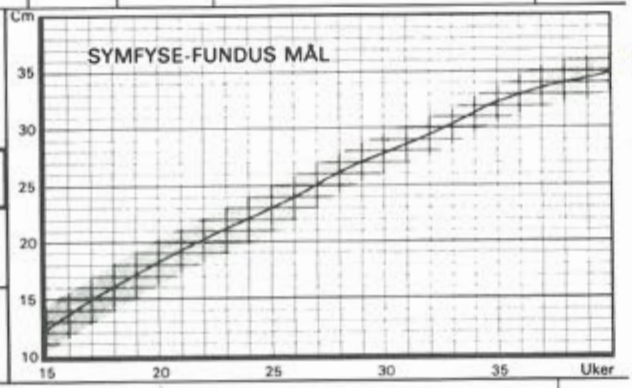
Urinveier | Ant. år med ufrivillig infertilitet:

Allergi | Røykevane | Medikamenter

Tidl. sv. sk.

År	Sykehus	Abort i uker Exu.	Spont.	Prov.	Vekt	Leie anomali	Blødning	Prematur fødsel	Pre eklampsi	Overtidig	Operativ forløsning/Årsak	Amme tid

Merknader



Menstr.

Syklus: | SM: | Termin:

Varighet siste menstr. | Dato kjent foster-bevegelse:

Gravitest Dato Neg./Pos.

Lab.

Bl. gr./Rh | WR | Rubella Antistoffer | Lab.nr.:

Antistoffer

Kontroll

Dato	Uke	Uterus SF cm	Leie	F.lyd	Ød	BT	Vekt	Hb	Urin A	S	Bakt	Merknader	Sign.
												Gyn. us. Tilsv.uker	

Merknader

Lege

Copyright A/S Peder Norbye/Thorsen - Tromsø

Rutiner i almenpraksis

Svangerskapsskjema for almenpraksis

De fleste primærleger har et betydelig antall gravide som de følger med regelmessige kontroller gjennom svangerskapet.
Det arbeid som gjøres av primærlegen har som hovedhensikt å overvåke svangerskapene mht. risikofaktorer for mor og barn, og formidle resultatene av dette på hensiktsmessig måte.

I dette arbeidet bruker de fleste leger ferdigtrykte skjemaer der data systematiseres og ordnes slik at man lett kan få oversikt over svangerskapets utvikling og evt. avvik fra det normale. Flere slike skjemaer eksisterer, uten at noen endelig løsning foreligger. Et utvalg innen Norske gynekologers forening har arbeidet med saken i flere år... UTPOSTEN ønsker å ta opp denne utfordringen ved å presentere ett forslag til slikt standardisert svangerskapsskjema. Vi håper på kommentarer og mottar gjerne andre skjemaer som er i bruk.

For ca. 10 år siden ble det laget et svangerskapsskjema i Tromsø, som et ledd i samarbeide mellom byens primærleger og Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø. Dette skjema har i forholdsvis stor utstrekning vært i bruk i Regionsykehusets opptaksområde, Troms og Finnmark, Fylkeslegen i Nordland var også orientert om skjemaet.
Det meldte seg etterhvert et behov for å revidere det, bl.a. for å få plass til symfyse-fundus - mål. Under et møte arrangert av Tromsø helseråd mars -82, mellom representanter for primærleger i Tromsø-området og Kvinneklinikken, gikk man igjennom en del av de eksisterende skjemaer med fordeler og svakheter, og det innkom tallrike forslag til forbedringer. Dr. Eigil Thorsen, Tromsø, som hadde stått sentralt i arbeidet med å utarbeide forrige skjema, ble utpekt til almenpraktikernes representant. Sammen med undertegnede som representerer KK, RST ble det utarbeidet en kompromissløsning.
Dette skjema er i alt vesentlig en forbedring av det tidligere eksisterende skjema i Tromsøregionen. Det har nå vært i bruk 1/2 års tid og vi er foreløpig godt fornøyd med det. Vi har mottatt en del positiv respons utenfra, det kan være verd å nevne følgende kommentarer:

Headingen på journalen utelates.

En rubrikk hvor det anføres hvilken lege/helsestasjon den fødende kommer fra.

En rubrikk for ultralydkorreksjon av usikker termin.

Betegnelsen Wassermann byttes ut med VRDL som er i samsvar med laboratoriets terminologi.

Evt. klassifisering av ødemer 0-1-2-3.

Høyde, samt vekt før svangerskap forsøkes plassert over vektrubrikken gjennom svangerskapet.

Det vil føre for langt å begrunne de enkelte punkter i skjemaet. Generelt synes vi at skjema av denne typen, der kontrollene føres kronologisk ovenfra og nedover, gir god oversikt i motsetning til et av de skjemaer som er i bruk her i landet, og hvor det nesten ikke er skriveplass i 3. trimester da kontrollene foregår hyppig. Vi har lagt vekt på rikelig plass til merknader.

UTPOSTENS redaksjon har bedt om en kommentar til enkelte parametre som undersøkes ved svangerskapskontroller.

Blodtrykk over 140/90 ved minst to målinger med 6 timers mellomrom (i praksis målt to påfølgende dager) er patologisk.Det samme er stigning i diastolisk BT mer enn 15 mm. over utgangstrykket. Avhengig bl.a. av pasientens hjemmesituasjon,geografiske forhold osv. bør dette foranledige:
- hvile/sykemelding
- ny ktr. om få dgr.
- drøft problemet med nærmeste spesialist/spesialavd.

Proteinuri bør alltid oppfattes som patologisk selv om BT er normalt. Kontakt nærmeste spesialist el. sykehus.

Hemoglobin vil som regel falle i ethvert svangerskap da plasmavolumet øker kraftigere enn massen av de røde blodlegemer. Hb er gjerne lavest på overgangen fra 2. til 3. trimester. Etter nyere oppfatninger foreligger ikke svangerskapsanemi før Hb er under 10 g%. Gravide bør likevel antakelig bruke jernprofylakse gjennom hele svangerskapet uavhengig av Hb-verdi, evt. med unntak av 1. trimester da mange er kvalme.
Ved gjentatte målinger under 10g% kan vurderes·
- øke peroral jerntilførsel.
- forsøke jern med folinsyretilskudd.
- parenteral jerntilførsel.

I siste tilfelle må den gravide gjøres oppmerksom på å slutte med peroralt jern. Vær oppmerksom på at stigende Hb i siste trimester kan være et tegn på hemokonsentrasjon under ledsagende pre-eklampsi.

Vektkontroll må foretas av alle gravide. Det kan vanskelig settes absolutte grenser for ideell vektøkning, 12-14 kg. vil som regel være gunstig for normalvektige, friske kvinner i vår del av verden. Vær spesielt obs. på:

- vekttap i 1 trimester pga. hyperemesis.
- vekttap i 2 og 3 trimester som kan bety vekstretardasjon eller intrauterin fosterdød.
- vektøkningen skal ikke være større enn 1/2 - 1 kg. pr.uke i 2.-3. trimester.

Det siste kan bety ødemer som ledd i pre-eklampsi.

Diuretika i ødembehandling av gravide anses vanligvis kontraindisert og bør ikke iverksettes av almenpraktiker. Ved ødemer foreligger ofte samtidig intravasal hemokonsentrasjon, og diuretikabehandling kan forverre denne situasjonen. Følgen blir økt viskositet og redusert blodgjennomstrømning i morens blodkar og placenta.

Symfyse-fundus-mål må gjøres fra 14.-16 uke og ved hver svangerskapsktr., da enkeltmålinger er av liten verdi. Avvik fra normalkurven sees uten tvil best når verdiene plottes inn på skjema. Grovt skissert foreligger flg. 4 muligheter for avvik:

Kurven ligger fra første stund under normalområdet - svangerskapet er kortere kommet enn antatt.

Kurven ligger fra første stund over normalområdet -svangerskapet er lengre kommet enn antatt.

Raskt stigende SF mål gir mistakne om polyhydramnion eller tvillinger.

Avflatning av SF-kurven -vekstretardasjon eller fosterdød.

Ved avvikende SF-mål bør spesialist konsulteres.

Vårt skjema er selvfølgelig ikke fullkomment. I andre deler av landet med stort innslag av innvandrerkvinner kan det være av betydning å registrere språk. trossamfunn og boligforhold. Egen kopi for sikring av fødeplass er ikke aktuelt hos oss. For risikosvangerskap vil spesialisten/sykehuset måtte bruke tilleggsark for placentarfunksjonsprøver, ultralyd og annen overvåkning.

Skjemaet i sin nåværende form egner seg ikke til databehandling. Skjemaet er dobbelt med selvkopierende papir og dette kan benyttes på flere måter, bl.a. ved at kontrollerende lege alltid har den ene del, mens den andre kan medbringes til spesialist, eller den gravide kan bære den på seg ved feriereise osv.
Vi synes skjemaer gir grei oversikt over et gjennomsnittlig svangerskap, og kan kanskje være med og danne diskusjonsgrunnlag for en felles svangerskapsjournal i landet.

VI SPØR SPESIALISTEN

Indikasjon for ultralydundersøkelse av gravide

Det er ingen absolutt enighet om hvorvidt alle gravide bør ultralydundersøkes, hvorvidt det i så fall skal gjøres en eller to ganger, og på hvilke tidspunkt i graviditeten. I helseregion 4 er dette for tiden heller ikke praktisk gjennomførlig verken av geografiske eller økonomiske grunner

Henvisning til spesialist er imidlertid aktuelt når det oppstår mistanke om svangerskapspatologi. Ultralydundersøkelse vil være til stor hjelp i flg. situasjoner:

1. Blødninger.
   - Truende abort?
   -Ekstrauterin graviditet?
   - Blæremola?
   - Placenta praevia?
2. Mistanke om vekstretardasjon.
3. Intrauterin fosterdød?
4. Flere fostere?
5. Leieanomali? (liten betydning før 36.uke)
6. Terminbestemmelse (ca. 18.uke)

Disse problemer avklares selvfølgelig ikke av ultralyd alene, men det er et godt hjelpemiddel for spesialisten i hans vurdering Å vurdere svangerskapspatologi er en typisk spesialistoppgave, og et ultra ydapparat brukt av en ukyndig person kan gjøre mer skade enn nytte.

Til dags dato har man ikke sikre holdepunkter for at ultralyd benyttet på gravide kvinner har gitt skadelige effekter på fostre eller moren. Teoretisk kan ultralyd i høye doser skade dyrefostre Dessuten er det jo slik at helseskader ofte viser seg på lang sikt. Nytten av ultralyd er for tiden så stor at gravide ikke bør skremmes fra slike undersøkelser. Det er opp til oss som driver ultralyddiagnostikk å bruke det som enhver annen spesialundersøkelse, nemlig hvor det finnes indikasjon.

De fleste, både gynekologer og primærleger ser på ultralyd som en diagnostisk metode forbeholdt spesialister. Det er likevel enkelte almenpraktikere som har skaffet seg erfaring og praksis med metoden, og UTPOSTEN har bedt Svein Zander Bratland skrive om sin virksomhet når det gjelder svangerskapskontroll. Han kommer også med synspunkter på Trondheims- og Ålesundsundersøkelsene, og på bruken av ultralyd i almenpraksis.

Ultralyd i svangerskapskontroll

Av Svein Zander Bratland

Svein Zander Bratland har etter halvannet år ved indremedisinsk avdeling drevet almenpraksis i Dokka siden-74.
I -80 tok han 2 mndr. etterutdanning i ultralyddiagnostikk i Holland, og etter dette har han brukt metoden i sin praksis. Ikke bare i svangerskapskontrollen,men i galleblærediagnostikk, nyrestensundersøkelse, bihuleus. og også noe ekkokardiografi.
Han har nå almenpraktikerstipend fra legeforeningen for å se på nytten av ultralyddiagnostikk i almenpraksis over et år.

De siste ti år har nedgangen i perinatal mortalitet i Norge vært mindre enn i våre naboland. I en nylig publisert vurdering av den perinatale service i 5 norske fylker, ble det funnet at årsakene til omkring halvparten av de unngåelige perinatale dødsfall trolig kunne tilskrives utilfredstillende svangerskapskontroll. En bedring av svangerskapskontrollene vil således ventelig gi en gunstigere utvikling av dødelighetstallene.

En forutsetning for tilfredstillende antenatal omsorg, er sikker informasjon om gestasjonsalder. I litteraturen oppgis det at mellom 22 og 40% av de gravide ikke er i stand til å gi opplysninger som gjør det mulig å beregne fødselstermin etter Naegeles regel. I denne gruppen av gravide er det vist at den perinatale mortalitet er fire ganger høyere enn når svangerskapsvarigheten er kjent. Klinisk estimering av gestasjonsalder er upålitelig.

Ultrasonografi har i løpet av de siste 20 årene blitt det viktigste hjelpemiddelet for å få informasjon om intrauterine forhold Metoden er non-invasiv, den er uten kjente skadevirkninger og kan benyttes når som helst under svangerskapet.
I obstetrikken gir ultralyd informasjon om fosterets gestasjonsalder, flerlingsvangerskap, placentas sete, fostervekst og særskilte anomalier. I Malmø fant man at kun 1,4% fødte to uker eller mer etter ultralydpredikert termin.

DOKKA-UNDERSØKELSEN

I Norge kan det av geografiske og personellmessige grunner vanskelig tenkes at annet helsepersonell enn de alment praktiserende leger skal utføre hoveddelen av svangerskapskontrollene. Det synes derfor viktig å vurdere nytten av ultralyddiagnostikk benyttet ved svangerskapskontroll i almenpraksis.

I denne sammenheng ble det på Dokka i -81/82 gjennomført en prospektiv undersøkelse.
Undersøkelsen ble utført av almenpraktiker med 2 mndr. spesifikk utdannelse og et halvt års erfaring med ultralydundersøkelser i egen praksis. Det ble lagt spesiell vekt på å vurdere ultralyds b4etydning for å predikere fødselstermin og vekstavvik. Jeg vil her kort redegjøre for resultatene vedrørende prediksjon av termin.

I løper av 12 mndr. ble 33 gravide fortløpende inkludert i studien. Materialet viste seg å være normalfordelt mht. alder, paritet og forløp. Også usikkerhet vedrørende siste menstruasjon ble påtruffet i forventet prosentandel- nemlig 24%.
Ultralydundersøkelsen med henblikk på prediksjon av fødselstermin ble planlagt omkring uke 19. Dokumentasjonsmaterialet ble gjennomgått av obstetriker med ultralyderfaring.
Etter prediksjon med ultralyd fødte 82% av pasientene innen +-7 dager, mens 54% fødte innenfor samme tidsramme ved termin beregnet etter Naegeles regel. Forskjellen mellom fordelingen av fødslene etter de to metodene var statistisk signifikant.
Resultatet er i samsvar med større undersøkelser fra obstetriske avdelinger. Utfallet av konfidensanalysen tilsier at konklusjonen er holdbar selv om materialet er lite.

ÅLESUNDS-/TRONDHEIMS-UNDERSØKELSENE

Det foreligger dessverre ingen randomiserte undersøkelser som entydig kan angi konsekvensen av ultralydscreening av gravide. De to som er utført er begge norske.

Sluttrapporten foreligger ikke, men foreløpige resultater er kjente. Undersøkelsene er dessverre ikke sammenliknbare. idet kontrollgruppene har hatt for-

skjellig tilgang til ultralydundersøkelse. I Ålesundsundersøkelsen ble det kun på svært streng indikasjon utført ultralydundersøkelser i kontrollgruppen - tilsvarende mulighetene fortsatt for svært mange deler av landet. I Trondheim ble det i kontrollgruppen gjort ultralydundersøkelser på relativt vid indikasjon.

I Ålesund ble det i den screenede gruppen oppnådd en treffsikkerhet for terminprediksjon helt i samsvar med internasjonale undersøkelser.
Trondheimsundersøkelsen angir imidlertid en langt lavere prediksjonsevne for ultralyd, og derved betydelig høyere prosentandel induserte fødsler.

HVA MED BEDRE ANAMNESEOPPTAK?

Forskjellen mellom kontrollgruppene i de to undersøkelsene kan tyde på at almenpraktikerne i Trondheim kan ha vært flinkere til å spørre ut om menstruasjonsforholdene før graviditeten. Forskjellen er imidlertid neppe stor nok til å være av betydning.

Man vil likevel kunne hevde at bedret anamneseopptak alene vil gi vesentlig reduskjon av antall induksjoner. I Dokka- materialet ville dette imidlertid ikke ha vært tilfelle ut fra de årsakene som forelå, til ukjent eller usikker dato for siste menstruasjon. Et vesentlig moment her er at hele 24% av de gravide som oppga regelmessige menstruasjoner med sikker dato for siste menstruasjon fødte 10 dager eller mer etter beregnet termin.

I Malmø fødte 12% av en tilsvarende gruppe mer enn 14 dager etter beregnet termin.

Henvisning på indikasjon til ultralydundersøkelse vil således neppe kunne redusere overtidsproblemene vesentlig.
Dessuten vil kompliserte retningslinjer for henvisning ikke nødvendigvis gi det ønskede resultat

Screening av de gravide med ultralyd synes derfor å være den mest hensiktsmessige løsningen.

ORGANISERINGEN

Jeg tror almenpraktikerne nå må kjenne sin besøkelsestid.
Vi må være villige til å diskutere spesielle kompetansekrav for helsepersonell som skal utføre svangerskapskontroll.
Videre bør vi på bakgrunn av de undersøkelser som foreligger, nå kunne akseptere at screening av de gravide med ultralyd med henblikk på termin-prediksjon gir gevinst.
Vi må imidlertid kunne kreve at screening ikke må igangsettes før forutsetningene for optimal treffsikkerhet er oppfylt, kfr. diskrepansene mellom undersøkelsene i Ålesund og Trondheim.
Dernest må et slikt tilbud ikke bare være tilgjengelig for enkelte deler av landet med relativt kort avstand til kvalifisert sykehusavdeling. En desentralisering av den ultralyddiagnostiske service må derfor snarlig vurderes. Dokka-undersøkelsen har vist at det er mulig å utdanne almenpraktikere til å kunne utføre ultralydundersøkelser av gravide.
Vi må derfor delta aktivt og positivt i diskusjonen om forutsetninger og organisering av ultralydscreening i svangerskapskontrollen. Det må forhindres at denne verdifulle diagnostikkform kommer i miskreditt. ■

Distriktsjordmortjeneste i ny form

Et prøveprosjekt gjennomført i Askvoll kommune ved distriktslegene Eelco Boonstra og Johan Fr. Kayser.

Eelco Boonstra, hollender som har gjort sunnfjording av seg, har vært distriktslege i Askvoll siden -70. Han har eksamen fra Groningen i -68, og turnustjeneste i Curacao og Askvoll. NORAD-utsending til Botswana 78-80

Han er opptatt av strukturert samarbeid med andre yrkesgrupper som en av forutsetningene for en god primærhelsetjeneste, og det er i tråd med dette han har tilrettelagt denne artikkelen for UTPOSTEN.

SAMMENDRAG

"Distriktsjordmortjeneste i ny form" ble gjennomført for å belyse forholdene for den gravide kvinne i Askvoll kommune i tidsrommet 1979 - 1981. På grunn av vansker med å få besatt jordmorstillingen i Askvoll jordmordistrikt, ble det under forsøksperioden forsøkt å la distriktsjordmor få flere arbeidsoppgaver, rimelige lønnsvilkår på linje med jordmødre knyttet til institusjonene og ordnede arbeidsforhold. Resultatene synes positive for alle parters vedkommende. De gravide har entydig gitt sin fulle støtte til ordningen.

Jordmoren har funnet den spesielle arbeidsformen stimulerende og arbeidsbelastningen akseptabel. For legene har det vært en merkbar avlastning at jordmor har overtatt hoveddelen av svangerskapskontrollene. Slik legedekningen og legenes arbeidspress var i planleggingsstadiet for dette prosjektet, var en slik avlastning mer enn ønskelig. Med hensyn til arbeids- og ansvarsfordelingen synes det nødvendig å understreke at strukturerte retningslinjer og nøyaktige arbeidsinstrukser er av stor betydning.

GENEREIT

Askvoll kommune er en typisk utkantkommune ytterst i Sunnfjord med svært oppsplittet geografi og spredt bosetting. Folketallet Pr. 31 12 -81 var 3405 En tredjedel av befolkningen bor på øyer. Næringsgrunnlaget i kommunen består vesentlig av jordbruk, fiske og fiskeforedling.
Kommunen fikk først i midten av 1980 veiforbindelse innover med Førde, hvor det nye Sentralsykehuset startet samme år. Før veiutløsningen ble pasienter og gravide sendt sjøveien til Fylkessykehuset i Florø.

Kommunen har fire utekontorer som betjenes annenhver uke. Samlet folketall som betjenes av disse utekontorer utgjør 40% av befolkningen. Befolkningen får således et desentralisert servicetilbud. Ved prosjektets start i 1978 var det tilsatt en distriktslege, en turnuskandidat, en helsesøster. I 1980 ble det tilsatt en tredje lege (distriktslege II).
Vår tidligere distriktsjordmor arbeidet mange år etter oppnådd aldersgrense, i det det ikke kom søkere til hennes stilling. Grunnen til at det var så vanskelig å få besatt distriktsjordmorstillingen var nokså innlysende. Den økte sentralisering av fødslene som har pågått de siste 20 - 25 år har ført til at det er blitt færre hjemmefødsler. Konsekvensen av dette er at arbeidsområdet til distriktsjordmoren har blitt innskrenket til følgetjeneste og kontinuerlig vakt. Lønnforholdene er for de fleste distriktsjordmødre blitt antikvariske: 50% lønn i lønnstrinn 14 - 18 godtgjørsel for hver fødsel. For å kunne konkurrere lønnsmessig med jordmor på sykehus må distriktsjordmora ha ca 50 fødsler pr. år. Hun får ingen godtgjørsel for kontinuerlig vaktberedssskap. Slik distriktsjordmortjenesten fungerer i dag, er det forståelig at den ikke virker særlig tillokkende på dagens jordmødre.

PROBLEMSTILLINGER

1. Den gravide kvinnens stilling i utkantstrøk.
De gravide er en "stille" gruppe som ikke fremsetter krav Den service de tilbys i utkantstrøk er avhengig av mange faktorer: a) økt sentralisering av fødeavdelinger, b) manglende konkrete tiltak for å opprettholde distriktsjordmortjenesten, c) distriktlegens arbeidsmengde. For å unngå hjemmefødsler og transportfødsler, har de gravide før prosjektet startet blitt anmodet av legen å reise til det stedet hvor fødselen skulle foregå i god tid før beregnet termin. For familien oppleves dette som opprivende, og for kvinnen var tiden før fødselen ofte ulyst-betont. Vi ønsket å finne ut om den gravide kunne få et bedre tilbud og større trygghet ved at de kunne være hjemme til fødselen var forestående ved at distriktsjordmor fikk ansvaret for svangerskapskontrollene, følge til sykehus, samt eventuelt forestående av fødselen ved fødeavdelingen.

2. Manglende rekruttering til distriktsjordmorstillingene:
p.g.a. bl.a.
a) dårlig lønnsforhold
b) faglig lite stimulerende arb.
c) kontinuerlig, ulønnet vaktberedskap.

3. Samordning av jordmortjenesten i og utenfor institusjon.
Av hensyn til samfunnet bør en prøve å sette inn jordmødres arbeidskraft på de steder der man har størst nytte av deres fagkunnskap. Vi ønsket å finne frem til løsninger som kunne gi en viss samordning av jordmortjenesten i og utenfor institusjon.

DISTRIKTSJORDMORS ARBEIDSOPPGAVER

a) Ansvar for svangerskaps kontrollen. Tre kontroller foretas av lege (den første, en i midten og en på slutten av svangerskapet).
b) Fødselsforberedende kurs.
c) Hjemmebesøk med fødselsforberedende veiledning til de kvinner som bor på øyer og som ikke kan delta i svangerskapskurs
d) Følge av fødende til sykehuset.
e) Forestående av fødsel på sykehuset så langt dette er praktisk mulig.
f) Etterkontroll av moren etter hjemkomst.

Jordmorutdanningskomiteen av 1972 har skissert tilsvarende oppgaver for distriktsjordmor.

EVALUERING AV PROJEKTET

Hver tredje måned ble prosjektet evaluert av en samarbeidsgruppe med representanter fra den lokale helsetjeneste, fylkeslegekontoret, fylkeshuset i Florø og fødeavdelingen ved Sentralsykehuset i Førde.

BELYSNING AV PROBLEM-STILLINGENE

1. Den gravide kvinnens stilling i et utkantstrøk.

Kvinnens egen vurdering av den service de har fått under prøve-prosjektet ble foretatt ved hjelp av et spørreskjema. Av 153 kvinner som fødte i perioden -79 til -81 svarte 140 (svarprosent 91,5). Spørreskjemaet bestod av i alt 35 spørsmål. Uten å gå i detalj kan jeg anføre de viktigste resultater av spørreskjema-undersøkelsen. 38 % av kvinnene bor på øyer. Førstegangsfødende utgjør 28 %.

Gjennomsnittstallet på konsultasjoner hos lege er 3 pr. gravid kvinne. I ca. hvert 5. svangerskap forelå et forhold som tilsa mer kontinuerlig kontroll hos lege. 39 % førstegangsfødende og 37 % av fleregangsfødende deltok i svangerskapskurs. Av alle som deltok fullførte 67 % svangerskapskurset.

28 % hadde hjemmebesøk av distriktsjormor under svangerskapet. 95 % av de gravide som bor på øyer uten daglig ferjeforbindelse hadde hjemmebesøk av jordmor. Av de som hadde hatt hjemmebesøk fant 72 % det nødvendig med slikt besøk og 82 % hadde utbytte av besøket. 46 % hadde følge av jordmor til fødeavdelingen. Av disse fødte 88 % innen et døgn etterankomst.

Av 140 gravide fødte 138 ved fødeavdelingen på sykehus (Florø, Førde, Bergen). To fødsler fant sted ved sykeheimen i Askvoll for å unngå transportfødsel. Det har ikke funnet sted transportfødsler i prøveperioden (2). Nevnte 138 gravide var i gjennomsnitt 2,8 døgn borte fra hjemmet i påvente fødsel. Distriktsjordmor forestod 19 % av fødslene ved fødeavdelingen. 98 % hadde besøk av distriktsjordmor etter hjemkomst fra fødeavdelingen. 94 % av kvinnene mener distriktsjordmor bør kunne ta de fleste av svangerskapskontrollene.

Dette var også en forutsetning i samarbeidsopplegget mellom jordmor og lege. Svaret må derfor sees som uttrykk for at kvinnene var fornøyd med opplegget. 88 % har uttalt seg positivt om forsøksprosjektet.

2. Manglende rekruttering til distriktsjordmorstillingene

Distriktsjordmor har under prøveperioden fått gode lønnsvilkår på lik linje med jordmødre i institusjonshelsetjenesten.

Jordmor har gitt uttrykk for at hun fant arbeidsoppgavene interessante og stimulerende. Det er imidlertid nødvendig med er klar grenseoppgang mellom jordmor og helsesøsters arbeidsområde. Dette gjelder spesielt hjemmebesøket etter fødselen. Jordmor har i dette prosjektet fått ordnede arbeidsforhold. Vaktberedskapen var delt likt mellom jordmor og legene.

Selv om gode lønns- og arbeidsforhold vil kunne bidra til å øke rekruttering til distriktsjordmorstillingene, er tilgangen på jordmødre en avgjørende faktor. Så lenge det er mangel på jordmødre i institusjoner er det lite håp om at jordmødre søker seg til distriktene, spes. utkantstrøk med vanskelig geografi.

3. Arbeidsfordelingen mellom lege og jordmor.

Vi har fulgt følgende opplegg: Distriktsjordmor har ansvaret for kontroll, oppfølging og veiledning av friske gravide, mens legene har det overordnede medisinske tilsyn og kontroll av gravide med spesielle problemer. Legen foretar minimalt tre svangerskapskontroller: Den første, en i midten og en i 36. svangerskapsuke. Eventuelle henvisninger til gynekolog og innleggelser i forbindelse med komplikasjoner, gjøres av lege. Også etterkontroll av kvinnen 6 uker etter fødselen, samt prevensjonsveiledning (evt. innsetting av spiral), foretas av legen. (5)

Med hensyn til arbeids- og ansvarsfordeling mellom jordmor og legen, er strukturerte retningslinjer og nøyaktige arbeidsinstrukser av like stor betydning som et godt samarbeid. Arbeidsfordelingen som skissert ovenfor har fungert meget tilfredsstillende. I Sverige er dette systemet vel prøvet og fungerer også svært bra. Ordningen har ikke vært systematisk prøvet i Norge før. Slik som fødesituasjonen har utviklet seg her i landet, kan en slik modell bli den naturlige løsning, i hvert fall i utkantdistriktet. Dette forutsetter imidlertid at distriktsjordmors arbeidsoppgaver må forandres og at hun må få gode lønns- og arbeidsvilkår. Vår kommune har vært fornøyd med ordningen og vedtok å overta det økonomiske ansvaret for jordmortjenesten etter at prosjektet ble avsluttet o1 o1 82.

4. Situasjonen pr.i dag

I august -82 ble distriktet igjen uten jordmor etter at distriktsjordmor Marta Mikkelsen sluttet. Vi har prøvt å følge et tilnærmet samme opplegg som under prosjekttiden. Endringene i tjenestetilbudet for de gravide i forhold til prosjekttiden er følgende:

a) All svangerskapskontroll

foregår hos lege (det avsettes 20 min. pr. konsultasjon).
b) De gravide får ikke lenger hjemmebesøk av jordmor under svangerskapet og etter fødselen, kun av helsesøster etter fødselen.
c) De gravide får ikke lenger følge av jordmor til sykehuset. (Kun i sjeldne tilfeller av lege).
Det er spesielt de gravide i utkantene og på øyene at servicetilbudet i forhold til prosjektiden er blitt dårligere.
Selv om nåværende tilbud med organisert svangerskapskontroll hos legen samt tilbud om fødselsforberedende kurs må sies å være tilfredsstillende, kan legen ikke erstatte en del av de tilbud som distriktsjordmor kan yte.

Vår konklusjon er derfor at vi i Askvoll fortsatt vil satse på å få distriktsjordmor.
Den nye lov om distriktshelsetjeneste stiller kommunene fri til å vurdere om det er behov for å organisere distriktsjordmortjeneste (3,4). For vår kommunes vedkommende har vi på grunnlag av erfaringene med prøveprosjektet funnet å beholde 'distriktsjordmortjenesten' i ny form".

Eelco Boonstra
distriktslege

6980 Askvoll.

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

Ved Frode Heian

«TIDLIG HJELP TIL SMÅ BARN»

Det er mange bøker om diagnostikk og stimulering av barn - fra "indisk spedbarnmassasje" til mer teknisk nevrofysiologisk pregede bøker.

Denne boka er myntet på fagfolk og foreldre for å gi økt innsikt i psykomotorisk utvikling i alderen 0-5 år.

Hovedformålet med boka er
1 å bidra til diagnostikk av hjelptrengende forhold (CP, understimulering, autisme mm).
2 Aktiv hjelp til en positiv utvikling.

Det utgangspunktet boka tar i normal utvikling og typen stimuleringstiltak, gjør den imidlertid like nyttig i kontakten med normalt utviklede barn.

Forfatteren er klinisk psykolog ved Regionsykehuset i Trondheim med mangeårig bakgrunn i arbeid med barn.
Boka er blitt til etter 10 års erfaring med et "utviklingskjema for observasjon og trening av sped- og småbarn".

Den er meget velordnet og oversiktlig, og rettet mot praktiske tiltak med enkle hjelpemidler.

Etter to kapitler om deprivasjon/understimulering og vurdering/stimulering generelt, følger bokas hoved-del:
I 15 kapitler beskrives hvert alderstrinn systematisk etter følgende mønster:
- Bevegelsesmotorikk
- Sosiale reaksjoner
- Hørsel/tale
- Øye-hånd
- Objektrelasjoner/problemløsning.

Hvert av disse punktene er igjen inndelt i vurdering og aktuelle tiltak (stimulering).
Avslutningsvis gir forfatteren praktiske råd for valg av lekeutstyr og utarbeidelse av individuelle programmer.

Hele veien er rikelig med illustrasjoner flettet inn dels som utdypning og dels som repetisjon av teksten.

Samlet gir boka et lay-out messig og pedagogisk meget bra inntrykk. Innholdet er lett tilgjengelig, også f. eks. i en helsestasjonssituasjon som hjelpemiddel ved instruksjon av foreldre.
Det praktisk anlagte stoffet og den nære, logiske sammenstilling av diagnostikk og stimuleringstiltak er både en styrke og en svakhet. Stimuleringstiltakene kan virke noe fastlåst til den diagnostiske fremgangsmåten slik at svaret på vansker med å holde koppen eller gå i trapper, er å øve på dette, mens tiltakene kanskje burde være mer omfattende.
Jeg tror ikke forfatteren kan beskyldes for å ha et fragmentarisk syn på barnets utvikling, men spesielt den uerfarne leser kan i en viss grad få det.

Jeg synes boka har et for "teknisk" preg. Det gjelder både valg av bevegelsesmønstre og hjelpemidler. Verken teksten eller de tallrike bildene formidler viktigheten av alminnelig "kosekontakt". Barna er avbildet sammen med "riktige leker" av alle slag, men ikke f.eks. med foreldre som bruker sin fysiske nærhet som redskap for stimulering. Sang-, rytme-,og andre kontaktskapende leker er ikke, eller bare såvidt nevnt her og der.

Boka svikter også, i likhet med andre bøker, barnehager og barnelekeprodusenter: til en viss grad den grovmotoriske utviklingen hos de eldre småbarna. Balanse-, hoppe-, danse-,stupe kråke og andre "turneleker" er det lagt liten vekt på.

Likevel, samlet sett er boka svært god. Det praktisk anlagte stoffet fyller et hull i tilgjengelig litteratur om emnet. Den vil være av stor nytte for alle som arbeider med barn, ved helsestasjoner, i barnehager mm., men også for spesielt interesserte foreldre.

Tormod Sletten:
Tidlig hjelp til små barn
Universitetsforlaget

150 s. Pris kr.149

VIDERE- OG ETTERUTDANNING

Utposten har invitert til en diskusjon om videre- og etterutdannelsen (se nr. 2/-83). Innleggene strømmer ikke akkurat inn, og vi har bedt formennene i noen av landets VEAP-komiteer komme med synspunkter. Vi starter lengst i nord og bringer her noen erfaringer fra kursvirksomheten i Finnmark.

Bjørn Tansem, distriktslege i Alta siden -68, skriver her i egenskap av formann i VEAP-komiteen i Finnmark. Han er tidligere formann i Finnmark legeforening og har sittet i landsstyret.

Kursvirksomheten i Finnmark har alltid vært preget av forskjellige forhold som skiller seg ut fra resten av landet.
Vi er minst - dvs. antallet leger er og blir langt mindre enn i andre fylker
Avstandene er store. Selv innen fylket er 5-600 km til kurs eller møte fullt akseptabelt
De to sentralsykehusene som kraftsentre er plaget med vakanser, gjennomtrekk og vikariater f.eks. fra Sverige. Men kontakten mellom sykehus og primærleger er meget god.
Alle primærleger i Finnmark har sykestuer- "minisykehus" til behandling, observasjon og pleie. Derav blir behandling og rutiner helt annerledes enn f.eks.i byene der hjemmebehandling eller sykehusinnleggelse er de eneste alternativ.
Til slutt må nevnes oversikt og samhold. De fleste kjenner de fleste, og etter få kurs blir nye raskt introdusert.

Helt fra 1970 har vi forsøkt å holde to kurs helt regelmessig. Julekurset blir holdt enten i Kirkenes eller i Hammerfest, og påskekurset i Kautokeino eller Karasjok
Finnmark legeforening har alltid møte i forbindelse med disse kursene, og møtene bestemmer både hvor neste kurs skal være, og til en viss grad emnet. Dermed vet alle hvor og når, og kan planlegge.

I alle år har disse regelmessige kursene vært meget godt besøkt Hemmeligheten er -tror jeg- blandingen av sosialt samvær, faglig miljø, familietreff, og om våren: ski/sol/sport.

Som foredragsholdere har vi ofte måttet hente folk fra Oslo.Bergen Trondheim og Tromsø, men i den senere tid har vi satset mer på egne krefter.
Ved alle kurs og foredrag er deltagerne meget aktive, og vi tror at sykehuslegene ofte lærer like mye av oss som vi av dem.
Målsettingen med kursene er tildels å komme gjennom de ti obligatoriske emnene i løpet av 5 år.

I den senere tid har primærlegene i Vest-Finnmark arrangert temakurs med oss selv som forelesere, og med vekt på familie/sosiale forhold. Disse sammenkomstene har vært meget vellykkede og frister til gjentagelse - f..eks. 3-4 ggr årlig på forskjellige steder i fylket.

Ellers vil vi nok prøve å få færre kateterforelesninger og flere seminarliknende kurs med primærleger som forelesere/"moderatorer".
Det sosiale må heller ikke glemmes, snarere utvikles videre.

Bjørn Tansem

FORSLAG TIL BROSJYRER, BØKER O.L. VED DIABETES (som ikke kom med i forrige nr.)

Fra NLS,Wm. Thranesgt. 98, OSLO 1
- Hva er sukkersyke?
- Diabetiker-identitetskort.
- "Diabetikeren" (mndl.medl.blad)
- Mat og diabetes (spes.v/insulinkrevende diabetes).
- Elever med sukkersyke (veiledn. til lærere).

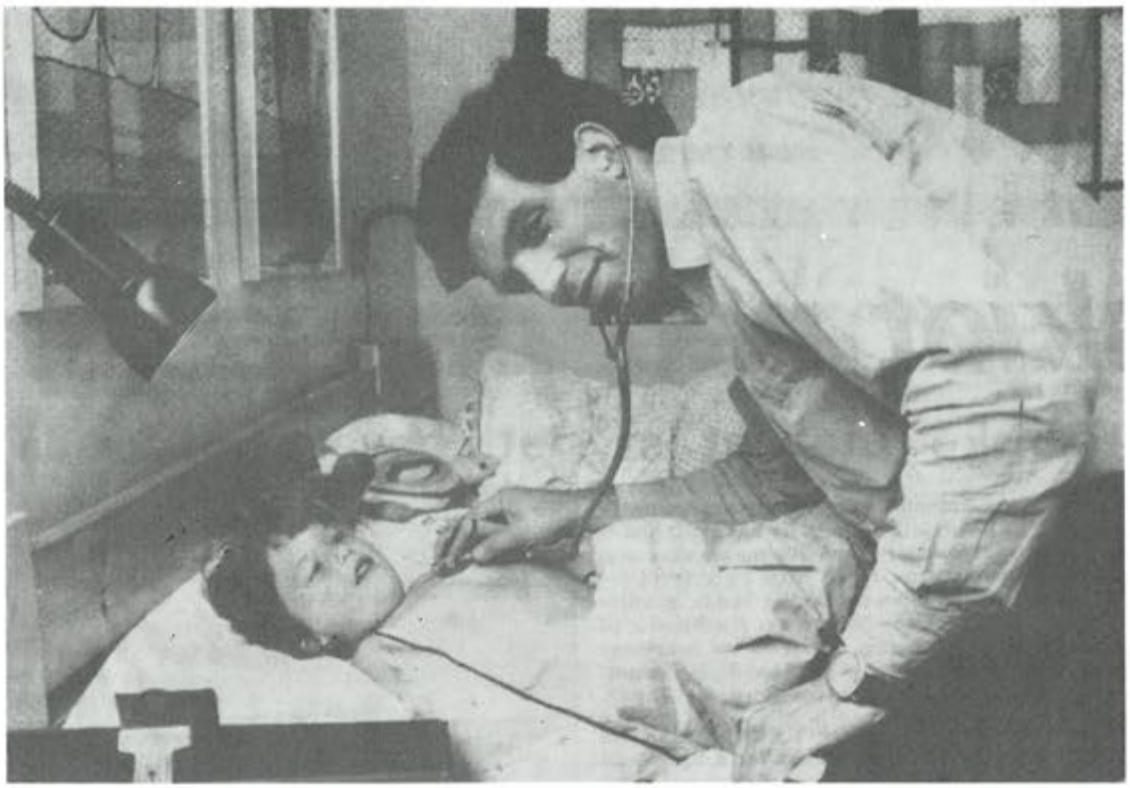
Fra NORSKE HOECHST A/S, Økernvn. 145, OSLO 5
- Praktiske råd til diabetikere som ikke bruker insulin.
- Det er viktig å bevege seg.
- Kontrollkort for bl.s og urinus
- Diabetes mellitus - behandling og kontroll (en utmerket praktisk veileder for leger).

Fra NOVO ind. A/S, Gml.Drammensv. 48, 1320 Stabekk
- Diabetiker på utenlandsreise.
- Råd om fotpleie for diabetikere
- Per og Kari har sukkersyke.
- En liten håndbok for deg som injiserer insulin.

Bøker til selvstudium:(fås i bokhandel)
- Olav Hansen: Sukkersyke
- Sverre Aarseth: Sukkersyke og dens behansling.
- J.Jervell m fl.: Diabetes hos barn og unge.
- Lenner og Lundgren: Riktig mat for diabetikere.

LEVEREGLER FOR DIABETES

1. BLI MEDLEM AV NORGES LANDSFORBUND FOR SUKKERSYKE.
2. KONTAKT DEN LOKALE DIABETIKERFORENING.
3. HA ALLTID MED DEG EGET DIABETIKER-IDENTITETSKORT.
4. LÆR DEG BEHANDLINGSPRINSIPPENE VED SUKKERSYKE. (Kostregulering og diett, aktivitetsregulering, evt. medisinbruk.)
5. LÆR DEG EGENKONTROLL OG BRUK KONTROLLKORT FOR SUKKERSYKE. (Urinundersøkelse, evt. blodsukkermåling.)
6. LÆR DEG FARESIGNALENE VED DÅRLIG REGULERT SUKKERSYKE
7. HA ALLTID MED DEG SUKKERBITER (Gjelder insulindiabetikere)
8. VÆR OBS. PÅ LANGTIDSKOMPLIKASJONER VED SUKKERSYKE OG HVORDAN DISSE KAN FOREBYGGES.
9. GÅ TIL REGELMESSIGE LEGEKONTROLLER.



Utspillet til dr. Roger Kahn (på bildet) var nyttig, fordi det skapte reaksjon, mener fylkeslege Jon Dalseth.

Sommer-stengningene ved Regionsykehuset:

Ingen dødsfall, men mange akutte vansker

Av JOHAN O. JENSEN

● Det har ikke skjedd dødsfall som direkte kan knyttes til stengningen av medisinske poster ved Regionsykehuset (RiT) i sommer.

● Det har ikke bydd på vansker å få innlagt pasienter som trengte øyeblikkelig hjelp.

● Men for mange pasienter som trenger pleie er blitt skrevet ut, ofte også for tidlig, til et allerede overbelastet hjelpeapparat.

● Mange leger har stått overfor store faglige og etiske problemer når de senere har fått disse ofte eldre pasientene til behandling.

Dette er de nærmest entydige konklusjonene i de svar fylkeslegen i Sør-Trøndelag, Jon Dalseth, har fått på det brevet som han for en tid siden sendte til alle distriktsleger i Sør-Trøndelag og til de fleste privatpraktiserende leger i Trondheim. Dette skjedde etter at dr. Roger Kahn hadde slått alarm over at tre av fem poster ved medisinsk avdeling ble stengt som et resultat av strammere budsjetter. Kahn mente at dette var grovt uforsvarlig. Han sa til Adresseavisen at tre pasienter som alle representerte grensetilfeller, og som han valgte ikke å legge inn ved RiT på grunn av innstramningene, senere hadde avgått ved døden. Legen hadde etterpå stilt seg spørsmålet om de kunne vært reddet hvis de var blitt innlagt.

Dr. Kahn har senere overfor fylkeslegen gjort rede for at han på det punktet delvis er blitt misforstått og at han ikke har ment å koble dødsfallene og stengningen direkte.

Fylkeslege Dalseth har fått 17 svar på sitt brev, noen fra distriktsleger, men de fleste fra leger eller legesentre i Trondheim. Det ser ut til at hvert senter har sendt et felles brev, slik at det er flere enn 17 leger som har svart.

— Hva har svarene å si fylkespolitikerne, Dalseth?

— Kanskje at man skal være ytterligere forsiktig med å stramme inn ved sykehuset om sommeren og med å spre feriene for de sykehus-ansatte enda mer, sier Dalseth.

Svarene han har fått fra distriktslegene er noe forskjellig fra legene i Trondheim. I distriktet er ikke hjelpeapparatet så belastet og miljøene er mindre og lettere å ha oversikt over.

Et vanskelig valg

Legene i Trondheim derimot, særlig de som kjører legevakt, er ofte i store faglige og etiske vansker når de møter pleiepasienter i hjemmene og som de ikke kjenner bakgrunnen til. Pasientenes problemer er ofte akutte, og legens valg er ofte vanskelig: Hvor langt skal han gå for å skrive pasienten inn igjen på sykehuset? Hjelpeapparatet utenfor sykehuset er sommers tid direkte overbelastet, særlig gjelder det hjemmesykepleien.

— Dette er spørsmål som legevakt-legen står overfor hele året, men problemene forsterkes sommers tid. Det er en entydig oppfatning av situasjonen, sier fylkeslegen.

På den annen side er det klart at ingen har møtt stengte dører ved RiT når de har skrevet en pasient inn. Flere av legene roser RiT fordi de syns sykehuset strekker seg langt i en vanskelig situasjon. Og — det vil jeg gjerne understreke — ingen kan føre dødsfall direkte tilbake til stengningene ved medisinsk avdeling.

— Har dr. Kahn da overspilt?

— Som lege sto han i sommer overfor faglig/etiske problemer. Det skjønner jeg godt, og han valgte å peke på disse problemene.

— Var det et nyttig utspill fra hans side?

— Stort sett ja etter som hans initiativ førte til en reaksjon og til at vi i sin tur fikk grelle på også hvordan andre leger hadde opplevd denne sommeren, sier fylkeslege Dalseth.

Full drift igjen

To av de tre postene ved medisinsk avdeling som har vært stengt i sommer, er nå åpnet igjen. Den tredje kommer i drift om noen få dager, forteller avdelingssjefen, overlege Rolf Rokseth til Adresseavisen. Dermed er det full drift igjen etter sommerferien.

— Situasjonen nå få dager etter at de to postene ble gjenåpnet?

— De ble fylt opp av pasienter nærmest med det samme. For et par dager siden var den ene posten så full at det lå 7—8 pasienter i korridoren. Det viser seg alltid at når man stenger sykehusposter om sommeren, blir behovet akkumulert. Sommeren har vært vanskelig, men stort sett har det gått noe bedre enn vi en periode hadde grunn til å frykte, sier Rokseth.

Adresseavisens konklusjon på sommerens helsegrøsser i Midt-Norge.

Det er natutligvis utrolig naivt å konkludere med at ingen liv går tapt på grunn av sykehusavdelingene som har sommerlukning. Vi vet alle at det egentlig er få sykdommer som dreper i løpet av timer eller dager. En ventetid på noen uker eller måneder kan være skjebnesvanger ved mange krefttyper: årsaken til det unødvendige dødsfallet er ikke avissensasjon et år eller to senere.

Fri oss fra kontorrotasjonen!

Av Steinar Westin

Avstand fremmer klarsynet. om det er sant i dette tilfellet, får leserne selv dømme om. Etter å ha forlatt det daglige pasientarbeid har jeg nemlig fått det for meg at at et uvesen er i ferd med å spre seg i primærhelsetjenesten. Uvesnet heter kontorrotasjonen, og består i at legesentre og legegrupper bemannes med flere leger enn det er legekontor til.

Det er ikke vanskelig å peke på bakgrunnen for denne oppfinnelsen. I en underbemannet primærhelsetjeneste har det vært fristende å bedre legedekningen ved å utnytte den kontorplassen som blir ledig når primærlegen skal ta hånd om allehånde oppgaver utenfor legekontoret. Det kan dreie seg om helsestasjonsarbeid, skolelegearbeid, bedriftslege- og tilsynslegearbeid, eller administrativt arbeid for helserådsordføreren. om disse fraværene ikke skulle være tilstrekkelig for å frigjøre kontorplass for en rotasjonsvillig kollega, kan man ta med seg administrativt arbeid, trygdesaker og lignende hjem - og diktafonen, selvsagt - slik at det til enhver tid er arbeidsplass for den overtallige kollega.

En slik ordning virker umiddelbart fornuftig. Man utnyttr kontorplass og medarbeideres arbeidskraft maksimalt. Ventelistene kan kanskje kortes ned. Ettersom jeg selv har vært med på å tilrettelegge en slik ordning i et underbemannet legedistrikt, har jeg ingen vansker med å se disse gode argumentene.

Men som sagt, avstand fremmer klarsynet. Når jeg nå ser tilbake på de endringene i arbeidsmiljøet som ble en følge av overtalligheten på legesiden, er jeg ikke lenger sikker på om det var så fornuftig. Riktignok prøvde vi å innrede alle de fem legekontorene så likt når det gjaldt utstyr og papirer at det ikke skulle by på store problemer å skifte kontor. Men overtalligheten introduserte likevel en slags rastløshet og uro i systemet som jeg tror virket hemmende på vårt arbeid.

For det første er det ikke så helt liketil å innrede legekontorene så likt at man uten videre kan skifte kontor uten å føle seg hjelpeløs blant de skjemaene man ikke finner. Eller for å si det mer presist: Man kan nok innrede dem likt, men å holde flere kontorer likt og komplett utstyrt over tid krever mer enn gjennomsnittlig doktors ordenssans.

Arbeidet i primærhelsetjenesten kjennetegnes av de mange og til dels korte konsultasjoner. Legen må kjenne sitt kontor og sitt utstyr som sin egen bukslomme om arbeidet skal gli lett unna. Vi må slippe å lete etter småting, vi må vite hvilke medikamenter og reagenser vi har stående, vi må kjenne særegenhetene ved vårt eget tonometer, vi må vite hvordan øre-nese-halslampen raskt kan innstilles til pannespeilets og pasientens plassering. Og det jeg kanskje savnet aller mest under arbeidet på andre kontorer - min egen bokhylle med all den kunnskap som ikke hodet hadde plass til, og som kunne hentes frem på et øyeblikk fra velkjente bøker og brosjyrer.

Jeg skal spare leserne for ytterligere dveling ved det velkjente. Derfor skal jeg ikke engang nevne gleden ved den velkjente knirkingen i kontorstolen, men istedet hente frem noen synspunkter fra våre medarbeidere og pasienter. De er selvsagt heller ikke uberørte av en situasjon der legene bytter kontorer.

Egentlig har jeg ingen sikker formening om hvor stor ulempe kontorrotasjonen representerer for våre medarbeidere. De fleste av dem utmerker seg ved å være raske og effektive, det er vel en slags seleksjon til yrket. Man jeg har ikke kunnet unngå å høre en del oppgitte sukk i tidens løp over at doktoren nettopp ikke var på det kontoret telefonen ble satt inn til, eller at journalene ble sendt inn feil dør. Tar jeg ikke mye feil, representerer denne kontorskiftingen et ekstra stressmoment i en travel arbeidssituasjon.

Hva så med pasientene? Også de venner seg til å treffe sin lege på det samme kontoret. Virring frem og tilbake mellom lukkede kontordører på jakt etter doktoren er ikke akkurat det de trenger for å føle seg velkommen på legesentret. Noen av dem har jo også utvikiet en eminent teknikk med å slippe til med sitt "bare" mellom de ordinære timebestillingene. De kan umulig trives med å vente foran feil dør!

God almenmedisin er stabilitet, lyder ett av våre autoriserte

Forts. s 31

Invitasjon til NSAM's 1. generalforsamling og kurs i Trondheim

Kurstema:
Selvevaluering og kvalitetskontroll i almenpraksis.

Fredag 21. oktober:

Formiddag: Møteleder Jan R. Unnvik.

0900-1000: Registrering av deltakerne.
1000-1010: Åpning og praktiske opplysninger v/Arne Ivar Østensen.
1010-1025: Velkomst ved formannen i selskapet, prof. Chr. F. Borchgrevink.
1025-1105: Selvevaluering og kvalitetskontroll i almenpraksis - en oversikt v/Steinar Westin.
1105-1120: Evaluering av journalføring i almenpraksis v/ Nils Lønberg.
1120-1135: Kaffe.
1135-1230: Eksempler og erfaringer fra et kurs om "medical audit" v/ Aage Bjertnæs.
1230-1300: Forskrivningsvaner: Selvevaluering i samarbeid med apotek. Frode Veian og Halvard Eskeland.
1300-1400: Lunsj.

Ettermiddag: Møteleder prof. Bent Guttorm Bentsen.

1400-1500: Outcome measures in general practice v/prof. David Morell.
1500-1515: Pause.
1515-1545: Perinatal dødelighet: Et mål på svangerskapskontrollens kvalitet? v/ prof. Leiv S. Bakketeig og Karl Erik Larsen.
1545-1610: Utpostens problemserie: Et redskap for selvevaluering i almenpraksis? v/ Arne Ivar Østensen.
1610-1700: Ledet plenumsdiskusjon: Veien videre? v/ Janecke Thesen, Wenche Telstad og Steinar Westin.
ca. 1700: Avslutning.

2000: Middag.

Lørdag 22. oktober:

Generalforsamling:

1000: 1. Halvårsberetning v/formannen Chr. F. Borchgrevink.
2. Regnskap.
3. Lovendringsforslag.
4. Kontingent.
5. Valg.
6. Debatt om selskapets fremtidige aktivitet. Innledning v/ Jo Telje.

ca. kl. 1500: Eventuelt.

Generalforsamlingen varer fra kl. 1000 til kl. 1500 med innlagt lunsjpause fra kl. 1200 til 1300.

Påmeldingsfrist 30. september.

Fuglevaagreiser, adr. postboks 286, 7001 Trondheim mottar påmeldinger og har reservert hotellrom til spesielt gunstige priser i anledning møtet. Tlf. (07) 52 34 80. Ved påmelding før den oppgitte fristen er det også mulig å oppnå rabatter på jernbanebilletter ved samlet bestilling fra byrået.

VEL MØTT!

Kontorrotasjonen . . .

Forts. fra s. 30

slagord. Er kontorrotasjonen kanskje ytterligere et brudd med denne stabiliteten?

Hver opg en får svare for seg. Kanskje vil svaret være avhengig av hva slags system for kontorrotasjon det er snakk om. Ved enkelte legesentra har man overlatt kontorvandringen til en av kollegene, formodentlig den mest fleksible og ryddige. Andre steder er samtlige kolleger på vandring. Noen foretar kontorskifter fra dag til dag. Andre har avtaler om lengre avspaseringsperioder for videre- og etterutdannelse, og kan på den måten kanskje gi plass til flere kolleger uten at rastløsheten i systemet blir påfallende.

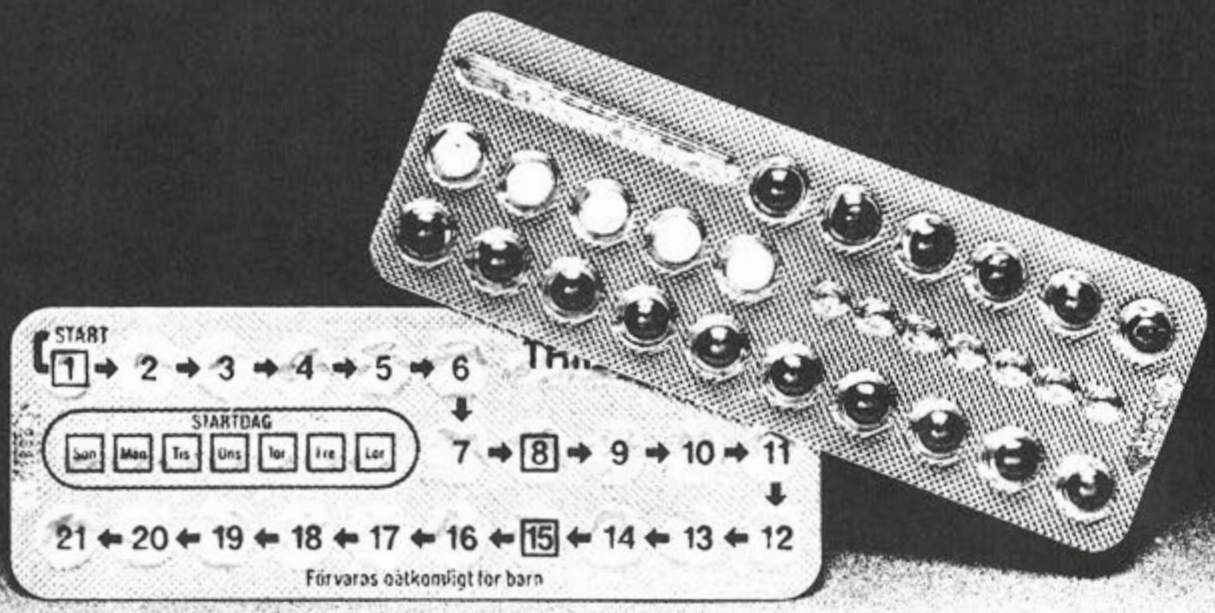
Men spørsmålet er likevel om dette er en hensiktsmessig utvikling innen primærhelsetjenesten. Uten at jeg har eksakte tall, er det nemlig mitt inntrykk at vi her står overfor en utvikling. Den raske rekrutteringen av leger til primærhelsetjenesten vil nødvendigvis friste kommuner og private legegrupper til å sette flere leger i sving enn det er kontorplass til. Tilsynelatende en rasjonell og besparende løsning. Men står besparelsen i antall kvadratmeter i rimelig forhold til den rastløsheten og uroen man introduserer i legepraksisene?

Hver enkelt primærlege genererer årlig utgifter i millionklassen ved sin virksomhet. Da man i sin tid akket seg over de svære utgiftene ved bygging av den nye sentralblokken ved Haukeland sykehus i Bergen, ble vi rolig fortalt at dette var for småpenger å regne i forhold til hva det ville koste å drive avdelingene. To og et halvt års lønnsutgift for de ansatte ville utgjøre like mye som hele byggesummen, om jeg ikke husker feil. Av dette kan man slutte at det er driften, lønningene, som koster, ikke kvadratmetrene. Kanskje kan noen hjelpe kommunene med et lignende regnestykke, slik at de ikke blir fristet til å forringe sin primærhelsetjeneste ved å spare noen få kvadratmeter på legekontorer når helsesentre skal bygges eller utvides.

Som parole for 80-årene foreslår jeg uten blygsel: Hver almenpraktiker sitt kontor!

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: 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 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. 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.

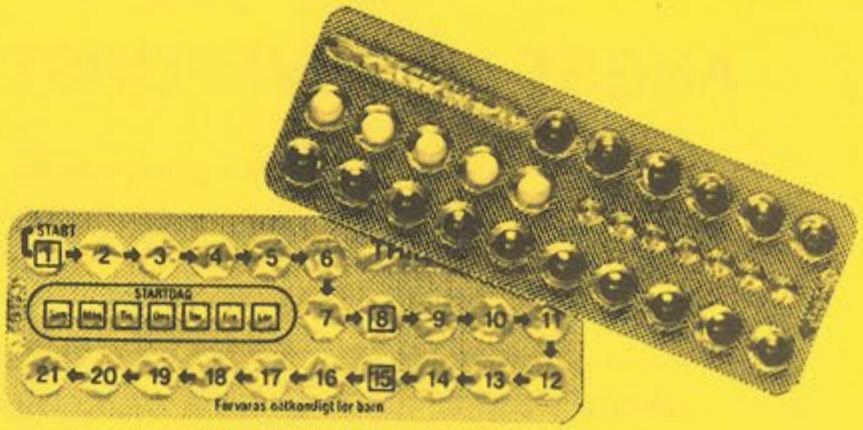
INTERAKSJONER:
Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B_{12}. (I : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

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

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