

UTPOSTEN

Blad for almen- og samfunnsmedisin

NUMMER 1

1984

ÅRGANG 13

AV INNHOLDET:

TEMA:

**Samarbeid
i kommune-
helsetjenesten**



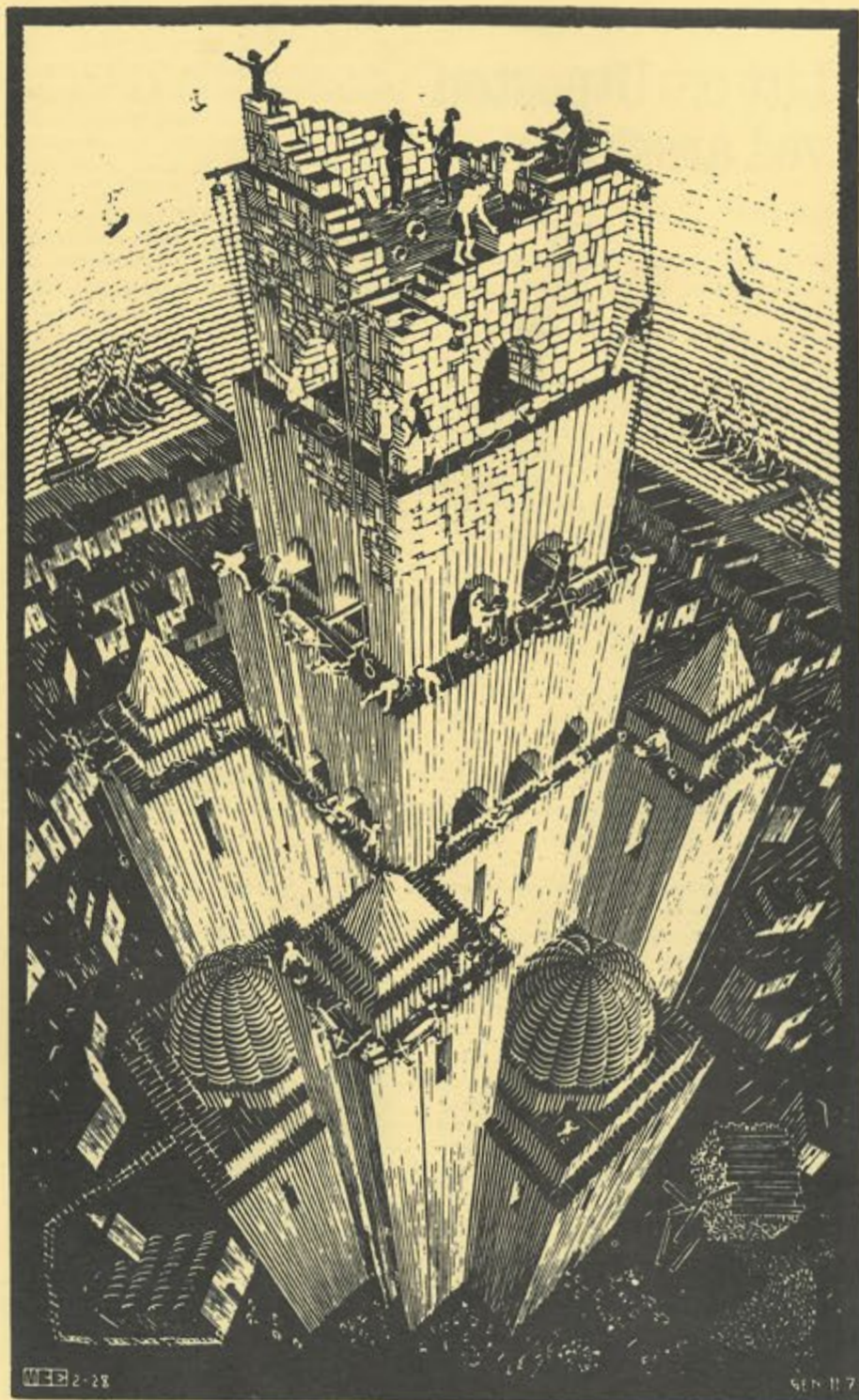
NSAM-spalter



**Generalforsamling
i APLF**

OG MER!

Se innholdfortegnelse
på 2. omslagsside



UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S
9652.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 65 217
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
Oslo 2
Tlf. kont. 02. 56 37 80
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55 036
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 100,- pr. år. Studenter og pensjonister: Kr. 50,- pr. år. Layout: Ulset form & profil. Trykk: ST-Trykk A/S, 7300 Orkanger

Litt om Utposten ved årsskiftet.

Vel møtt!

Livet går videre. Utpostens redaksjon hadde det så travelt med å få ut nr. 8/83 før jul at det nok gikk over stokk og sten på slutten. Vi kom nok til å sette lokal rekord i antall feiltrykk i dette nummeret. Det var ikke meninga å introdusere en ny skriftnormal: alt var gjort bona fide. Forskjellige grader av stavefeil overlater vi til leserne å dechifrere. Ettersom de fleste er faste abonnenter, var det vel knapt noen som savnet vårt logo etc. på 2. omslagsside. Magne Nylenna hadde forfattet den anonyme bokanmeldelsen på side 45.

I Kristin Solbergs artikkel om juridiske aspekter ved barnemishandling og omsorgssvikt i nr. 6-7/83 var det kommet med et par betydningsfulle trykkfeil. Korrektur og tilføyelse finnes på side 14 i dette nummeret.

Til vår store overraskelse dukket bladets gamle undertittel fram igjen på forsiden. Observante veteraner blant abonnentene vil ha merket at en del av 1983-årgangen kom uten undertittel. I tidligere år har den vært forandret flere ganger: Fra "Alminnelig blad for primærleger" og "Alminnelig blad for distrikts-helsetjenesten" til "Alminnelig blad for primærhelsetjenesten". Den nye redaksjonen fjernet sist vår undertittelen og tok en tenkepause. Fra og med dette nummer er ikke bladet "alminnelig" lenger. Utposten skal nå være "Blad for almen- og samfunnsmedisin". Dette markerer at vi fortsatt ønsker å opptre både som sanseorgan, katalysator og budbringer for hverdagen i norsk medisin. Denne hverdagen er ikke

kjedelig, spesielt ikke i øyeblikket. Redaksjonen er fortsatt entusiastisk opptatt av alt som rører seg. Vi håper at leserne fortsatt vil følge med på ferden. Under henvisning til den vanlige festivitas i anledning av at jorda nok en gang har gjennomløpt sin bane rundt sola (Noen av oss blir etter hvert svimle av farten) hilser vi dere alle: på øyer, i daler og fjorder, i fjell og fjære, by og land etc. etc.:

Lykke til i 1984!

Ola L.

"...and who are you?"



INNHOOLD:

TEMA:
SAMARBEID I KOMMUNEHELSETJENESTEN

-med bidrag av:
Eva Walderhaug Sæther s. 3
Henning Fosse s. 4
Jon Hilmar Iversen s. 6
Asbjørn Berge s. 8
Arne Ebeltoft s.11

NSAM-SPALTER:
Jo Telje: Aktivitet i lokale grupper s.15
Per Fugelli: Almenmedisinsk forskningsutvalg s.18
m.m.

VIDERE:
Jan Richard Unnvik:
Inntrykk fra generalforsamling i APLF s.21

Rutiner i almenpraksis ved Gunnar Størvold:
Gonoré i almenpraksis s.23

Niels Bentzen: --la oss ikke glemme hjemmebesøkene s.26

Chr. F. Borchgrevink:
Herman Anker-aresborger av Vila Real s.28

USIKKERHETEN RÅR

Vi står ved inngangen til det forjettede år 1984.

Det vekker både assosiasjoner om veien fram hit, og tanker om hva de kommende årene vil bringe med seg.

Flere brikker er de siste ukene falt på plass. Vi vet nå mer om økonomiske rammer og administrative ordninger. Men det er i skrivende stund ikke lett å si hva slags konsekvenser disse vil få.

Det er betegnende for hele prosessen mot en Lov om helse-tjenesten i kommunene at det fremdeles er USIKKERHETEN som rår.

De helsebudsjetter som foreligger fra kommunene i dag er utarbeidet mens de økonomiske rammene var mindre kjent. Likevel har det interesse å se på de store forskjellene budsjettene viser når det gjelder den andel av utgiftene til primærhelsetjenesten som kommunene tar på seg.

Bevilgningsproposisjonen (St.prp. 72 83/84) forutsetter at rammetilskuddet skal dekke 65%, og kommunene selv 35% av nettoutgiftene for kommunehelsetjenesten. I Møre og Romsdal varierer kommunenes dekningsprosent mellom 0 og 49. (En kommune avsetter til og med kr. 200 000 mindre enn de får i tilskudd.)

Denne store forskjellen gjør seg gjeldende både innen gruppen fastlønns- og "stykkepris"-kommuner, og det er heller ikke lett foreløpig å se noen tendens når

det gjelder kommunenes størrelse.

Disse tallene må tas med mange forbehold. Det ser likevel ut til at det statlige tilskuddet blir skjevfordelt. De små kommunene kommer dårlig ut av ordningen (som påpekt i forrige nr. av UTPOSTEN), mens de mellomstore ser ut til å komme gunstigst ut. Mellom andre ting kan disse tallene også si noe om forskjellen i kommunenes vilje til å satse på primærhelsetjenesten. Det er en viss uvilje i enkelte kommuner til å akseptere at de "øremerkede" skatteutjevningssidlene skal brukes til helsetjeneste.

Det er klart i strid med forutsetningene. Det fremgår bl.a. av skrevet fra Sosialdepartementet til landets kommuner (Rundskriv 1-12/83) av 16/12 -83: Stortinget bevilget kr. 1.465 mill. i tilskudd til kommunehelsetjenesten. "Av dette skulle 1.365 mill.kr. fordeles etter en fordelingsnøkkel basert på objektive kriterier og 100 mill.kr. som skatteutjevningssmidler."

Det bør ikke herske tvil om hvor disse skatteutjevningssidlene hører hjemme. Sosialministeren har ved flere anledninger sagt at reell vekst i kommunehelsetjenesten skal være på 5% pr.år i de nærmeste årene. Da må forutsetningen være at hele statstilskuddet går til kommunehelsetjenesten, og at kommunene jevnt over dekker sin del.

HVA MED LITT OPTIMISME?

Blant mange av våre kolleger hersker en pessimistisk og tildels resignert holdning til både loven og utviklingen i kjølvannet av den. Det er usikkerhet for kommunal og for personlig økonomi. Det er frustrasjon og utålmodighet over samarbeidet med kommuneadministrasjon og -politikere. Man er skuffet over sendrekthet, manglende innsikt og vilje til å høre eller se hva helsetjenesten ønsker.

Det er en uheldig holdning som kan spille oss ut over sidelinjen når det gjelder utformingen av kommunehelsetjenesten. Vi skal ikke være blinde for at sentrale og lokale myndigheter prioriterer helsetjenesten høyt. Det at kommunene dekker nær halvparten av helseutgiftene, det at mange kommuner dobler sine helseutgifter,

behøver ikke bare bety at de er presset til det.

Overføringen av ansvaret for primærhelsetjenesten til kommunene er en stor omleggingsprosess. Vi må akseptere at kommuneadministrasjon og -politikere ennå ikke har innsikt i helsetjenesten, og vi må vedgå at helsepersonell ikke har særlig innsikt i kommunal virksomhet.

Vi må legge utålmodigheten litt mer til side. Vi må fremføre riktige saker på en riktig måte og være villige til å lytte, og til å inngå kompromisser.

Da vil vi bli hørt.

Lov om helsetjenesten i kommunene er ingen katastrofe, verken for kommunehelsetjenesten eller for helsepersonellet.

Frode Heian

TEMA:

Samarbeid i kommunehelse

Leger, sykepleiere og fysioterapeuter må lære å samarbeide bedre.

I oktober 1983 holdt de offentlige legene i Møre og Romsdal sitt årlige høstkurs i samfunnsmedisin. Emnet var: Trio eller tragedie? om samarbeid mellom leger, sykepleiere og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten. På kurset deltok 40 distriktsleger, 40 sykepleiere og 20 fysioterapeuter.

Kurset var sosialt meget hyggelig og faglig opplysende og stimulerende. Vi venter oss verken tragedie eller fullkommen trio, men utfordrende arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten. Vi får lære å leve med konflikter på en fruktbar måte, for vi har mye å samarbeide om.

Her har vi samlet en del stoff fra dette kurset med vekt på det som kan lære oss å samarbeide enda bedre enn før med respekt og forståelse for hverandres fagområder og for helheten i helsetjenesten.



«Er det noen andre forslag? Ja, du bak der.»

etjenesten

Pleie og omsorg i kommunehelsetjenesten

Av Eva Walderhaug Sæther
Helsesøster i Giske



Eva Walderhaug Sæther er helsesøster i Giske. I øyeblikket har ho permisjon fra denne stillinga for å undervise ved Sjukepleiarhøgskolen i Ålesund. Ho er medlem av Sentralstyret i Norsk sykepleierforbund.

For å få til en forbedring av folkehelsen må vi som helsepersonell være villige til å tenke på nytt. Vi må kunne bidra til omorganiseringer som griper inn i etablerte vaner og privilegier.

Pleie og omsorg er markert som egen hovedoppgave i kommunehelsetjenesten. I Ot.prop. nr. 36 (198081) omtales omsorgsfunksjoner i kommunehelsetjenesten slik: "Omsorgsfunksjonene vil måtte omfatte tjenester innenfor så vel forebyggende helsearbeid, kurativ behandling og pleie, reaktivisering, opptrening og rene pleiefunksjoner." I lov om kommunehelsetjenesten har pleie og omsorg fått et eget punkt: § 1. punkt 4.

Helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie har hittil vært adskilte tjenester. I kommunehelsesloven er sykepleie (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie) lovfestet tjeneste, ved siden av almenlegetjeneste og fysioterapitjeneste.

Med pleie og omsorg forstås den hjelp som ethvert menneske har behov for når det av ulike årsaker ikke er i stand til å ta initiativ til å utføre de aktiviteter som er nødvendige for å opprettholde liv, helse og velvære.

I forbindelse med Sosialdepartementets endring av vilkår for offentlig godkjenning som sykepleier i alminnelig sykepleie i 1982, utarbeidet departementet også en beskrivelse av sykepleiernes funksjons og ansvarsområde. Jeg siterer første ledd:

"Sykepleiere arbeider i alle ledd i helsetjenesten. Sykepleiere har selvstendig ansvar for og ivaretar sykepleiefunksjonen. Sykepleiefunksjonen består i helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøtekniske sykepleietiltak overfor pasienter med akutt sykdom/skade, pasienter med kronisk sykdom og funksjonssvikt, syke og friske eldre med behov for pleie og omsorg og grupper som er spesielt utsatt for helserisiko."

Som det fremgår av funksjonsbeskrivelsen, har sykepleierne selvstendig ansvar for og ivaretar sykepleiefunksjonen.

Budsjettet for helsesektoren setter sine grenser, og det oppstår lett strid mellom ulike yrkesgrupper innen sektoren. Ved overproduksjon forsøker en yrkesgruppe å utvide sitt funksjonsområde. I tider med underproduksjon kan profesjonene stille store krav til myndigheter og arbeidsgivere.

Under behandlingen i Stortinget uttalte Sosialkomiteen at en sykepleier bør ha det sykepleiefaglige ansvar, likeså at en lege bør ha det medisinskfaglige ansvar og en fysioterapeut det faglige ansvar for fysioterapitjenesten. Sykepleierne vet også at de vedtak som fattes i kommunene får virkning langt inn i fremtiden. Vi vil fortsette kampen for å beholde ledelsen av eget fag. Dette innebærer at kommunens samlede sykepleietjeneste og de enkelte deltjenester må ledes av offentlig godkjente sykepleiere.

For å kunne yte best mulig hjelp til de pleie- og omsorgstrengende grupper i kommunen, er det viktig at samarbeidet mellom deltjenestene fungerer godt.

Vi må forutsette at leger, sykepleiere og fysioterapeuter har kunnskaper og synspunkter som kan ha betydning for hverandres faggrupper. Dette gir et godt utgangspunkt for samarbeid.

Forutsetningene for et samarbeid som tjener pasientenes interesser er respekt for de ulike yrkesgruppers ansvars- og kompetanseområde.

Om fysioterapi i kommunehelsetjenesten

□ Av Henning Fosse □
Fysioterapeut, Eide på Nordmøre



Fysioterapeuter har til nå ikke vært en obligatorisk del av kommunehelsetjenesten. Størstedelen av fysioterapitjenesten utenfor institusjon har vært privat virksomhet, og kommunene har hatt liten eller ingen innflytelse på den. Når vi nå inngår som en del av kommunens helsetjeneste, føler vi behov for å presentere hvilke oppgaver fysioterapeuter har:

Fremme av helse og forebyggelse av sykdom, skade eller lyte, organisert som:

Helsestasjonsvirksomhet:

- Fødselsforberedende kurs.
- Vurdering og oppfølging av barn med spesielle problemer, motorisk/perceptuelle dysfunksjoner, også innen barnehager og førskoleinstitusjoner.

Helsetjenester i skolene:

- Tilrettelegge og iverksette forebyggende helsetiltak, individuelt og i grupper.
- Integrering av funksjonshemmede.
- Oppfølging av risikobarn fra helsestasjon/førskoleinstitusjon.

Opplysningsvirksomhet:

- Kurs (Forebyggende emner, idrettsskader, ergonomi mm.).
- Helseopplysning der vårt fagområde naturlig inngår.
- Utarbeiding av brosjyrer, opplysningshefter.

Diagnose av sykdom, skade eller lyte:

Denne del av tjenesten foregår

- Innen kommunale institusjoner.
- I pasientenes hjem.
- I fysikalske institutt.

Det er nok her de fleste tenker seg fysioterapeutene, og 40% av norske fysioterapeuter arbeider idag med kurative tjenester, først og fremst innen de fysikalske institutter.

Medisinsk attføring:

- Inngår i de før nevnte punkt.

Pleie og omsorg utenfor helseinstitusjon:

- I forbindelse med hjemmesykepleievirksomheten.
- Hos hjemmeboende funksjonshemmede.
- Som oppfølging etter utskrivelse fra institusjon, f.eks til avlastningsopphold/opptreningsopphold.
- Som hjemmebehandling.
- Vurdering/tilpasning av tekniske hjelpemidler samt hjem og miljø.

I tillegg kan også kommunene velge å organisere bedriftshelsetjeneste hvor fysioterapeutene har viktige arbeidsoppgaver med vurdering av personer enkeltvis og i grupper samt arbeidsmiljøet.

Om fastlønnsordning og privat virksomhet:

- Kommunen kan sikre seg fysioterapi i kommunen ved privat virksomhet og ved kjøp av tjenester som ikke dekkes av folketrygden: det vil grovt sett si all forebyggende virksomhet.
- Eller kommunen kan ansette fysioterapeuter på fast lønn.

Kommunen vil ha en sterkere styring med tjenesten i en fastlønnsordning, og kommunen står friere til å prioritere de forebyggende oppgaver hvis de vil.

Om rekvisisjonsordningen:

I en fastlønsordning vil det ikke være behov for rekvisisjoner. Rekvisisjonene har med oppgjørssystemet å gjøre. I Lov om sykegymnaster m.v. av 13. juli 1956 står det at "fysioterapeuter må ikke uten forordning av lege behandle skader eller andre sykelige tilstander." Det slås her fast et avhengighetsforhold til legen. I Regler og takster for godtgjørelse av utgifter til fysikalsk behandling står det at "ved foreskrivning av fysikalsk behandling skal legen oppgi nøyaktig diagnose samt resultat av foretatte undersøkelser. Videre må legen oppgi hvilken behandlingsform, behandlingstid og hvor mange behandlinger trygdede skal ha. Behandlingenes hensikt må angis klart hvor dette ikke uten videre framgår av den foreskrevne behandlingsform."

Men dette siste regelverket kommer ikke til anvendelse i et fastlønsystem. En unngår derved den detalj-rekvisivering som fysioterapeuter lenge har prøvd å bli kvitt, og som bl.a. almenpraktiserende leger har støttet oss i. Vi kan dermed selv bestemme behandlingsform, lengde og antall ganger etter foreliggende opplysninger og egne vurderinger.

Om medisinsk-faglig ansvar:

I fysioterapiloven står det at behandling skal forordnes av lege. Dette mener jeg er riktig. Det er legen som sitter med de fleste opplysninger og muligheter for en totalvurdering av pasienten. Derfor bør pasienten videreformidles med en diagnose og supplerende opplysninger. I et slikt system vil denne forordning også kunne romme mange måter å gjøre det på. Legen trenger nødvendigvis ikke være den som først er i kontakt med pasienten. Kontakten kan skje direkte eller via annet helsepersonell, men legen må med i bildet i løpet av pasientkontakten. Dette forutsetter og inspirerer til godt samarbeid. I dette systemet kan legen utøve det pålagte medisinsk-faglige ansvaret, noe han etter fysioterapiloven også tidligere har gjort. Jeg mener at det medisinsk-faglige ansvaret kan utøves fra stillinger som administrativt ikke trenger å være overordnede.

Om fysioterapi-faglig ansvar:

Men vi ville selv ha det fysio-

terapi-faglige ansvaret for tjenesten. Med dette mener jeg det å foreta en fysioterapeutisk vurdering av pasienten på bakgrunn av foreliggende opplysninger og egen undersøkelse, og å sette opp en funksjonsdiagnose og eventuelt et behandlingsopplegg. Fysioterapeuten vurderer også om det skal gis fysioterapi. I tillegg vil vi selv administrere oss selv, sette opp egne budsjett og tjenesteplaner, og føre fram egne saker for de avgjørende organ.

Om organisering og fagråd:

Vi vil være med i diskusjonen om ressurser og løsninger av oppgaver med det øvrige basispersonell. Dette mener vi kan gjøres i formaliserte fagråd direkte tilknyttet det organ, eventuelt den person, som sitter med avgjørelsesmyndigheten. Vi mener at helsetjenesten bør deles inn i virksomhetsområder og ikke etter profesjoner. For å sikre at fysioterapitjenesten virkelig blir en del av helsetjenesten, og ikke et vedheng, er det viktig at fagrådene blir formalisert, og tillagt en viss myndighet. Prinsippet om fullført saksbehandling er også viktig for å ivareta interesser lenger ned i systemet.

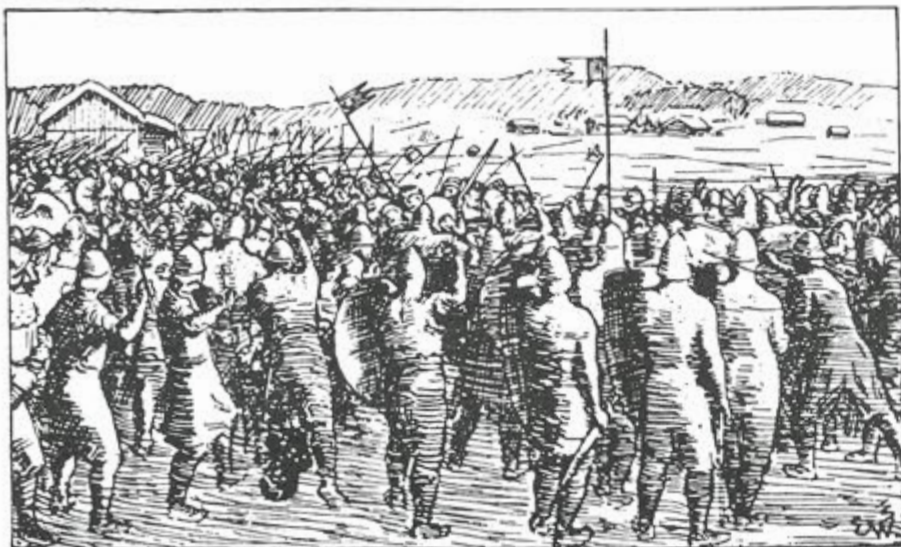
Om fysioterapisjef:

Fysioterapeuten i fagrådet må tilknyttes kommunens helseadministrasjon. Denne blir den daglige leder for fysioterapitjenesten. Dette bør være en fastlønt fysioterapeut, gjerne i del av stilling. Eventuelt må det avsettes timer fra en privatpraktiserende fysioterapeut til å ivareta denne oppgaven.

Om kommunehelsetjenesten:

Fysioterapeuter har liten tradisjon innen den offentlige primærhelsetjenesten. Dette har ført til at vi har vansker med å komme frem med våre synspunkt. Vi er heller ikke med i diskusjonen i de kommunale korridorer, og det øvrige helsepersonell og politikere er ikke vant til oss. Fysioterapitjenesten er nå en lovhjemlet del av kommunehelsetjenesten. Men vi frykter at sparekniven i økonomisk knappe tider vil kunne ramme oss sterkest, bl.a. fordi det ikke er fastsatt minstenormer for tjenesten. Jeg håper kommunene nå benytter anledningen til også å opprette og utvikle en faglig god fysioterapitjeneste og dermed en god helsetjeneste ■

Samarbeid i gode og onde dager!



Av Jon Hilmar Iversen
Distriktslege i Eide
på Nordmøre

Den striden vi har opplevd har mange fasetter: Profesjonskamp, maktkamp, statuskamp, lønnskamp, kjønnkamp, angstkamp (frykt for å miste noe, best å slå først) og kampkamp (vi er vant til å slåss, og moro er det også).

En viktig forutsetning for samarbeid er felles målsettinger. Vi har bare 16 år igjen til "Helse for alle i år 2000". Vi har fått plikt til å oppfylle pasientens rett til helsehjelp. Så enten vi vil samarbeide eller ikke, er vi nødt til det.

Sykepleierne har mange gode eksempler på håpløse leger som ikke kan administrere og er umulige å samarbeide med og som ikke vet noen ting om sykepleie. Det er

riktig det. Vi vet om mange håpløse sykepleiere også. Men vi kan ikke lage en håpløs struktur bare for å prøve å unngå visse håpløse leger.

Det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten i kommunene bør utøves av en ny generasjon godt kvalifiserte samfunnsmedisinere. Hvem er disse gode samfunnsmedisinere? De fleste finnes som erfarne distriktsleger med mer eller mindre utdanning i samfunnsmedisin og administrasjon og med praksis fra offentlig helsearbeid, oftest som helserådsordførere. Det er ikke en hvilken som helst almenmedisiner, sykehusoverlege eller tilfeldig vikar.

Lov om kommunehelsetjenesten fastslår i paragraf 1-4 at kommunen skal samarbeide med fylkeskommunen og staten slik at helsetjenesten (i regionen) virker som en enhet. Det burde kanskje også ha stått eksplisitt i loven at delene av helsetjenesten lokalt skal samarbeide for at helse-

tjenesten i kommunen skal fungere som en enhet, både almenfaglig, samfunnsfaglig og administrativt.

For at kommunens administrasjon og politikere og de andre faggruppene i helsetjenesten skal kunne forstå hvorfor en lege bør ha det medisinsk-faglige ansvar for den samlede helsetjenesten (slik loven krever), inkludert sykepleien, er det viktig at de har kunnskap om det faglige innholdet i almenmedisin og samfunnsmedisin.

Mens almenmedisin er individrettet (klinisk) medisin (både forebygging, diagnose, behandling, pleie og omsorg), er samfunnsmedisin grupperettet medisin med det formål å kartlegge sykdom og helse i befolkningen, utrede konsekvenser av ulike fordelinger av ressurser til forskjellige helsetiltak. Kompetanse for slike arbeidsoppgaver er en forutsetning for å bli pålagt det samfunnsmedisinske ansvar for den samlede helsetjenesten i en kommune.

Inndelingen av vårt fagområde vil da kunne se slik ut, med den samlede helsetjeneste som sum:

Almenmedisin
Samfunnsmedisin
(inkl. administrasjon)

+ Almensykepleie
Samfunnsykepleie
(inkl. administrasjon)

+ Almenfysioterapi
Samfunnsfysioterapi
(inkl. administrasjon)

= Almenhelsetjenesten
Samfunnsalmenhelsetjenesten
(inkl. administrasjon)

Sykepleie og fysioterapi er en del av helsetjenesten. Definisjonen av god sykepleie bygger blant annet på medisinske kriterier. Derfor er det meningsfylt å snakke om det medisinsk-faglige ansvar for sykepleien i en kommune. Det er ikke uten grunn (kulturelt, faglig og juridisk) at Stortinget har lovfestet at en lege skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten i en kommune. Stortinget har også understreket at sykepleien skal være en del av helsetjenesten. Den har ikke alltid vært organisert og fungert slik, i alle fall ikke når det gjelder evaluering, planer og budsjett. Det finnes ingenforsvarlig helsetjeneste ute i kommunene uten et godt samarbeid helseprofesjonene i mellom. De viktigste områder for samarbeid er:

Fagråd: For å sikre en enhetlig

helsetjeneste bør evaluering, planer, budsjett og løpende samarbeidsformer drøftes i et fagråd, enten dette er formelt eller uformelt sammensatt. Kommunen har nytte av et så godt bearbeidet og enhetlig råd fra helsetjenesten som mulig.

Gjensidig undervisning: Det er vanlig at legene underviser sykepleiere og fysioterapeuter. Vi bør undervise hverandre. Vi kan godt starte med en profesjonskvotering hvor hver profesjon får like mye tid til å undervise de andre om eget faginnhold og om fellesoppgaver.

Klientorientert daglig samarbeid: Klientens behov avgjør hvilke fagfolk som må trekkes inn i det enkelte tilfelle. Dette har med behov, effektivitet og taushetsplikt å gjøre.

Oppgaveorientert organisering vil lette samvirke mellom profesjonene. Hvis hele helsetjenesten blir inndelt etter profesjoner, vil de naturlige og en rekke unødvendige profesjonsmøtninger bli forsterket. Det har ingen noen glede av.

Samarbeid med sosialtjenesten er viktig når det er behov for det, både i fagrådet og om enkeltklienter.

Med kunnskap om og respekt for hverandre, og for helsetjenesten som helhet, bør vi i felleskap kunne løse både forebyggende, diagnostiserende og behandlende oppgaver, pleie, omsorg og attføring.

I gode dager skal vi kunne klare samarbeide selv med en dårlig struktur. Men for å kunne samarbeide i onde dager (trange økonomiske rammer) kreves det en god struktur hvor alle opplever å ha sin rettmessige plass.

Sykepleier Inger Lise Sørli, leder i Møre og Romsdal krets av Norsk Sykepleierforbund:

I kommunehelsetjenesten er utstrakt samarbeide en forutsetning for å kunne gi pasienter/klienter den best mulige helsetjeneste. Dette samarbeide må bygge på gjensidig respekt, forståelse og innsikt i hverandres arbeide.

Man må skille mellom medisinsk-faglig ansvar og sykepleiefaglig ansvar. I lov om kommunehelsetjeneste er dette klart definert: Medisinsk-faglig ansvar er diagnostisk og medisinsk behandlingsansvar. Sykepleiefaglig ansvar er fremme av helse, forebygging av sykdom, pleie av syke og rehabilitering.

For at sykepleietjenesten skal kunne fungere optimalt, må den ledes av sykepleier både faglig og administrativt. Kun sykepleiere som kan faget sykepleie, kan få utnyttet disse ressurser fullt ut. Dette bør bli like naturlig som det er at legene er ledere for legetjenesten.

Distriktslege Jon Hilmar Iversen:

Jeg er enig i at man må skille mellom legens legens medisinsk-faglige ansvar for helse-tjenesten og sykepleierens sykepleiefaglige ansvar for sykepleien. Du sier at medisinsk faglig ansvar bare er diagnostisk og medisinsk behandlingsansvar mens sykepleiefaglig ansvar er fremme av helse, forebygging av sykdom, pleie av syke og rehabilitering:

Kan du dokumentere at loven definerer medisinsk-faglig ansvar på en så snever måte? Har ikke legen også ansvar for at helse blir fremmet, syke får pleie og rehabilitering og at sykdom forebygges? Er ikke dette også en del av legens medisinsk-faglige ansvar, på samme måte som det er en del av sykepleierens sykepleiefaglige ansvar? Hva med legens medisinsk-faglige ansvar for den samlede helsetjenesten?

Inger Lise S.: Etter loven skal legen(e) ha det medisinsk faglige ansvar for hele helsetjenesten. Dette innebærer selvfølgelig, i

tillegg til det diagnostiske medisinske behandlingsansvar, at legen(e) skal ha rett til å vurdere de medisinske konse-kvenser av saksfremlegg, budsjettfremlegg, planforslag o.l. fra hele helsetjenesten med påtegning eller kommentarer.

Selvfølgelig har legene ansvar også når det gjelder forebygging av sykdom og fremme av helse, men man har jo erfart at det blir liten tid til dette i distrikts-helsetjenesten, da det kurative arbeidet tar nesten all tiden. Helsesøstrene har spesialutdanning nettopp på dette felt, og er i stor utstrekning i stand til å ivareta disse oppgaver.

Jon Hilmar I.: Jeg er enig i at sykepleien bør ledes av sykepleier, både faglig og administrativt, på samme måten som almenlegetjenesten bør ledes av lege, både administrativt og faglig. Men da bør vel også helsetjenesten ledes av en helsearbeider, både faglig og administrativt.

Fra et replikkordskifte om sykepleie og medisin

Denne helsearbeideren bør etter mitt skjønn være identisk med den lege som etter loven skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten (ikke bare almenlegetjeneste).

Men vedkommende bør ikke fungere alene, men som en del av (eller lederen av) et fagråd som gir helsetjenestens faglige råd til administrasjonen i kommunen/helse og sosialstyret.

Kan du akseptere en slik modell og fortsatt føle at sykepleien får sin faglige selvstendige og rettmessige plass?

Inger Lise S.: Sykepleietjenesten skal ledes av sykepleier. Det vil si at den daglige drift, faglig administrativt, økonomisk, personellmessig skal ivaretas av sykepleier. Det er umulig å ha ansvar for den daglige drift hvis man ikke samtidig har hånd om det økonomiske. Prinsippet om fullført saksbehandling skal følges, og lederen skal ubeskåret få legge frem sine synspunkter for helse og sosialstyret med tale og forslagsrett.

Fagråd skal forbedre den faglige koordineringen mellom tjenestene, og skal bestå av lederne i helse-

og sosialtjenesten. Her skal saker som vedkommer samordning, budsjett, økonomi, planlegging og intern undervisning tas opp. Fag-

rådet er et konsultativt samarbeidsorgan uten avgjørende myndighet. Lederen kan velges blant rådets medlemmer på fritt grunn-

lag. Med denne ansvarsfordeling vil den daglige leder for legetjenesten samtidig kunne ha de faglige ansvar som beskrevet. ■

Er loven om kommunehelsetjeneste en inspirator eller tvangstrøye?

□ Av Asbjørn Berge □
Kontorsjef ved fylkeslegens kontor i Møre og Romsdal

Denne artikkelen er et bearbejdet sammendrag av innlegg på Høstkurs i samfunnsmedisin for leger, sykepleiere og fysioterapeuter i Møre og Romsdal oktober 1983.

Juridisk tankegang.

I utgangspunktet har både jus og helsetjeneste problemer som skal løses. For en jurist vil spørsmålet dreie seg om å få klienten til å forholde seg til et regelverk og å anvende regelverket på problemstillinger, spørsmål og konflikter. Det er gode grunner for å ha et slikt system og metode idet det har med rettsikkerhet å gjøre. En slik betraktningssmåte har også god hevd. Vi finner den allerede nedfelt i Gulatingslova, der det heter: "Med lov skal land byggjast og ikkje med ulov øydast". Det framsettes av og til den påstand at systemet er uvesentlig, det er personene som avgjør om systemet fungerer. Fra et juridisk/administrativt synspunkt bør man tilstrebe systemer som fungerer selv om personene er lite villig til å innordne seg.

Helsetjenestens måte å løse et

problem på, slik jeg har oppfattet dette, vil ofte være å fjerne problemet, eksempelvis ved å ta bort en betent blindtarm eller få klienten til å endre livsstil ved å slutte røyke, eller få klienten til ikke å føle problemet ved eksempelvis å gi pasienten medikamenter.

Den metode helsetjeneren bruker er sikkert riktig og bra i helsetjenesten. Men når helsetjeneren beveger seg inn i mer samfunnsorienterte forhold som ikke direkte går på behandling av pasienter, er det liten grunn til å tro at en slik metode er brukbar. Da må helsetjeneren også lære seg til å forholde seg til et regelverk og et system og også til å få andre til å gjøre det.

Når jeg innleder på denne måten, er det for å understreke at i jussens verden er konflikter og

uenighet det daglige, og at disse løses ved å treffe beslutninger om hvordan ting skal være og ikke være. Det viktige er her ikke konflikten, men metoden konflikter og uenighet løses på. Det er derimot ikke riktig, som en del helsepersonell synes å tro, at det er juristen som skaper avgjørelsen. Et eksempel kan her være et utsagn fra en sykehussjef som også er lege, som uttalte (fritt gjengitt): "Vi får håpe at partene her kan komme til enighet, og at man slipper å trekke jurister inn i saken, slik at det blir den som får den dyktigste juristen som får rett." Juristens oppgave er å formidle det vi juridisk sett kaller gjeldende rett. Dette representerer lovgiverens beslutninger, den rettslige praksis og den alminnelige rettsoppfatning i samfunnet.

Konflikt mellom profesjonene.

Temaet "Trio eller tragedie" formulerer en potensiell konflikt mellom personellgruppene i kommunehelsetjenesten.

Denne konflikten består, slik jeg ser det, i at profesjonene som arbeider i helsetjenesten i kommunene har en klar oppfatning av at deres kompetanse og innsikt ikke kan erstattes av andre profesjoner på noe område. Dette fører til den avledning - ikke avsporing - at ingen profesjon kan være overordnet en annen profesjon i beslutningsprosessen på noe område. Enhver profesjon

skal således være fri og uavhengig og med direkte linje fra bunn til topp, uansett konsekvenser.

Tvangstrøye eller inspirator?

Spørsmålsstillingen i tittelen kan forstås slik at dersom kommunehelseloven begrenser den faglige frihet, oppfattes den som en tvangstrøye, og at den vil virke som en inspirator dersom de enkelte profesjoner får fritt spillerom. Det er mulig at helsepersonellet i kommunene mener dette er en riktig formulering av problemstillingen, men ut fra en juridisk tankegang er imidlertid dette en irrelevant problemstilling som jeg ikke vil gå inn i.

Lovens målsetting.

En av de viktigste hensikter med kommunehelseloven er å legge beslutningsprosess, omsorgsnivå og prioriteringer nærmere de potensielle pasienter (LEON-prinsippet). Det er pasientenes og befolkningens helse som er det sentrale mål. Dersom profesjonenes interesser på noe punkt er i strid med dette målet, må profesjonene vike. Man trenger ikke være jurist for å skjønne dette, det er snakk om å være lojal overfor lovgiveren og lovens hensikt.

Men problemene i helsetjenesten har også en annen dimensjon: nemlig rettssikkerhet for pasientene. Også her er hensynet til pasientene det sentrale, men også ansvars- og beslutningsforhold innenfor helsetjenesten. Når vi derfor skal ta stilling til loven om kommunehelsetjenesten og hvordan denne virker, er hensynet til pasienten det viktigste, både med hensyn til det å få et tilfredsstillende helsetjenestetilbud som det er å få en tilfredsstillende rettssikkerhet i forhold til de enkeltvedtak som treffes i helsetjenesten.

Rettssikkerhet for pasienter.

Hva ligger så i begrepet rettssikkerhet for pasienter i helsesektoren?

I St.meld. nr. 32 76/77 er dette oppsummert slik:

1. Krav om å ha visse verdier i fred.
2. Krav om å få en innholdsmessig riktig avgjørelse.
3. Krav om å kunne forutberegne

en avgjørelse.

4. Krav om rettferdig, hensynsfull og rask saksbehandling.
5. Krav om ikke å bli umyndiggjort.
6. Krav om upartisk og uhildet saksbehandling.
7. Krav om lik behandling av like tilfelle.
8. Krav om uavhengig kontroll gjennom domstolene.

Spørsmålet om loven om kommunehelsetjeneste er en inspirator eller tvangstrøye må derfor besvares ut fra hensynet til om loven vil tjene de nettopp nevnte mål og således være til fordel for befolkningen i helsemessig henseende.

Rett til helsehjelp.

I lovens § 1-1 er kommunen pålagt å sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. I lovens § 1-2 som gjelder helsetjenestens formål er det videre presisert at kommunen ved sin helsetjeneste skal fremme folkehelse og trivsel og gode og miljømessige forhold og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Kommunen skal spre opplysning om å øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Disse krav er gitt for å sikre befolkningen et godt tilbud som pasienter, ikke som helsearbeidere.

Enhver annen bestemmelse i loven og det som senere må bli etablert av forskrifter, retningslinjer og praksis og hva den nå ellers måtte hete, må sees på innenfor disse rammer og praktiseres i samsvar med dette forhold. For å kunne oppnå disse formål, er det nødvendig med rask og tilstrekkelig helsehjelp både på kort og lang sikt.

Enhetlig beslutningssystem.

Skal dette oppnås, er det nødvendig med et enhetlig beslutningssystem som kan sikre samordning av helsetjenesten og en riktig ressursbruk. Klarhet på disse punkter er av stor viktighet, det er for sent å diskutere hvem som skal ha det endelige ord og ansvar når epidemier er brutt ut eller pasienter ligger dødssyke i ambulansabilen utenfor lege-



— Enhver økning av funksjonærstaben må skje parvis.

sentret. Det er også den eneste måten å sikre at lovgiverens krav om en styrking av den forebyggende helsetjeneste blir tatt tilstrekkelig hensyn til innenfor den totale kommunale helse-tjeneste. Når det gjelder lovens løsning på de organisatoriske forhold, fastsetter loven at det er kommunestyret som avgjør organisasjonsform og ledelse for helsetjenesten. Løsningen skal likevel være i samsvar med lov og helseplan. Etter mitt syn er derfor kommunen bundet til å lage en organisasjonsform og en ledelse for helsetjenesten som er enhetlig og gjør det mulig å samordne tjenesten.

Medisinsk faglig ansvar.

Når det gjelder forholdet mellom helsepersonellet, fastsetter lovens § 3-4 at en lege ansatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helse-tjenesten.

Dette må forstås slik at en lege i kommunen må ha ansvaret for den medisinsk-faglige del av helse-tjenesten i kommunen, herunder også privat virksomhet.

I forarbeider til loven er det pekt på at det medisinsk-faglige ansvaret er noe annet enn det sykepleiefaglige ansvar som kan tillegges en sykepleier og det fysioterapeutiske ansvar som kan tillegges en fysioterapeut.

Etter forarbeidene til loven er det imidlertid klart at en lege har instruksjonsmyndighet i medisinsk-faglige spørsmål overfor alt helsepersonell. Men legen har begrenset kompetanse i f.eks. sykepleiefaglige spørsmål, der det er den ansvarlige sykepleier som har instruksjonsmyndighet. Helt konsekvent i denne betraktningmåte har likevel ikke lovgiveren vært, idet det i lovens § 6-3 peker på at helse-direktoratet fører det medisinsk-faglige tilsyn med at kommunen fremmer helsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte. Forarbeidene gjør det her helt klart at med medisinsk-faglig menes den totale helse-tjeneste. Men kravet om en enhetlig ledelse og ansvar som lovens formulering forøvrig, kan tyde på at det er naturlig å betrakte det medisinsk-faglige ansvar som overordnet alt annet ansvar innenfor helsetjenesten så lenge det har med behandling av pasienter å gjøre.

Faglig ansvar for eget fag-område.

Dette betyr likevel ikke at annet

helsepersonell er fri for eller uten ansvar og/eller innvirkning på sine profesjonsområder. På et skip er det styrmannen som styrer skuta, men det er kapteinen som tar de endelige avgjørelser og har det endelige ansvar. Dette forhindrer likevel ikke at den enkelte sektor innenfor skipet har selvstendig ansvar og myndighet. Maskinisten har ansvar og beslutningsmyndighet i maskinrommet, men det kan hende at han må slå av maskinen eller sette på full speed når kapteinen for-langer det.

Det er mulig man kan bruke lignende betraktningmåter på forholdet mellom det medisinsk-faglige ansvar og andre profesjoner innenfor helsesektoren. Hver enkelt profesjon har sitt eget arbeidsområde, sin nisje i systemet, og sitter med et personlig og faglig ansvar for at dette blir utført. Slike betraktning-måter er også kommet til uttrykk i Sosialdepartementets framlegg til forskrifter for helsesta-sjonsvirksomheten og skolehelse-arbeide m.v.. Her presiseres det at personellet er tillagt det faglige ansvar for sine respektive tjenester. Etter mitt syn mangler likevel lov om kommune-helsetjeneste og foreliggende forslag til forskrifter avklar-ende regler om forholdet mellom helsepersonellet såvel faglig som rettslig.

Faglig ansvar i det psykiske helsevern.

I et annet regelverk innenfor helsetjenesten, nemlig lov om psykisk helsevern, er det i for-skrifter gitt ved Kgl. res. av 3. november 1978 fastsatt ansvars-forhold m.v. i institusjoner innen det psykiske helsevern. Det er mulig dette regelverk kan si noe om det prinsipielle ettersom det gjelder innen den samme tjeneste.

I § 3-4, 3. ledd i forskriftene framgår det at alt behandlings-personell ved institusjonen har et faglig ansvar innen de områder de dekker. I merknader til disse forskrifter pekes det på at sjefssykepleier vil være faglig og administrativ leder av insti-tusjonens sykepleietjeneste og ha ansvar for at denne tjenestens kvalitet er i samsvar med de faglige krav som til enhver tid gjelder. Det pekes også på at de forskjellige faggrupper ansvars-linjer både går til overlegen og til vedkommende profesjons leder f.eks. oversykepleier eller sjefssykepleier når det gjelder utøvelse, veiledning og kontroll av denne profesjons tjenester.

Imidlertid fastsetter forskrift-ene at institusjonens overlege skal være den faglige leder. Han har ledelsen av institusjonens samlede faglige virksomhet innenfor institusjonen og det befolk-ningsområde hvor institusjonen har ansvar. Overlegen har således ansvaret for den faglige virksomhet og er overordnet alt per-sonell med behandlingsfunksjoner.

Juridisk innebærer det faglige ansvar som overlegen er tillagt, ikke bare at han er ansvarlig for egen feil, men også feil gjort av annet helsepersonell, dersom det er svikt i overlegens instruksjon og kontroll m.v. overfor dette personellet.

Det er kanskje naturlig at klare ansvarsforhold og ledelse innenfor psykiatrien er viktigere enn innenfor annen helsetjeneste. Men mangelen på enhetlig ledelse og samlet faglig behandlingsansvar kan innefor all helsetjeneste føre til et dårligere resultat for pasienten.

Praksis og forskrifter vil kunne avklare.

Den måten jeg hittil har uttrykt meg på skulle likevel få de fleste til å forstå at kommune-helseloven ikke er entydig og klar når det gjelder hvordan man skal løse de foreliggende problemstillinger. Det vil derfor på dette, som på en rekke andre områder der lovgiveren ikke har avklart alle de viktige retts-lige spørsmål, bli slik at prak-sis og forskriftsverk m.v. vil måtte løse de gjenstående spørsmål.

Konklusjon.

Dersom loven skal være en in-spirator for helsetjenesten, må hver av profesjonene finne sin plass i systemet og arbeide inne-for sine definerte arbeidsopp-gaver med full respekt og inn-ordning i det forvaltningssystem som kommunene representerer. Dette innebærer at man må ha faglig og administrativt ansvar og myndighet innenfor begrensende sektorer som en del av den helse-forvaltning kommunen represen-terer. Men det innebærer også at der må eksistere et medisinsk-faglig overordnet ansvar med myn-dighet til å gripe inn og treffe endelige beslutninger når fag-profesjonene ikke kan bli enig eller når hensynet til pasientene og helsetjenesten i kommunen krever det. ■

□ Av Arne Ebeltoft □
Psykolog

Arne Ebeltoft er forsker ved Arbeidspsykologisk institutt, Arbeidsforskningsinstituttene i Oslo. Han har arbeidet med organisasjonsutvikling i bedrifter, etater og skoler. Denne artikkelen er bearbeidet etter hans innlegg på Høstkurs i samfunnsmedisin for leger, sykepleiere og fysioterapeuter i Møre- og Romsdal, oktober 1983.

Kunsten å samarbeide

Angst for konflikter.

Jeg synes å merke en viss overdreven engstelse til spørsmålet om uenighet og konflikter. Valget mellom "trio" og "tragedie" synes avgrunnsdyp. Det er mulig at angsten for konflikt beror på den mulige trussel at tradisjonelt opptrukne profesjonsgrenser vil kunne forskyves og nøye samlede privilegier bli en smule tapt. Men jeg heller også til en annen tolkning: Medisin er et yrke som berører liv eller død, og hvor små feil ofte kan ha katastrofale følger. Operasjonsbordet er ikke stedet for demokratiske diskusjoner, og feilmedisineringer er ikke å spøke med. Den angst sykdom, død og feil skaper, møtes med oppdrevne faglige krav og disiplinering.

Overdreven engstelse.

I en slik arbeidssituasjon kan uenighet og konflikt bli farlig, og toleransen blir derfor lav. Denne holdning overføres så på områder der den utvilsomt er

mindre adekvat. Dels beholdes den i en situasjon hvor helsepanoramaet domineres av nervøse lidelser, hjerte/karsykdommer og belastningsplager, dvs. sykdommer hvis årsaker, behandling og forebygging i høy grad kan diskuteres. Og konfliktengstelsen beholdes i en situasjon hvor det i høy grad bør diskuteres hvordan man skal innrette seg i den lokale kommune, så forskjellig fra hverandre som disse jo i realiteten er. Når jeg sammenlikner de små og høyst uklare "konflikter" som fremkommer i avis-spalter og spredte uttalelser med hva en kan finne av bastante motsetninger i arbeidslivet ellers, blir det vanskelig å unnsnippe den vurdering at engstelsen neppe står i forhold til "konfliktenes" størrelse og innhold.

Konflikter verdifulle.

Jeg vil fremheve det verdifulle i uenighet og konflikt. Undersøkelser fra mitt arbeidsfelt har vist at forskere i samme institu-

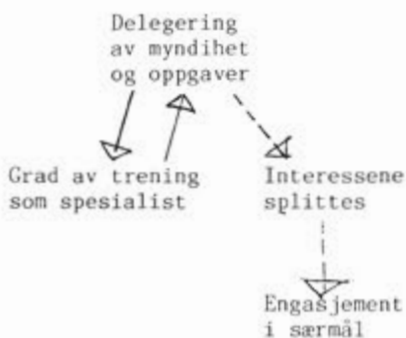
sjon som er noe uenige med hverandre er mer produktive enn der det hersker harmoni og enighet eller der det råder full krig. Grupper med like antall medlemmer er mer oppfinnsomme enn grupper med ulike antall. De med ulike antall medlemmer avgjør nemlig oftere saker gjennom flertallsbeslutninger, mens de med like tall oftere står mot hverandre, 1:1, 2:2, 3:3 ... osv og må ty til argumentasjon og idéskaping for å finne løsninger som vinner gehør. Og selv enkle regnestykker blir oftere løst riktiger av grupper enn av enkeltpersoner, for to personer som kommer til forskjellig resultat tvinges til å gå sine resonnementer etter i sømmene og øker derved sjansen til å unngå feilslutninger.

Valg mellom ulike modeller

Hva er det for slags konflikter en kan spore blant helsepersonell i kommunene? For det første den enkle konflikt som oppstår når man er usikker på hvordan fremtiden bør innrettes og derfor tenker seg ulike løsningsmodeller. Denne konflikten er ikke bare intellektuell, men den innebærer også at de som har øvelse i å tenke gjennom den type utfordringer en her står overfor, har hva sosiologen Stein Bråten kaller "modellmakt". Fordi de i sitt hode har skaffet seg en klarere modell av den virkelighet man står overfor, vil de kunne få dominans over dem som har mindre vellykkede modeller. Dette behøver ikke bety at den med de mest utviklede modeller "har rett", dvs. har den beste løsning på en framtidig situasjon.

Kamp for særinteresser.

En annen konflikt en kan observere her og nå, ligger i det sosiologen Selznik har beskrevet med følgende enkle tegning:



Jo mer spesialist man blir, jo mer myndighet får man delegert. Det er en tilsiktet utvikling. Den prikkede linjen derimot angir

utilsiktede virkninger av dette arrangement: Spesialistene begynner å forfølge sine særinteresser og særsmål, og følgelig vil det lett kunne oppstå konflikter. Dette kan sies å være tilfelle innen helsesektoren, og kanskje mer enn mange andre steder, ettersom en der får forholdsvis oppdrevne spesialiseringer. Denne profesjonaliseringseffekten slår ut i separate fagforeninger, slik at konflikter på det lokale plan ikke er så mye et produkt av lokale uoverensstemmelser mellom spesialister som av profesjonsgruppens særinteresser.

Maktkamp, kompromiss eller problemløsning.

Konflikter mellom faggrupper har sin egen dynamikk. Ofte forbauses en over hvor lett mellomgruppekonflikter fører til indre styrking av gruppesamhold og lojalitetskrav. Har man i gruppekonflikter den forestilling at "enighet er umulig" (dvs. uten at det fører til uakseptable tap av fordeler og identitet), står valget mellom å avgjøre konflikten gjennom vinnetape maktkamp, gjennom bruk av "uavhengige dommere" eller ved å la skjebnen avgjøre spillet. Tror man derimot at det er mulig å oppnå enighet, står valget mellom felles problemløsning, kompromisser eller fredelig samskistens (mar: tolererer hverandre ved i harmoni å la hverandre i fred til å stille med sitt). Såvidt jeg kan begripe krever utviklingen av nye helseplaner og kommunale organisasjonsordninger i høy grad problemløsning. Jeg skal litt senere antyde noen momenter av verdi for dette alternativ.

Problemløsning.

Et fjerde karakteristikum ved debatten er at man har konsentrert seg om å diskutere løsninger og nesten overhodet ikke snakker noe om hvordan man når løsningene, dvs. hvordan samarbeidet og problemløsningen best kan skje. Etter min erfaring havner man sjelden på varige praktløsninger på organisasjonsspørsmål allerede ved første forsøk. En organisasjon er et slags instrument som skal gjenspeile den virkelighet den er ment å skulle agere i. Men denne virkelighet lar seg sjelden fange inn lekende lett og med en gang. Derfor vil organisasjoner enten de er bedrifter, etater eller foreninger måtte endre sin oppbygning og funksjon, alt ettersom en får bedre tak på en foranderlig virkelighet.



Bedriftshelsetjenesten som eksempel.

Hvordan organiserte helsetjenester "ute på feltet" kan utvikle seg, kan belyses ved å observere norske bedriftshelsetjenester. De første (fra 30-årene til mange steder endog idag) flyttet simpelthen en viss almenpraksis innenfor bedriftsporten, med helsekontroller, helseopplysninger og en høyst tradisjonell inndeling av de tre profesjoner: leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Etterhvert som kravet til forebyggende virksomhet fikk stadig større vekt, har det skjedd en viss faglig opprustning på områder en hadde fått liten opplæring i i sin utdanning: leger i yrkesmedisin, sykepleiere i miljømålinger og inspeksjoner og fysioterapeuter i ergonomi. Dette har ført til en omlegging henimot at arbeidsplassen, ikke arbeidstakeren, blir "pasienten". En tredje fase i denne utvikling kan idag spores flere steder: bedriftshelsetjenesten er opptatt med å aktivisere arbeidstakerne i helse/miljøarbeidet. En samarbeider mer intimt og likeverdig med vernetjenesten, og en har mer overlappende funksjoner, dvs. veksler mellom å samarbeide med arbeidstakergrupper, foreta målinger, intervjuer og registrere nyansatte, lede prosjekter og undersøkelser. En begynner m.a.o. å få en helsetjenesteorganisasjon som gjenspeiler de forebyggende helseoppgaver på arbeidsplassen. Men dette har skjedd over tid, utviklingen har vært en læringsprosess hvor kanskje noen går foran og danner forbilder.

Program for problem-løsning.

Jeg skulle også gjerne gi noen råd om hvordan en kan hjelpe seg selv med å finne fram til gode løsninger på det kommunale plan i framtiden. Jeg tar da det utgangspunkt at alle parter i det kommunale helsearbeidet tror at det går an å finne felles løsninger på dette problemet og tar fatt på et problemløsende samarbeid. Fire tips om denne prosessen kan da gis med referanse til de erfaringer vi har gjort ved Arbeidspsykologisk institutt:

1. Bygg opp en støtteorganisasjon. Dvs. finn fram til gode allierte, politikere og byråkrater som er villig til å støtte dere i tanken om at man her kanskje bør gå trinnsvis og problemløsende fram, gjøre erfaringer og omsette disse i praksis ettersom de vinnes. Denne støtten er god å ha som garanti mot prematur kritikk, og for at man møter god-

vilje for prøveordninger o.l..

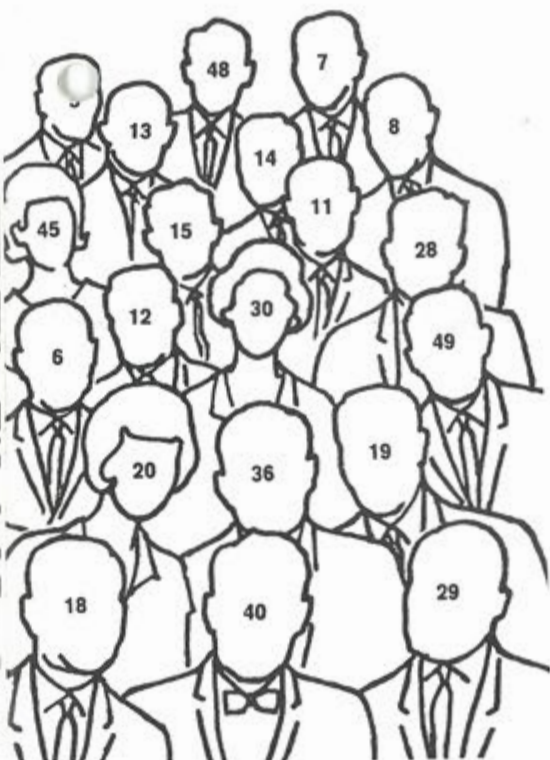
2. Organiser arbeidet med utviklingsoppgaven "å skape en god kommunal helseorganisasjon". Her ble det foreslått å lage et fagråd, hvor ulike fag er representert kanskje sammen med andre interessenter i kommunen. Et slikt råd eller gruppe bør ha både en rådgivende og planleggende oppgave, dessuten eksekutivt i den forstand at en kan igangsette tiltak for å få til ønskede forandringer. Andre måter å organisere oppgaven på lar seg selvsagt finne.

3. Lag et nettverk for erfaringsutveksling. En større konferanse er et eksempel på et slikt temporært nettverk. Bedre for formålet ville det være at 37 kommuner som har noenlunde samme situasjon å arbeide ut fra, med visse mellomrom tar kontakt og utveksler ideer og erfaringer. Konferanser, møter, brev, telefoner, besøk - alt vil kunne hjelpe, hovedsaken er at man har en visst avtale om på denne måten å bistå hverandre. Det organisatoriske problemet man står overfor kan vanskelig diskuteres intelligent med mindre man tar utgangspunkt i helt konkrete forhold. Jeg tror det er ytterst lite å vinne ved å diskutere "modeller" prinsipielt og abstrakt som om det skulle finnes løsninger som var appliserbare uansett lokale betingelser. En slik tilnærming minner om den som i industrien var på mote for ca. 40 år siden, den gang man søkte etter den "ideelle" bedriftsorganisasjon.

4. Forsøk å gå trinnsvis til verks. Det å utvikle et organisert apparat er en læringsprosess, og alt en kan gjøre for å sette seg selv i en situasjon hvor man kan lære ikke minst av erfaringer er av det gode. Trinnsvis kan være: sammenlikning av ressurser med kravene i kommunens helseplan, drøftelser med berørte parter om hvilken rolle de kan spille og hvilke interesser de har, utarbeide en tentativ organisasjonsplan, forhandle med ulike parter om deres andel i planen, etablere sikre områder hvor enighet er stor og erfaringene fra tidligere er trygge, selektere ut område med usikkerhet for prøveordninger, iverksette delplaner osv..

Lederskap.

Et sentralt punkt er spørsmålet om lederskap, og mange har hatt kommentarer til det. Med erfaringer fra utvalg av ledere og opplæring av dem, vil jeg våge å gi følgende kommentar:



De fleste som blir gode ledere gjør det gjennom å gå den lange vei, dvs. gjennom å skaffe seg erfaring, supplere sin utdanning og få veiledning av andre. Sett fra denne synsvinkel finnes det et meget stort antall lederemner, og troen på det enestående talent bør en stort sett la ligge.

Om man får erfaring i administrasjon og ledelse, avhenger ikke minst hvordan arbeidet der en er blir organisert. Er ledelsen/administrasjonen sterkt sentralisert og dominert av en eller to, kan man komme like uerfaren ut av en jobb som inn i den. Administrasjon er noe en ofte med hell kan dele på, og delingen kan endre seg over tid etter hvert som kompetanse bygges opp eller skiftes ut.

Norsk arbeidsliv har jevnt og trutt undergått en viss demokratisering, hva vel også har skjedd og skjer i andre land. Dette bør en ha for øye i valg av lederskapsformer. Der slike former praktiseres, har tendensen til kompetansestridigheter omkring lederskap en tendens til å dempes ned. I stedet vil en være oppatt med å finne praktiske løsninger.

I offentlig forvaltning skal en ha for øye at sikkerhet for riktig saksbehandling er sentral, og at dette administrative hensyn ofte går foran evnen til å lede og inspirere andre.

Avslutning.

En liten appell til slutt: kutt ut prestisje, ferdiglagede modell-løsninger og tro på at spesialister kan gi dere svaret. Tro på egen erfaring, og har dere for få av dem, så lag prøveordninger og hør med andre. Vær praktiske empirikere, ikke dogmatiske apostolikere ■

Samarbeid i kommunehelsetjenesten

Annonse

VIKARIAT LEDIG
VED
RISVOLLAN LEGESENTER
I TRONDHEIM

Vikariat ledig i tiden 5.3-1.6.84. Henvendelser pr. brev i adresse Risvollan legesenter, Postboks 3616, 7001 Trondheim eller i tlf. 07-96 68 61.

Retting og tilføyelse til artikkelen:

Juridiske aspekter ved barnemishandling og omsorgsvikt

Av Kristin Solberg

Under overskriften Bruk av sakkyndige på s. 14 er det to skrivefeil:

I 2. avsnitt er rett lovhenvisning bvl. § 6, ikke § 10.

I 3. avsnitt skal første setning lyde: "Også folk med yrkesmessig taushetsplikt har rett til å gi opplysninger til nemda, f.eks. om forhold som kommer opp i forbindelse med helsekontroll eller medisinsk behandling."

Grunnen til ikke å koble inn barnevernet kan være at en mener en selv eller egen "etat" er vel så godt kvalifisert til å takle problemet eller at en ikke vil ødelegge et godt tillitsforhold til familien. Men utfallet^{av} en melding til sosialkontoret kan godt bli at "melderen" i første omgang gis hovedansvaret for den videre oppfølging. Det er likevel viktig at sosialkontoret er varsla for å unngå parallelle ukoordinerte opplegg i forhold til samme familie.

Et vanlig argument, bl.a. fra helsepersonell, mot å gi opplysninger til sosialkontoret er at en ikke er sikret opplysninger tilbake om hvordan det går med barnet/familien, hvilke tiltak som er satt iverk osv.. Bvl. § 4 pålegger nemda og dens funksjonærer taushetsplikt. Men når klienten (foreldrene) har samtykket i at slike opplysninger gis, er det greit. Også ellers kan det gis opplysninger i den grad det er nødvendig for å ivareta barnets interesser i den forliggende sak. Taushetsplikten må tolkes slik at den harmonerer med lovens forutsetning om samarbeid for å fremme barnevernet. Som rettesnor bør en hverken kreve å få eller selv gi andre opplysninger enn det som trengs for å ivareta barnets interesser og sikre en forsvarlig saksbehandling ■

KOLLEKTIVT ABONNEMENT PÅ SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE.

Av Chr. F. Borchgrevink
formann i NSAM

Scandinavian Journal of Primary Health Care har hatt en noe treg start. Det har ikke vært noe problem med stofftilgang, men det har vært visse vansker med trykkingen. Det er all grunn til å tro at barnesykdommene nå er over. Både Dansk og Svensk selskap for almenmedisin har gått inn for kollektivt abonnement for sine medlemmer.

På styremøtet i januar 1984 i Norsk selskap for almenmedisin ble det enstemmig vedtatt at vi skulle gjøre det samme. Det vil koste Selskapet ca. 40 kroner pr. medlem (Individuelt abonnement ca. kr. 180). Selskapets generalforsamling høsten vedtok enstemmig å heve medlemskontingenten fra kr. 100.- til kr. 150.-. Så og si hele forhøyelsen vil gå med til å dekke utgiftene til det kollektive abonnementet.

Vi håper at selskapets medlemmer er fornøyd med dette og håper samtidig på at dette gunstige tilbudet vil få flere til å tegne medlemskap.

HVORFOR IKKE DELTA I DET INTERNASJONALE ALMENPRAKTIKERMILJØ?

SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) avholder forskningssymposium 11. og 12. mai 1984.

FORSKNING AV OG FOR ALMENPRAKTIKERE

i Beerse - Antwerpen.

Interesserte kan kontakte Institutt for almenmedisin i Oslo, telefon: 56 37 80
snarest mulig, evt. dr. R. De Smet,

Centrum voor Huisartsenopleiding
Rijksuniversiteit Gent - A.Z.
De Pintelaan 185
B-9000 Gent
Belgia

Aktivitet i lokale grupper

Av Jo Telje
distriktslege, Vinstrø

NSAM har som sitt formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget almenmedisin blant annet ved å styrke aktiviteten i de almenmedisinske miljøer.

Det første vi tok fatt på våren 83 var å kartlegge den aktivitet som foregikk i de forskjellige deler av landet med det for øyet å spre gode ideer og funksjonsdyktige modeller til andre almenpraktikergrupper. Vi henvendte oss til endel kontaktpersoner i hvert fylke og ba om en enkel beskrivelse av faglige møter og annen virksomhet.

Jeg vil her gi en kort oversikt over slik aktivitet så langt vi kjenner til, men må tilføye at registreringen var nokså usystematisk både i omfang og detaljer. For noen deler av landet mangler vi helt opplysninger. Aktiviteten er svært varierende fra områder med helt passive almenpraktikere

og sovende legeklubber til områder med stor aktivitet og regelmessige møter som almenpraktikere selv står for både faglig og administrativt.

Mange steder har aktive ildsjeler dratt det hele igang. Det er åpenbart en fordel om gruppen av

leger er relativt homogen og preget av gjensidig tillit og respekt. Vi er vel kanskje slik at vi ikke tør eksponere oss faglig uten i svært trygge forhold.

Noen steder skjer alle møter i sykehusets regi og hvor almenpraktikerne i mer eller mindre grad får hekte seg på. Andre steder drives all faglig virksomhet av almenpraktikerne selv og etter andre steder er det bare legemiddelfirmaene som klarer å samle legene.

La oss se på noen av disse aktivitetene nærmere:

Almenpraktikermøter:

En del større gruppepraksiser har en fast organisert plan med faglige møter i arbeidstiden, f.eks. en time om morgenen en bestemt ukedag eller to timer på ettermiddagen hver 14. dag. Innholdet varierer mellom kasuistikker, problemkasus, referat fra tidskrifter eller kurs, felles behandlingsopplegg eller utarbeidelse av prosedyrebok.

Flere steder har man utvidet gruppen av leger til f.eks. alle primærleger innen et bestemt geografisk område eller innen en by. Med lengre avstand vil det ofte være mer hensiktsmessig med sjeldnere men lengre møter.

De 17 primærlegene i Valdres har laget en plan på åtte møter i året lagt til kveldstid og med varighet 2-3 timer. De har en halvtime avsatt til praktiske og administrative spørsmål og vel halvannen time til faglige problemer. Ansvaret for denne siste delen går på turnus mellom legene.

Til hvert møte har en forberedt et kortere innlegg, kursreferat, kasuistikk eller liknende, mens en annen har ansvaret for å legge fram et almenmedisinsk tema som kveldens hovedpost enten han selv velger å stå for dette eller inkallér en spesialist utenfra. Det hele koordineres av en som også fører møtebok, skriver et enkelt referat og sørger for godkjenning fra VEAP-rådet.

I Nord-Gudbrandsdal har en tilsvarende gruppe primærleger planer om å adoptere samme opplegg og skal starte opp på nyåret 1984. For disse legegrupper kan altså ca. 40% av nødvendige kurs-timer for Almenpraktiker Dnlf oppnås i lokalmiljøet.

I andre fylker som Møre og Romsdal og Nordland synes mye av

møtevirksomheten å skje i regi av fylkenes kurskomiteer og lokale VEAP-råd. Noen steder har også OLL stått for systematiske faglige møter på lokalplanet.

I nesten alle fylker har debatten om den nye loven og driftstilskudd ført til stor aktivitet på det mer fagpolitikkse plan og sveiset kolleger sammen på en helt ny måte. Den aktive gruppen i Stavanger hevdet at dette var noe man må kunne bygge på i mer faglig retning. De samme signaler har vi fått fra mange andre områder, det gjelder bare å finne en hensiktsmessig form og organisasjonsmodell.

I Trondheim drar de nå igang såkalte 12-mannsgrupper etter dansk mønster. Antallet på deltagere er vel noe underordnet, men poenget er at legene møtes regelmessig med medisinsk kvalitetsvurdering (medical audit) som hovedformål. Her går man kritisk inn i sin egen virksomhet og legger den frem til debatt med gode kolleger.

En forutsetning er at man først registrerer hva man faktisk gjør og ikke diskuterer ut fra hva man tror og håper at man gjør. Erfaringene fra Danmark og England har vist overraskende store avvik mellom idealer og realiteter. Ekstra spennende blir det å sammenligne sin egen praksis med andre nære kolleger. Målet er ikke å bli like men å bli bevisst hvorfor og hvordan vi driver vår praksis forskjellig fra andre.

NSAM utarbeider nå noen "pakker" for selvevaluering i håndtering av bestemte sykdomsgrupper eller medikamentforskrivning. På denne måten kan grupper av leger over hele landet utvide sitt faglige møteopplegg på en ny og utfordrende måte enten de nå er 4, 12 eller 18 leger i gruppen. Hvis dette organiseres på en hensiktsmessig måte, vil slik selvevaluering meritere i vår videre- og etterutdannelse som almenpraktikere.

Faglige møter på sykehus:

En vesentlig del av almenpraktikerens faglige føde serveres på møter i sykhusregi og da oftest på det fykessykehus man til daglig samarbeider med. Men det er stor variasjon i måten dette er organisert på. Noen steder er primærlegene rene gjester på et møte av og for sykehusleger, og hvor tidspunktet er slik at de færreste almenpraktikere har mulighet for å delta. På Lillehammer f.eks. er møtet lagt til torsdags morgen kl. 0745. Andre steder drar man primærleger

mer aktivt med i opplegget enten som representant i ledelsen, eller at man avsetter en fast tid i programmet for almenmedisinske emner. Gjøvik sykehus har sine faglige møter kl. 1800 en gang i måneden slik at primærlegene i hele området har mulighet for å delta.

Disse møtene har en fast struktur og innledes ved at en almenpraktiker tar opp et rent faglig emne eventuelt et samarbeidsproblem til diskusjon. Han har da ca. 20 minutter til disposisjon. Answeret for innledningen alternerer mellom de forskjellige regioner som sogner til sykehuset. Det øvrige program er de forskjellige spesialavdelingens ansvar. Det hele avsluttes med en enkel servering i sykehusets kafeteria for mer uformelt faglig/sosialt samvær.

Flere andre lokalsykehus har tilsvarende faglige møter med sine samarbeidende almenpraktikere. De fleste gir imidlertid uttrykk for vansker med å få primærlegene aktivt med. Mange er usikre på seg selv og sitt fag, utrygge på spesialistkolleger og uvante med å legge frem faglig stoff i større forsamlinger. De som har lyktes best, har lagt opp en fast struktur med ansvar alternerende mellom forskjellige legekontorer og lagt vekt på å motivere primærlegene - "vi kan hvis vi vil".

Det synes å ha skjedd en gledelig utvikling bare i løpet av de senere år fra spesialistdosering til samarbeidsdiskusjon, fra monolog til dialog. Etterhvert som grupper av almenpraktikere blir faglig mer sikre på seg selv, kan de ta initiativ overfor sitt lokale sykehus og forslå samarbeid. De rapporter vi har fått fremhever den positive respons fra sykehusets side når initiativ først blir tatt og konstruktive forslag legges frem.

Mange lokale sykehus arrangerer visittgang i tilslutning til faglige møter. Her sprer almenpraktikerne seg i smågrupper på forskjellige avdelinger og får en kollokvipreget undervisning ofte relatert til egne pasienter. Et utmerket samarbeidstiltak og en velegnet undervisningsform.

Andre faglige aktiviteter:

Vi vet at legemiddelfirmaene ofte inviterer til møter over hele landet med faglige foredrag og med et ikke uvesentlig selskapiig tilsnitt. Forbausende få av de rapporter vi har fått omtaler disse møtene, kanskje fordi det faglige innhold ikke ansees rele-

vant nok for almenpraktikeren eller fordi kvaliteten kan være for dårlig. Oppmøtet er visstnok høyst varierende. En kollega bemerket imidlertid sorgmodig at på hans trakter var det bare firmaenes gode mat og whisky som lokket primærlegene ut av sofa-kroken.

Noen legemiddelprodusenter bruker videofilm i sitt tilbud om faglig etterutdannelse, men det er få legegrupper som bruker dette mediet systematisk. Mange er åpenbart misfornøyd med kvaliteten av det som tilbys idag, og noen hevder at filmer laget i utlandet sjelden har nok relevans for norsk almenmedisin. Flere foreslår derfor at legeforeningen sentralt eller NSAM mer aktivt skulle gå inn på dette feltet. VEAP-rådet har allerede laget retningslinjer for hvorledes bruk av video skal kunne gi tellende kurstimer.

En del leger rundt om i landet er deltagere i multisenterundersøkelser, oftest lagt opp av et legemiddelfirma med en prosjektgruppe som ansvarlig. Både lokalt og sentralt arrangeres det da orienteringsmøter om prosjektet og dets bakgrunn som kan gi informasjon av stor medisinsk verdi for de deltagende leger. NSAM vil engasjere seg i denne form for forskning i almenmedisin og knytte forbindelse mellom lokale grupper av leger som arbeider med samme problem.

På samme måte som forskningsutvalget hittil har gjort, vil NSAM arbeide for å luke vekk endel av de medikamentforsøk som er løst faglig fundert, med lite gjennomtenkt protokoll og som oftest er mer eller mindre kamouflert markedsføring.

Sluttord:

Mange av de rapporter vi fikk etterlyste en slags idebank for fremme av møteaktiviteter, forskning og samarbeid. Dette er en utfordring til NSAM som vi gjerne tar imot. Som et ledd i å bedre kontakten med de enkelte medlemmer og lokale grupper tror vi det er hensiktsmessig med fylkeskontakter på samme måte som Apif og OLL er organisert. Når vi har navnene klare på disse fylkeskontaktene over hele landet, skal vi få gjort dette kjent på en hensiktsmessig måte.

I mellomtiden får man henvende seg til styret i NSAM (v/formann prof. Borchgrevink, Institutt for almenmedisin i Oslo) med spørsmål og krav, eller hvis man ønsker å fortelle andre grupper om sitt eget lokale Columbi egg for fremme av faget almenmedisin ■

BALSFJORDSYSTEMET: Status pr. 1.1.84

Av Ivar Sønbo Kristiansen
ass. fylkeslege i Troms

Balsfjordsystemet er som de fleste vil vite en EDB-basert legejournal som er utviklet ved Universitetet i Tromsø. En prototyp har vært i kontinuerlig prøvedrift i Balsfjord fra 1981. Brukererfaringene (5-legestasjon) er positive bortsett fra en del mer tekniske problemer grunnet uhensiktsmessig maskinutstyr. Systemet har ikke vært alminnelig tilgjengelig.

Det ble i 1983 bevilget midler for konvertering av systemet til moderne og mer hensiktsmessig EDB-utstyr. Sosialdepartementet har nedsatt en styringsgruppe for prosjektet hvor distriktslegene, Sosialdepartementet, fylkeslegen m.fl. er representert. Under tegnede er formann i gruppen. I desember ble det inngått kontrakt med Kommunedata Nord-Norge A/L (KDN) om konvertering og videreutvikling i samarbeid med Universitetet i Tromsø og brukerne: Kommunene Balsfjord, Bardu, Salangen og Lavangen vil få tildelt fullt utstyr som en del av prosjektet.

Balsfjordsystemet vil sannsynligvis være kommersielt tilgjengelig i annet kvartal dette år. Systemet er preget av høy sikkerhet mot tap av data og korte responstider (legen slipper å vente på at maskinen skal arbeide). Utstyret er slik at legene i tillegg til journalsystemet kan bruke andre programmer på maskinene, f.eks. tekstbehandling, under forutsetning av at programmet har standard operativsystem (CP/M).

Hvis Balsfjordsystemet installeres på et flerlegekontor, vil det ventelig være prismessig likeverdig med andre tilgjengelige systemer.

Interesserte kan henvende seg til Kommunedata Nord-Norge A/L, Postboks 2100, 9014 Håpet, Eventuelt også til Fylkeslegen i Troms, Toralf Hasvold i Bardu eller distriktslegene i Balsfjord ■



« — — — og alle våre nye preparater blir utprøvet med den moderne double-blind metoden! »

Almenmedisinsk Forskningsutvalg

□ Av Per Fugelli □

Almenmedisinsk Forskningsutvalg hadde møte 21/11 d.å. Her følger et konsentrert referat av saker som antas å være av interesse for kollegene.

Almenpraktikerstipender 1. halvår 1984

Også for 1984 har Den norske lægeforening, meget generøst, stilt til rådighet 24 almenpraktikerstipendmåneder. Det hadde meldt seg 6 søkere om ønske om til sammen 18 måneders stipendium. 5 søkere fikk fordelt de 12 månedene som sto til rådighet, slik:

Distriktslege Jens R. Eskerud fikk 2 måneder til prosjektet "Senil demens - et utredningsprogram".

Almenpraktiker Tone Tangen Haug fikk 2 måneder til prosjektet "Praksis-analyse. Legesenteret i Loddefjord".

Almenpraktiker Kjell Haug fikk 2 måneder til prosjektene "Screening på blod i avføring og urin" og "Epidemiologisk studie av inflammatoriske tarm-sykdommer".

Bydelslege Haakon Aars fikk 1 måned til videreføring av prosjektet "Fysisk handicap og seksualitet".

Bydelslege Per Hjortdahl fikk 5 måneder til prosjektet "Kontinuitet i almenpraksis".

Overføring av Almenmedisinsk Forskningsutvalg til Norsk selskap for almenpraksis

Forskningsutvalget og Selskapet har utarbeidet følgende forslag til ny målbeskrivelse og nye administrative regler for Almenmedisinsk Forskningsutvalg:

"Almenmedisinsk Forskningsutvalg er et organ under Norsk selskap for almenmedisin. Utvalget er ansvarlig overfor selskapets styre.

Formål

Utvalgets oppgave er å fremme forsk-

ning i almenmedisin ved å:

1. Bidra til metodeutvikling og forskeropplæring
2. Formidle veiledning til almenpraktikere som ønsker å ta fatt på et forskningsprosjekt
3. Forvalte ordningen med almenpraktikerstipendiene
4. Arbeide for mer penger til den almenmedisinske forskning
5. Registrere og koordinere forskning innenfor norsk almenmedisin
6. Selv ta initiativ til forskningsprosjekter på aktuelle områder
7. Fungere som etisk komité for den almenmedisinske forskning

Administrative regler

1. Utvalget består av 8 representanter. Fire representanter velges på Selskapets generalforsamling. I tillegg oppnevner de 4 almenmedisinske/samfunnsmedisinske institutter en representant hver. For alle representanter oppnevnes personlige varamenn. Utvalget velger selv sin

formann. Representanter, varamenn og formann velges for 2 år om gangen.

Ved saker som ender med avstemning må minst 5 medlemmer/varmedlemmer være til stede for å fatte gyldig vedtak. Ved stemmelikhet avgjør formannens dobbeltstemme. Vedtak kan ankes inn for Selskapets styre.

2. Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening har rett til å ta en observatør hver i Forskningsutvalget. Observatørene får tilsendt sakspapirer, møteinnkallinger og møtereferater. Observatørene har tale- og forslagsrett i Utvalget.
3. Utvalget benytter seg av Selskapets sekretariat, og driften inngår i Selskapets regnskap".

Dette forslag blir nå oversendt Forskningsutvalgets "moderorganisasjoner" (Apif, Oll og de fire instituttene) til forhåpentlig sanksjon. Nyordningen kan så vedtas på Selskapets generalforsamling høsten 1984. Almenmedisinsk Forskningsutvalg fortsetter i sin nåværende form og med sin nåværende bemanning frem til så skjer.

Begreper og definisjoner i primærhelsetjenesten. En internasjonal ordliste.

WONCA har utarbeidet "An international glossary for primary care" hvor en del vanlige begreper innenfor primærhelsetjenesten er nærmere definert. Denne listen skal dels tjene som "ordbok" for lesere av engelskspråklig litteratur, dels er formålet at almenmedisinske forskere i ulike land skal benytte seg av de her anførte definisjoner og kriterier for derved å sikre sammenlignbarhet. I samråd med de almenmedisinske forskningsmiljøer har Bent Guttorm Bentsen nå laget en norsk utgave av denne listen. Forskningsutvalget anbefaler listen brukt i Norge. Den kan fåes ved henvendelse til Institutt for samfunnsmedisin, Regionsykehuset, Parkbygget, 7000 Trondheim.

NAVF-støtteprogram for almenmedisinsk forskning?

I august 1983 sendte Forskningsutvalget en henvendelse til NAVF med anmodning om å gjøre almenmedisinsk forskning til et prioritert målområde for Rådet for medisinsk forskning. Ultimo november d.å. skal det være et møte mellom Rådet for medisinsk forskning og representanter fra de almenmedisinske forskningsmiljøene hvor mulighetene for et NAVF-finansiert støtteprogram vil bli diskutert. Forskningsutvalgets ønskemål vil være et utviklingsprogram på linje med det NAVF har anlagt for klinisk psykiatrisk forskning. Dette er et 6 års program med en økonomisk ramme på

6,5 millioner 1981-kroner. Programmet innbefatter to koordinatørstillinger, syv 3 årsstipend til langsiktige forskningsprosjekter, 3 ettårige klinisk stipend samt 12 studentstipend. Kurs i forskningsmetodikk står også sentralt i dette programmet. Det ble understreket at et eventuelt støtteprogram for den almenmedisinsk forskning må formes etter fagets desentraliserte preg, og at det må legges særlig stor vekt på å stimulere til og veilede klinisk almenmedisinsk forskning ute i felten.

Forskningsdagen på Beito-kurset og Solstrand-kurset 1984

Også i 1984 blir det en egen forskningsdag på Beito-kurset, nærmere bestemt fredag 23. mars. En viktig del av denne er den såkalte "mini-kongress" hvor almenpraktikerkolleger inviteres til å legge frem sine idéer, metodeproblemer eller prosjektresultater i 10 minutters foredrag. Forskningsutvalget oppfordrer kollegene til å delta på mini-kongressen. Frist for påmelding er 1. februar 1984, og adresse: Even Lærum/Olav Rutle, Institutt for almenmedisin, Frederik Stangsgt. 11/13, Oslo 2.

På Solstrand-kurset vil det i 1984 bli satt av en egen dag til emnet selvevaluering/kvalitetskontroll i almenpraksis. Dessuten er det, etter forslag fra Forskningsutvalget, lyst ut to prisoppgaver:

1. Ta for deg et vanlig presentasjons-symptom i almenpraksis (hodepine, dyspepsi, slapphet e.l.) og gjør rede for hva du mener er adekvat almenmedisinsk utredning, behandling og oppfølging av denne tilstand.
2. Arbeidet med å videreutvikle almenmedisinen til fullverdig spesialitet vil kreve et mer omfattende videre- og etterutdanningsprogram. En større del av denne utdannelsen må trolig tilrettelegges på lokalplanet, enten ved at kolleger i samme geografiske område samarbeider om gjensidige supervisjonsordninger, eller ved annen virksomhet av utdanningsmessig betydning utover de tradisjonelle kursene. Beskriv et slikt tiltak og vurder hvilken betydning det kan tenkes å ha innenfor videre- og etterutdannelsen i almenpraksis.

Frist for innlevering er 31. mars 1984, og adressen: Geir Thue, Legesenteret-Oasen, 5033 Fyllingsdalen.

Ajourføring av listen over aktuelle forskningsprosjekter

Forskningsutvalget har nå en oppdatert liste over ca. 90 almenmedisinske

forskningsprosjekter som er i gang i Norge. Interesserte kan få denne listen ved å henvende seg til det regionale institutt, eller direkte til Utvalget. Formålet med listen er dels å forebygge unødige dobbelforskning, dels å sikre at almenpraktikere som forsker på naboliggende områder, kan komme i kontakt med hverandre.

Boken "Forskning i almenpraksis"

Denne boken foreligger nå på Universitetsforlaget og Forskningsutvalget vil takke og berømme redaktøren, Steinar Westin, så vel som forfatterne, for det arbeid de har lagt ned i å utvikle dette nyttige redskap for den fremtidige almenmedisinske forskning i landet.

Sentralforbunds- topper blir helse- sjefer

Toppsjefene i Norske Kommuners Sentralforbund høster i disse dager fruktene av organisasjonens arbeid med å opprette stillinger som helse- og sosialsjefer rundt i landets kommuner.

Akkurat idet kommunene skal overta helsetjenesten rundt om i landet og Sentralforbundet står overfor en av sine største utfordringer på lang tid, lyser Sentralforbundet to toppstillinger innen dette feltet ledig. Det dreier seg om direktørstillingen for den kommunalfaglige avdeling, samt kontorsjefstillingen for helse- og sosialseksjonen. Årsaken er at begge dagens stillingsinnehavere i løpet av kort tid skal tilrette stillinger som helse- og sosialsjefer i to av landets større kommuner, nemlig Gjøvik og Ski. For kontorsjefens vedkommende skjer forøvrig avgangen kun etter få måneders tjeneste i Sentralforbundet.

Det som nå skjer er påfallende og gir grunn til ettertanke. Norske Kommuners Sentralforbund har etter manges mening en svært dårlig utbygget avdeling for helse- og sosialsaker, der særlig mangel på faglig kompetanse gjør seg gjeldende. Det er et stort ansvar organisasjonen nå får i forbindelse med oppbyggingen av kommunehelsetjenesten. Flere røster har vært skeptiske til den prioritering Sentralforbundet har gitt kommunehelsetjenesten, og det at toppledelsen nå forlater Sentralforbundet nettopp til fordel for lokale helse- og sosialsjeffstillinger styrker knapt tilliten til organisasjonen. ■

Almenmedisinsk doktor disputas

Norsk almenmedisin når stadig nye milepæler. 14. januar 1984 disputerte universitetsstipendiat Even Lærum på en avhandling om nyrestein som hadde navnet "Studies on urolithiasis in general practice".

Avhandlingen er sprunget ut av et genuint almenmedisinsk engasjement som doktoranden fikk under sitt arbeid som almenpraktiker ved Nedre Eiker Legesenter. Det kanskje mest prinsipielt interessante ved avhandlingen er at den er det første vitenskapelige arbeidsprogram for en spesiell sykdomsgruppe i almenpraksis. Even Lærum har tatt utgangspunkt i nyresteinpasientene og sett på hva almenpraktikeren kan gjøre for disse og på hvilken måte.

Annonsse



PRIVAT HELSEVESEN

Helsevesenet får tåle mye kritikk i disse dager. Til dels blir det hevdet at helsevesenet er lite effektivt og dårlig organisert, og samtidig er det en stor pengesluker. Det reises spørsmål om man innen helsevesenet prioriterer riktig.

Samtidig holdes budsjettene stramme, etterspørselen etter tjenester blir ikke fullt imøtekommet ved utbygging av tilbudet. Det er skapt en situasjon for privat initiativ.

Privatisering er blitt brukt i nedsettende betydning, effektivisering og entreprenører i den private sektor har en mer positiv klang. Spørsmålet om privat helsevesen blir et viktig helsepolitisk spørsmål i årene som kommer. I andre land har debatten allerede gått noen år.

Vi vil forsøke å ta opp noen av de viktigste elementene, ønsket om å ha et planlagt helsevesen på den ene side, eller å overlate det til markedskrefter, tilbud og etterspørsel på den annen side.

Følgende foreløpige program er lagt opp:

Harald Siem, M.D., M.P.H. Oslo helseråd	Welcome and introduction
Howard H. Hiatt Dean Harvard School of Public Health	Competition in health services - enthusiasm or distrust. Experiences from U.S.A.
Ronald C. Marston, Ph.D. Chairman Hospital Corporation of America International	The experiences and results of private hospital corporations in Europe.
Otto Steinfeldt-Foss, M.D., M.P.H. Universitetet i Oslo	Some reflections on ideals and realities in the organisation of mental health services. The problem of underprivileged patients in a competitive system.
Gro Harlem Brundtland, M.D., M.P.H. Stortinget	Private health care in a political perspective.

Møtet arrangeres av tidligere studenter fra Harvard School of Public Health. Det finner sted:

FREDAG 6. APRIL PÅ HOTEL SCANDINAVIA, OSLO

fra kl. 1000 - 1500, inklusive lunch. Deltakere må betale kr. 400,- inklusive lunch. Det er reservert plass for 150 deltakere og det er et åpent møte.

Påmelding kan skje ved innbetaling av deltakeravgiften til Bankgirokonto nr. 1730 37 17005, merket "HARVARD", innen 1. mars 1984.

Spørsmål vedrørende møtet kan rettes til assisterende overlege Harald Siem, Oslo helseråd, St. Olavs plass 5, Oslo 1, (02) 201070.

Ved selve disputasen høstet doktoranden mye ros for sitt arbeid, og det er grunn til å gratulere både Even Lærum og Institutt for almenmedisin i Oslo med avhandlingen. Samtidig er

det grunn til å gratulere hele det almenmedisinske miljø i Norge med at en ny stein (!) er lagt til det byggverk vi ønsker skal bli en faglig opprustet og velfungerende norsk almenmedisin. ■

Årets generalforsamling var lagt til Hotell Ibsen i Skien og arrangementet ble utmerket gjennomført av den lokale arrangementskomite. Værgudene viste seg fra sin beste side, men med et travelt program var det ingen tid til å bese Ibsens by. De som har vært på generalforsamling tidligere vet at dagen ikke er over når programmet slutter kl. 1900. På kveldstid skjer det en utstrakt "lobbyvirksomhet" såvel på det rent faglige som på det sosiale plan, en del av generalforsamlingen som ikke må undervurderes.

Inntrykk fra generalforsamling i APLF

□ Av Jan-Richard Unnvik
almenpraktiserende lege,
Saupstad legesenter.

Generalforsamlingen "tjuvstartet" 17.11. med styremøte og påfølgende landsrådsmøte og hvor landsrådet fungerte som valgkomite.

Temaet for fredagens kurs var: "Svangerskapskontrollen - hos hvem og hvordan?" Innledere var Jannecke Thesen, distriktslege fra Lærdal som er medlem av utvalg nedsatt for å se på hva som kan gjøres for å redusere den perinatale dødelighet, Randi Fauske, jordmor fra Voss og som er leder for landsgruppa for jordmødre, Sonja Sjøli, jordmor fra Eidsvoll som har deltatt i forsøk med nye modeller for svangerskapskontroll, Arne Christensen, overlege KK Telemark sentralsykehus og Jo Telje som tok for seg svangerskapskontrollen sett fra almenpraktikerens side.

Etter innledningsforedragene ble kursdeltagerne delt opp i 16 grupper med 8 deltagere i hver, derav 1 jordmor. En noe skeiv fordeling, men jordmødrene hadde små problemer med å få frem sine syn. Under gruppearbeidet ble det tatt opp en rekke ulike problemstillinger i relasjon til svangerskapskontrollen, og disse ble til slutt drøftet i plenum. Resultatene av gruppearbeidene ble innsendt fagutvalget for evt. seinere publisering. Tiden for plenumsdiskusjonen ble dessverre altfor kort, men lang nok til at det fremkom enighet om samarbeid med jordmødrene om svangerskapskontrollen. Diskusjonen ble heldigvis bare i liten grad preget av kompetansestrid mellom de to faggruppene, men ble mer en

fruktbar diskusjon om samarbeid. En gledelig utvikling i forhold til relativt skarpe partsinnlegg i innledningsforedragene.

Imidlertid kom det fra de alment praktiserende legers side frem et klart syn om at svangerskapskontrollene også i fremtiden primært bør legges til legekantorene, men at en eller flere kontroller skjer hos jordmor, spesielt i siste trimester. Det ble videre fra samme gruppe tatt avstand fra tanken om å la svangerskapskontrollen bli en særomsorg ivarettatt av faste helsestasjonsleger, og klart understreket behovet for kontinuitet. For at vi som almenpraktikere skal kunne unngå å tape i kamp mot spesialistgrupper, er det imidlertid viktig å skaffe oss en bedre skolering. En har sett en gledelig faglig styrking av almenpraksis de siste år med innføring Almenpraktiker Dnlf-titelen; en utvikling som forhåpentligvis vil fortsette når almenmedisin blir full spesialitet. Det er imidlertid viktig at vi får alle med oss i en slik utvikling. Med stadig fler almenpraktiserende leger vil en også kunne få bedre tid til å konsentrere seg om bl.a. svangerskapskontrollene.

Det var under plenumsdiskusjonen også enighet om å foreslå opprettet perinatale grupper for å bedre forholdene i de ulike regionene.

Fredags ettermiddag var temaet "Hva vet vi om året 1984 - Lov om helsetjenesten i kommunene?", og hvor legeforeningens president Bengt Lasse Lund innledet med å redegjøre for hva som har skjedd siden bruddet og hva som bør gjøres videre. Hans foredrag bar preg av en viss optimisme utifra at tiden så langt synes å ha

arbeidet for legeföreningen. Men det er ennå langt igjen, og det er ingen tvil om at vi går inn i en spennende tid og som vil bli avgjørende for vårt fags fremtid.

Etterpå fremkom det full oppslutning om sentralstyrets håndtering av forhandlingene så langt.

Fredagskvelden ble avsluttet med festmiddag med utmerket meny, mange taler og en bordsetning som varte i over fire timer. Underveis ble også foreningens avgående formann Jan Otto Syvertsen hyllet for sin innsats som formann gjennom fire år.

Lordagen var i sin helhet viet selve generalforsamlingen. Årsberetningen ble stort sett godkjent uten merknader og lengre debatt. Det ble imidlertid mot to stemmer vedtatt å pålegge styret i Apf å arbeide videre innen Den norske lægeförening for å styrke tillitsmannsarbeidet i kommunene i forbindelse med gjennomføringen av den nye loven. Det ble videre sterkt understreket behovet for en lege som leder av den kommunale helsetjeneste, og det ble enstemmig vedtatt å sende en henstilling til legeföreningens forhandlingsutvalg om å ta opp med NKS viktigheten av å styrke legens rolle i den kommunale helseadministrasjonen.

Valgene er alltid en spennende øst på programmet, og helt uten dramatik var det heller ikke denne gang. Valgkomiteen hadde fremmet forslag på to kandidater til ny formann etter Jan Otto Syvertsen som hadde frasagt seg gjenvalg. Et flertall i valgkomiteen gikk inn for Arne Ivar Østensen, men mindretallet gikk

inn for Arne Svilaas. Debatten forut for valget viste at det var 2 gode kandidater med et ganske likt fagpolitisk syn. Debatten ble dermed gående på mer personlig kvalifikasjoner, en debatt som til sine tider kunne bli vel personlig. Valget viste at Arne Ivar Østensen ble valgt til ny formann med 46 stemmer. 38 stemmer ble avgitt for Arne Svilaas, og et benkeforslag på Are Løken fikk en stemme. (Det må her nevnes at Are Løken på det sterkeste ba om at forslaget på ham måtte trekkes tilbake)

Styret fikk følgende sammensetning:

Arne Svilaas, Kongsberg, 75 st.

Lars Vaage, Stavanger 56 st.

Kari Nygaard, Geilo 51 st.

Varamedlemmer:

Sigmund Vatile, Oslo

Liv Haugli, Oslo

Are Løken, Moss

Til rådet ble følgende valgt enstemmig:

Fridtjof Christie

Finn Nilsson

Jan Otto Syvertsen

Årets generalforsamling hadde i følge tilstedeværende veteraner rekordoppslutning. Dette må sees på som en heder til de som hadde lagt opp til et utmerket arrangement, men også som et uttrykk for at mange nå føler at vi står oppe

i krisetider både for fastlønte og de med liberale erhverv. Jeg tror neppe George Orwell hadde den nye loven i sine tanker da han i 1947-48 skrev sin berømte "1984", men mange synes å mene at deler av den nye loven om kommunal helsetjeneste kunne vært tilføyet som et eget kapittel i boken. Likevel, representanten som foreslo å legge ned hele legeföreningen for at staten ikke skulle få noen forhandlingsmotpart fikk ingen støtte i den store forsamlingen.

Til slutt en gledelig historisk begivenhet for oss som kommer fra "Utkant-Norge" (Trondheim m.m.): Foreningen fikk for første gang en formann bosatt nord for Sinsenkrysset ■

Annonse

FOREBYGGENDE HELSEARBEID I PRIMERHELSETJENESTEN: EPIDEMIOLOGI, HELSEKONTROLLER OG HELSEOPPLYSNING.

Nordiska halsvårdshogskolan arrangerer 24.-27. april 1984 en konferanse som skal presentere teoretiske emner og praktiske erfaringer fra forebyggende helsearbeid i primærhelsetjenesten.

Målet er at deltakerne etter kurset skal kjenne til sentrale begrep og ha nødvendige kunnskaper for selv å kunne organisere det forebyggende helsearbeid i en avgrenset befolkning.

Konferansens leder er Hans Wedel. På programmet står kjente nordiske størrelser som Sven-Olof Iscasson, Hanne Holnagel, Finn Kamper Jørgensen, Bo Haglund, Karl Erik Mabek og Godfrey Fowler. Blant norske bidragsyttere på programmet er følgende ført opp: Gunnar Engan, Jon Hilmar Iversen, Arild Johansen, Ingvar Hjermand, Lilian Høverstad, Anders Smith og Harald Siem.

Konferansen koster Skr. 2200.- inklusive opphold og måltider.

Søknadsfristen er satt til 1.3.84. Interesserte bes henvende seg til Nordiska halsvårdshogskolan, tlf. 095-46-31-853083, eller pr. post i adresse Medicinargatan, Göteborg.



Rutiner i
almenpraksis

Av Gunnar Størvold



Gunnar Størvold er cand.med. fra Oslo 1974. Turnus på Fylkessjukehuset på Voss og i Odda distrikt 1975-76. Fra 1978 ass./res.lege ved mikrobiologisk avd., Regionsykehuset i Tromsø. P.t. konstituert overlege samme sted.

Gonoreé: Mikrobiologisk utredning

Dette innlegget omhandler en del viktige punkter i den mikrobiologiske utredningen av gonoreépasienter. Epidemiologi, klinikk eller behandling berøres ikke. Forhåpentligvis kan teksten være en nyttig repetisjon for noen av brukerne av mikrobiologisk service.

Gonoreé er en **bakteriologisk** diagnose. Man har ikke lov til å stille diagnosen **bare** på klinisk grunnlag, selv hos menn. *Neisseria gonorrhoeae* - gonokokker - må påvises.

Direkte mikroskopi av farget utstrykspreparat kan, med noe trening, gi rask og rimelig sikker diagnose, særlig ved urethritt hos menn.

Teknikk: Materiale hentes 1-2 cm opp i urethra med steril kullvattpinne eller urethralspatel og strykes så tynt som mulig ut på objektglass. Når preparatet er helt tørt, fikseres det ved å føres relativt raskt gjennom en flamme (gass/sprit) et par ganger. Glasset skal ikke være varmere enn at det tåles mot håndryggen like etterpå. For sterk varme kan ødelegge preparatet! Brukes spritflamme, bør preparatsiden vende opp for å unngå soting. Preparatet farges så, helst med Gramfarge. (Se nedenfor).

Tolking av utstryk: Gonokokkenes typiske utseende - gram negative (røde) tilnærmet kaffebønneformede diplokokker - beliggende intracellulært i nøytrofile granulocytter - gir diagnosen med en sensitivitet på ca. 95% hos menn med urethritt. Spesifisiteten for en trenet undersøker er så høy som 98%. Gonokokkene behøver ikke finnes i alle nøytrofile granulocytter; typisk finnes de i store ansamlinger i enkelte celler. Bare ekstracellulært beliggende diplokokker er ikke nok til å stille diagnosen, men bør skjerpe mistanken og spore til

nøyere gjennomgåelse av preparatet.

Av og til kan det være vanskelig å finne "nok" granulocytter med oljeimmersjonslinsen. En bør da slå over til objektiv med mindre forstørrelse og raskt orientere seg i preparatet. Ansamlinger av granulocytter er da lettere å finne.

Hvis en finner rikelig med nøytrofile granulocytter, men ingen sikre diplokokker (verken intra- eller ekstracellulært), er sannsynligheten for at pasienten har gonoreé meget liten. Han har da i praksis nongonoroisk urethritt (NGU). Finnes bare ekstracellulære diplokokker, kan ikke mikroskopien skille mellom gonoreé og NGU. Dyrkning blir da avgjørende.

Fra kvinner er cervixsekret best egnet til direkte mikroskopi. Preparatet er dog ofte vanskeligere å tolke enn urethralpreparat hos menn. En må redusere tilblending av vaginalesekret (med sin rikholdige bakterieflora) mest mulig ved grundig avtørring av portio før prøvetaking. Rent cervixsekret inneholder ikke vaginalepitel og har bare en sparsom bakterieflora. Nøytrofile granulocytter kan forekomme normalt i små mengder. Store mengder tyder på akutt betennelse. Hvis typiske intracellulære diplokokker sees, kan en foreløbig gonoreédiagnose stilles, men den bør alltid bekreftes ved dyrkning.

Ved gramfarging av cervixsekret er sensitiviteten 60-70%, spesifisiteten høyere.

Hvis utstryket inneholder større mengder vaginalepitel og blandet

vaginal bakterieflora, er det ikke egnet til mikroskopi. I vagina kan finnes korte gram-negative staver som kan opptre parvis, også intracellulært. Fagocyterte stafylokokker kan være delvis nedbrutt og ha mistet sin grampositivitet og dermed ha fått en viss likhet med gonokokker. Faren for feiltolkning er enda større ved bruk av Löfflers fargemetode (Se nedenfor). Under tegnede anbefaler gramfarging som rutine metode. Den kan til å begynne med virke komplisert, men med litt trening "sitter" den snart i hendene. Innsatsen betaler seg i form av mer og sikrere informasjon enn Löfflers farging gir. Löffler er unektelig enklere og raskere, men leder lettere til feiltolkning da alle bakterier og celler jo farges blå.

Dyrkning: Dyrkning supplerer direkte mikroskopi ved at:

1. Flere tilfelle oppdages
2. Diagnosen blir sikrere
3. Gonokokker kan resistensbetømmes, og penicillinaseproduserende stammer oppdages.

Prøvetakning: Dyrkningsprøven må tas med steril vattpensel innsatt med kull. Kullet nøytraliserer fettsyrer i vatten som ellers ville skade gonokokkene.

Menn bør ikke ha latt vannet de siste par timer før utrethralprøver tas (Gjelder både for mikroskopi og dyrkning). Ved mistanke om kronisk, eventuell asymptomatisk gonore, vil en morgenprøve før nattens urin er latt øke sjansen for positiv dyrkning. Rectalprøve tas ved opplysning om homoseksualitet. Det er viktig at materialet er fra slimhinnen like innefor analsfinkteren, uten tilblending av fækalflora.

Fra kvinner tas hvis mulig minst tre prøver:

cervix: som gir 80-90% positive funn,

urethra: som gir ca. 70% positive funn

rectum: som gir ca. 30% positive funn.

Til smøring av vaginalspeklet må brukes midler som sikkert ikke inneholder bakteriehemmende stoffer: bruk helst bare vann.

Vaginalsekret har vært ansett som lite egnet til dyrkning, men faktisk er dyrkningen herfra positiv hos ca. 70% av gonorépasientene. Hos opptil 4% kan den

være eneste positive prøve når alle fire steder undersøkes. Tilsvarende tall for cervix er 9%, for urethra 3% og for rectum 3%.

Svelgprøve tas som vanlig avstryk for tonsiller/pharynxslimhinne.

Transport: Gonokokker er "skjøre" bakterier som dør raskt utenfor organismen, særlig ved inntørring. For at de skal overleve transport, må penselen sendes i

spesialtransportmedium. I Norge brukes nesten bare modifisert Stuarts medium, som fåes gratis fra nærmeste mikrobiologiske laboratorium til dette bruk. Mediet er såpass næringsfattig at normalflora i prøven ikke "overvokser" og eventuelt dreper gonokokkene. Disse "stabiliseres", en effekt som er avhengig av at oksygen holdes borte. Som indikator på oksygen i mediet er tilsatt methylenblått. Det sees

Fort. side 25 •

Gramfarging:

Det brukes følgende væsker, som har lang holdbarhet når de oppbevares i lukkede flasker:

Væske 1: Krystallviolett (mettet alkoholisk oppløsning)	10 ml
Fenol	1 ml
H ₂ O	ad 100 ml
Væske 2: Jod	1 g
KJ	2 g
H ₂ O	ad 200 ml
Væske 3: Etanol 96%	
Væske 4: Safranin (mettet alkoholisk oppløsning)	10 ml
H ₂ O	ad 100 ml

Vanlig fremgangsmåte:

1. Krystallfiolettoppløsningen dryppes på preparatet og får ligge ca. 1/2 minutt.
2. Fargen helles av, man drypper på noen dråper jodjodkaliumoppløsning og heller den straks av igjen slik at resten av fargen skylles vekk. Deretter dryppes på noen dråper til som får ligge i ca. 1/2 minutt.
3. Noen dråper etanol dryppes på og helles av igjen når det er tatt opp farge fra preparatet. Dette gjentas flere ganger så lenge man ser at etanolen trekker ut farge (men ikke nødvendigvis til preparatet er fargeløst; preparater av grampositive bakterier skal beholde noe blåfarge etter avfargingen).
4. Etanolen skylles av preparatet under springen.
5. Det dryppes noen dråper safranin som får ligge i 10-20 sekunder.
6. Preparatet skylles med vann og tørres mellom to rene filterpapirstykker, eller man lar det tørre i luften.

Löfflerfarging:

Kalilut 0.01% oppløsning	100 ml
Methylenblått (mettet alkoholisk oppløsning)	30 ml

Den alkaliske methylenblåttoppløsning dryppes på vanlige fikserte preparater og får virke i ca. 30 sekunder. Deretter skylles med vann og tørres.

blåfarge øverst som tegn på oksydasjon, noe som brer seg nedover ved lagring. Hvis blåfargen inntar mer enn 2/3 av mediet, er det ikke lenger brukbart. Vanligvis er mediet holdbart i ca. 6 måneder, noe lenger i kjøleskap. Ideelt bør det bare stikkes en pensel i hvert Stuartrør. To kan gå hvis en stikker frosiktig og unngår oppsprekking av mediet. Rectalpenselen, som kan inneholdt aggressiv faecalflora, bør ha eget rør.

Prøven gir sikrere dyrkning jo raskere den når laboratoriet. Inntil 2 døgn transporttid kan tillates uten for stort tap (inntil 10% falske negative etter to døgn). Ved frost, eller over 35-40 grader Celcius underveis, må en regne med stort tap.

Laboratorieundersøkelsen: Prøvene sås ut på næringsrike, men selektive medier. Selektiviteten besørgeres av ulike antibiotika som hemmer mesteparten av normalfloraen, men ikke gonokokkene. Noen få stammer kan allikevel hemmes, men denne faktoren er liten i forhold til tap under transporten. Etter to døgn innkubering kan som regel en presumptiv diagnose stilles. Eventuell penicillinaseproduksjon kan undersøkes samtidig. Sikker diagnose og vanlig resistensbestemmelse tar minst ett døgn til.

En negativ prøveserie utelukker selvfølgelig ikke gonoré, selv ved optimale betingelser. En engelsk undersøkelse har for eksempel vist at dersom urethra og cervix dyrkes samtidig, oppdages 91% i første forsøk, 7% til ved neste undersøkelse og ytterligere 2% i tredje runde.

Serologi: En spesifikk og sensitiv serologisk undersøkelse for ukomplisert gonoré finnes ikke som rutinetilbud. Gc-kbr er som oftest negativ eller usikker ved ukomplisert gonoré. Undersøkelsen er derfor ikke indisert i denne forbindelse.

Ved komplikasjoner, som salpingitt, PID, epididymitt og disseminert gonoré kan Gc-kbr være positiv i 70-80%. Titrerene er imidlertid sjelden svært høye, og titerstigning (fra akutt til rekonvalesensprøve tatt med minst 10 dagers mellomrom) er viktig for å påvise en sikker diagnose. (OBS: Det er full kryssreaksjon med meningokokker, men dette er jo sjelden noe diagnostisk problem). Et Gc-kbr titer kan holde seg i mange måneder, og behøver altså ikke bety nylig infeksjon ■

Plan for helseopplysning

□ Ved Frode Heian □

I følge Lov om helsetjeneste i kommunene har kommunene plikt til å planlegge, organisere og finansiere helseopplysningsarbeidet. De fleste kommuner i landet skal nå ta fatt på arbeidet med å lage en ny helse- og sosialplan for kommende 4-årsperiode. I denne skal også innarbeides plan for samlet helseopplysning i kommunen.

I desember forelå et gruppearbeid fra Bygdøy-kurset høsten -83: "HELSEOPPLYSNING I KOMMUNEN - et hjelpemiddel i planarbeidet". (45s.)

Etter gjennomgang av "markedet" for helseopplysning, dvs. sykdomspanoramaet, går gruppen løs på praktiske metoder, fra individuell helseopplysning, via diverse utstyr på venteværelset og til folkemøter. Intet er glemt. For dem som ønsker mer inngående omtaler finnes rikelig med referanser, særlig når det gjelder skole-helsetjeneste. Siste del av heftet gir en oversikt over organiseringen av helseopplysningen - slik den bør være. Det anbefales at man arbeider seg fram mot en "kommunediaagnose" som utgangspunkt for planarbeidet. Helseopplysningen oppfordres også til å evaluere sin virksomhet, et punkt der det ofte svikter.

For den som skal drive bredt anlagt helseopplysningsvirksomhet i kommunen gir gruppearbeidet en god oversikt. Her er alle metoder som kan være av interesse å benytte i en kommune, nevnt. Gruppen har ikke gått i dybden når det gjelder noen metoder, men den fylldige referanselisten gjør det mulig for den interesserte, til å gjøre det selv.

Arbeidsgruppen:

Gunnar Tellnes, 8020 VÆRØY
Johannes Bakka, 4200 SAUDA
Rune Frengen, 3060 SVELVIK
Arne Håkon Haug, 2890 ETNEDAL
Gunnar Lund, 3280 TJORDALYNG
Morten Melbye, 3350 PRESTFOSS
Helge Worren, 2930 BAGN

Heftet kan bestilles fra:
Helsedirektoratet, SOHO,
Postboks 8011, Dep. Oslo 1.



□ Av Niels Bentzen □

Niels Bentzen er en dansk kosmopolitt og har medisinsk embdseksamen fra Århus 1970. I Norge har han ^{som} lege og medisinsk student i perioder arbeidet i Tromsø, Røros, Bardu og Averøya. I øyeblikket arbeider han i Australia, og vi måtte be DSAM om biografiske data. Redaksjonen er lamslått av et meget kortfattet resyme på 9 maskinskrevne sider: Niels B. har vært utrolig aktiv som underviser, forfatter og organisasjonsmann. Han står som forfatter eller medforfatter av 66 artikler, monografier o.a.: fra sirkulasjonsfysiologi og temperaturregulering til psykiatri og almenmedisin. Han har en base som lektor ved Institutt for almenmedisin i Odense. Utover dette er han en sann globetrotter som lege, student og organisasjonsmann. Bilde kommer trolig i neste nummer!

Fri oss fra kontorrotasjonen- men la oss ikke glemme hjemmebesøkene

Steinar Westin kommenterer i Utposten nr. 5/83 problemet om den relative mangel på legekontorer som eksisterer rundt om i landet. Problemet som påpekes har dels en fagforeningsmessig side: hvilke arbeidsforhold kan og vil vi akseptere, og dels en fagpolitisk side: hva betyr de skiftende

kontorer for lege-pasientforholdet og dermed for det almenmedisinske innhold i vårt arbeide? Jeg er helt enig med Steinar Westin i hans betraktninger, men vil gjerne føre diskusjonen et skritt videre - nemlig til spørsmålet om vi er ved å utvikle oss til rene kontorfunk-

sjonærer, en utvikling som den kommende "kommunilisasjon" kan være med å forsterke.

En pasient uttrykte forleden problemet således: "Hvordan kan det være, at vi kunne få sykebesøk den gang som det var kun en lege, men i dag, som det er fire, så kan det kun la seg gjøre når vi er akutt syke og trenger øyeblikkelig hjelp?" Hva er det i tiden, i vår utdannelse eller i våre holdninger som gjør at pasienten oppfatter det slik? Er vi ved å bli en del av en upersonlig kommunal etat, hvor pasientene har mistet den personlige kjennskap til en av legene? Eller er vi tilbakeholdne med å dra i sykebesøk i kontortiden, fordi vi kun føler oss trygge når vi har kontorfrakken innenfor rekkevidde, laboranter og sykesøstre svevende rundt i korridorene og er omgitt av en atmosfære av travelhet?

Problemets utvikling: I gjennom de siste 10 år har det vært en stadig og stø nedgang i antallet av sykebesøk i forholdet til antallet av konsultasjoner, det er tale om en nedgang i det absolutte antall av sykebesøk utført i kontortiden. Dette fenomen har funnet sted i almenpraksis i Vest-Europa og i Nord-Amerika. Årsakene er mange: større mobilitet blant pasientene gjør det lettere for dem å komme til oss, det er billigere for trygdekasser og sykeforsikringer om pasientene sees på kontoret, de "gamle" praktiserende leger har et godt kjennskap til pasientene og deres miljø og har derfor ikke behov for å dra i hjemmebesøk. Et ønske om rasjonalisering av arbeidet i almenpraksis for å kunne slutte arbeidsdagen på samme tidspunkt som andre mennesker har nok også spilt inn. Faglig har vi overfor pasientene argumentert for at det er ufarlig å sette seg i en bil og bli kjørt til legen, og at det er lettere å gjennomføre en skikkelig undersøkelse og behandling i våre kontorer. Argumenter som vi alle kjenner så godt fordi de er blitt en del av vårt faglige ordforråd som vi er flinke til å bruke når vi midt i en travel konsultasjonstid blir ringt opp av pasientene.

Prisen: Spørsmålet er nå om vi er i ferd med å komme for langt. Hva er prisen for denne "kontorsentralisering"? Vi blir dyktigere til å undersøke pasienter, det blir lettere å ta prøver og det blir flere av dem. Dette er med på å forsterke den somatiske tendens i vår arbeidsprosess. Konsultasjoner med gamle pasienter med kroniske sykdommer vil lett bli til kontroller av biokjemiske parametre, og ikke sam-

taler om hverdagens helseproblemer, om det å bli eldre og leve med en sykdom i et miljø og et hjem som legen ikke kjenner. Pasientene venner seg til at enhver kontakt med legen begynner med at man "avleverer sin urin", får målt sin blodprosent og SR. For pasientene blir disse ting viktigere enn å snakke med legen om hva de selv skal gjøre for at hverdagen skal bli lettere og helsen bevares best mulig lengst mulig. Prisen er kanskje ikke så stor for oss som kjenner våre pasienter godt, og som en gang for mange år siden selv passet våre vakter og drog på regelmessige "sosialmedisinske" besøk. Men hva med den kommende slekt av almenmedisinere? Hvordan skal de få kjennskap til den almenmedisinske arbeidsprosess som baserer seg på den menneskelige kontakt og og hvis kvalitet ikke er likefrem proporsjonal med antallet av blodprøver. Gjennom vår adferd lærer vi de medisinske studenter, turnuskandidater og kommende spesialister i almenmedisin det som er god almenmedisin, og de kan lett få det inntrykk at den best praktiseres i et kontor.

Hvorfor denne utvikling? Hva er det som gjør at vi tilsynelatende er villige til å selge dette almenmedisinens adelsmerke for serumkalium eller en HLA B-27? I gamle dager hadde distriktslegen en betydelig prestisje og befolkningen kjente ham. Er prestisjen og kjennskapet forsvunnet for fort? Forsøker vi å opprettholde vår prestisje og vår makt ved å sentralisere arbeidet i almenpraksis omkring våre kontorer? I kontorene og i helsesentrene er vi de sterke, her er det pasienten som er gjest hos oss, her er det vi som bestemmer hva som skal skje og hvor mye tid som er til rådighet. Pasientenes avmakt understrekes av de mange mennesker som vi ofter arbeider sammen med, av de fremmedartede omgivelser, og av travelhet, som uorganiserte telefonoppringninger, dårlig styrt timebestilling osv medfører.

Konklusjon: Naturligvis skal enhver praktiserende lege ha sitt eget kontor hvor han/hun kan lage sitt eget miljø, hvor man som lege er trygg og hvor man innenfor rekkevidde har alt det som er nødvendig for godt høyteknologisk legearbeide. Men er det sagt, så må vi også passe på at vi har en passende balanse mellom vårt kontorbaserte arbeide og vårt arbeide i pasientenes eget miljø. Vi må fortsette med å kunne avlegge sykebesøk til våre gamle og kronisk syke pasienter for å møte dem i deres hjem, hjelpe dem der,

og bevare muligheten for en helhetsvurering i vårt humanistisk pregede fag. Vi må gjøre det for å vise kommende almenmedisinere at vi mener at denne del av arbeidet er viktig. Gjør vi ikke det, bør vi se oss om etter en annen spesialistbetegnelse enn Almenpraktiker Dnlf: Da burde vi kanskje kalle oss polikliniker, kontorsjef Dnlf? ■

HERMAN ANKER

æresborger av Vila Real

Norsk selskap for almenmedisin hevder seg internasjonalt. En av støttespillerne i selskapets startfase, Herman Anker, er blitt utnevnt til æresborger av byen Vila Real i Nord-Portugal. Hvorfor? Her er bakgrunnen og begrunnelsen:

Av Chr. F. Borchgrevink

Etter mange år med diktatur fikk Portugal en sosialdemokratisk regjering i 1974 etter en ublodig revolusjon. AUF mente at den norske regjering burde gi økonomisk støtte til det nye demokratiet, og det ble bevilget 100 millioner kroner til helse-tjenesten i Portugal. Fra portugisisk side ønsket man å bruke pengene til å bygge et nytt universitetssykehus i Quimbra, den tredje største byen i landet. På vegne av NORAD reiste Peter Hjort og jeg sommeren 1976 til Portugal for å vurdere prosjektet, nærmere forstått at det burde godtas. Imidlertid følte vi bestemt at Norge ikke burde støtte et slikt sykehusprosjekt, men heller styrke utbyggingen av helsetjenesten i de fattige nordlige deler av Portugal. Vårt syn vant gjenklang i NORAD og etter forhandlinger, til dels ganske harde, med helse-/finansmyndigheter i Portugal ble man enige om å konsentrere den norske bistand til området rundt byen Vila Real.

Prosjektet har følgende komponenter:

A: Et lån på 50 millioner kroner til å modernisere og utbygge sykehuset i Vila Real. Lånet er avdragsfritt i 20 år, og alle regner med at det til slutt vil bli ettergitt.

Resten av støtten, 50 millioner, er en ren gave som skal brukes på følgende måte:

B: Bygge fem helsesentre i distriktet rundt Vila Real.

C: Bygge femten mindre utestasjoner knyttet til sentrene.

D: Bygge en sykepleierskole knyttet til sykehuset. (Portugal har et stort underskudd på sykepleiere)

E: Støtte opprettelsen av Institutt for almenmedisin ved de to medisinske fakulteter i Porto.

F: 5 millioner kroner ble avsatt til et utstrakt stipendiatprogram.

Fra portugisisk side ble det oppnevnt en prosjektleder, og vi anbefalte at NORAD burde knytte en norsk lege til prosjektet. Peter Hjort fikk den glimrende ide at dette burde være Herman Anker, fordi:

- Han har en lang erfaring som almenpraktiker og er kjent som en dyktig sådan.

- Han har vært knyttet til Institutt for almenmedisin i Oslo i mange år og vist seg som en dyktig lærer.

- Han er språkmektig, bl.a. har hans flytende fransk kommet utmerket til sin rett.

- Som sønn av en av våre store ambassadører har han i vuggegave fått diplomati i sine gener, noe som har vist seg å være av største betydning.

Om prosjektet har vært vellykket eller ikke kommer an på øynene som ser. Portugiserne er meget fornøyd, og det samme er NORAD. Selv synes jeg nok at det av og til har gått utilgivelig sent. To av de fem helsesentrene er alt for store, og fra norsk side burde vi kanskje stått sterkere



på å få gjort dem mindre. Det er mulig, eller rettere sagt sannsynlig, at vi har undervurdert boligproblemene for helsepersonell, men portugiserne har hele tiden hevdet at det var deres problem og ikke vårt. Men vi risikerer at enkelte av helsestrentene ikke kommer i full drift på grunn av mangel på personell fordi det ikke er bolig for dem.

Opprettelsen av Institutt for almenmedisin ved det nye og unge medisinske fakultet i Porto tror jeg man må lov til å si har gått bra. Undervisningen har kommet godt i gang for studentene, og videreutdannelsen tar form. Derimot har det bydd på store problemer, som ennå langt fra er løst, å få innpass for almenmedisin ved det gamle og største medisinske fakultet i Lisboa.

Ett er i alle fall sikkert. Æren for at det har gått så godt som det gross alt har gjort, må i stor grad tilfalle Herman Anker: Det har vært en glede på nært hold å oppleve hans entusiasme, hans arbeidskraft og -glede, hans pedagogiske talent og ikke minst hans diplomatiske evner. Han har vist en imponerende blanding av den rette smidighet og fasthet.

Dette har portugiserne forstått og verdsatt, og under en høytidelighet på rådhuset i Vila Real 25. november 1983 ble Herman Anker utnevnt til den første æresborger av byen. Borgermesteren holdt en fin tale, som Herman Anker besvarte med en tale på portugisisk, noe som ble meget vel mottatt. Dessuten overrakte han borgermesteren en akvarell han hadde malt noen dager før, nydelig rammet inn, med motiv fra Jotunheimen. Også det ble meget vel mottatt.

Jeg synes at Vila Real, norsk almenmedisin og Norsk selskap for almenmedisin kan være stolte av den nye æresborger.

Nyttig lovsamling

Ved Magne Nylenna

Offentlige leger vil ofte ha behov for tilgang til en rekke lover som angår forvaltning og helsevesen. Det finnes for tiden intet oppdatert oppslagsverk som dekker de behov man har for lover og forskrifter i helserådsarbeide, og den foreliggende bok gir seg da heller ikke ut for å gjøre dette.

Arild Skåra har imidlertid samlet noen av de viktigste lover innen helsevesenet mellom to permer og utgitt disse på Grøndahl forlag i 1983. Samlingen inneholder i alt 34 lover, fordelt på ti kapitler. Innen generell saksbehandling er medtatt forvaltningslov og offentlighetslov. De forskjellige profesjonslover er tatt med og likeså en del lover som angår sykdommer og sykdomsbehandling, så som sunnhetsloven, lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering. Kvakksalverloven mangler, og det er synd, for den har faktisk stigende aktualitet. Lov om tilsyn med næringsmidler er tatt med, men det er imidlertid ikke lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Under kapitlet om helsetjenester er medtatt såvel sykehusloven som lov om helsetjeneste i kommunene. En rekke lover om sosiale tjenester er tatt med, likeså lov om folketrygd og enkelte av arbeidslivets lover.

Hvor raskt slike lovsamlinger blir uaktuelle og hvor viktig det er med oppdatering illustreres ved at flere av de gjengitte lovene faktisk er opphevet i og med kommunehelseslovens ikrafttreden 1.1.84. På en rekke av de områder som omfattes av de gjengitte lover er også forskriftene av svært stor betydning. Ingen forskrifter er medtatt i lovsamlingen, men det er stort sett referert til forskriftene og også hvor disse kan skaffes.

Mange av oss opplever alt som har med lover og forskrifter å gjøre som noe fjernt og vanskelig, noe som helst bør forbeholdes jurister. Imidlertid vil vi ialt ha behov for å slå opp i lovene når vi arbeider med konkrete problemer, hva enten vi er helseadministratorer eller vanlige praktiserende leger. Av egen erfaring vet jeg hvor vanskelig det er å holde rede på 10-20 forskjellige små lovhefter som gjerne flyter utover skrivebordet eller stikker seg bak bokhyllen. Dersom man er klar over de forbehold som ligger i lovendringer og foreldelse tror jeg dette kan være en nyttig bok for bokhyllen, ihvertfall er den langt mindre og langt billigere enn den store røde NORGES LOVER, som vel fortsatt må betraktes som juristenes stetoskop.

Lovsamling for helsearbeidere ved Arild Skåra. Grøndahl & Søn Forlag A/S, Oslo 1983, 463 sider, kr. 144,-.



Ny norsk bok om medisinsk sosiologi

□ Ved Ola Lilleholt □

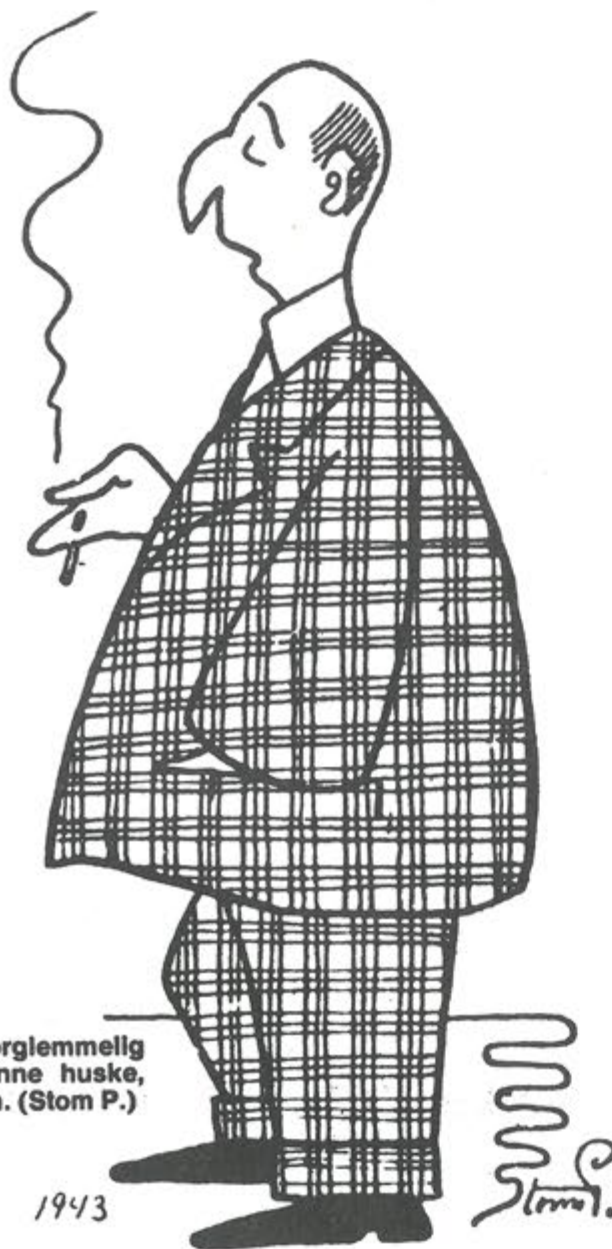
Sosiologene ser ned på oss fra sine høye og luftige utsiktspunkter. Som generalister og geografer tegner de kart både over storsamfunnet og for eksempel smått og stort i helsevesenet. Trolig vil mange kategorier av helsepersonell kunne gå gjennom en yrkeskarriere uten å ha investert tid og energipå å skaffe seg innsikt i sosiologi. Men, som almen- og samfunnsmedisinere har vi allerede i mange år levd i en strøm tanker og analyser som har

sitt utspring i sosiologien. De fleste vil være blitt fristet til skaffe seg en mer generell innsikt i sosiologiens begrepsverden. Mange av leserne vil nok også kjenne Per Måseide som nå har skrevet en bok om medisinsk sosiologi. En er ikke helt sikker på om den er skrevet for sosiologer eller for medisinsk personell; kanskje henvender han seg i flere retninger. Helsepersonell må i deler av boka investere både konsentrert oppmerksomhet og mental åpenhet for ikke å falle av lasset. Naturvitenskapenes sekvensielle logikk og fragmenterte syn på virkeligheten står som solide barrierer i forhold til sosiologien. Her føres vi inn i en eksotisk og uvant begrepsverden. Fra før hadde jeg lest en del lærebøker i generell sosiologi. Under lesninga nå har jeg filosofert en del over hvordan denne boka ville virke på den som her møter sosiologien for første gang. Forfatteren tar oss raskt og nådeløst inn i sin verden, men temaet: helse/sykdom, helseprofesjonene og -institusjonene er kjente størrelser som ofte stimulerer den nysgjerrige til å arbeide seg videre. Holder sosiologien opp et vrenspeil for oss? Meningene om det vil nok være delte. Kanskje er det et spørsmål om å la sosiologiens særegne perspektiv modne hos hver enkelt: under første gangs gjennomlesning vil nok mange av oss protestere mot de uvante analysene.

Den mest konkrete og jordnære delen handler om profesjonssosiologi. Kapitlet om sykepleierrollen var spesielt interessant: her skisseres konturene av en konflikt mellom "almensykepleie" og presset i retning av flere sykepleierspesialiteter og hvordan dette har vært et fagforeringspolitisk dilemma for sykepleierne. Legestanden har gjennomlevd analoge faser og strever fortsatt med å resusitere den felles almenmedisinske arven.

Per Måseide har lagt en ny provins til det norske medisinske landskapet. Som generalister bør vi koste på oss denne boka: den tør åpne for nye perspektiver på hverdag og fest i helsevesenet.

Måseide Per: Medisinsk sosiologi. Noen sosiologiske perspektiv på sykdom og behandling. Aschehoug, 1983. Pris kr. 134.-.



— Ja, det var en uforglemmelig bok — bare jeg kunne huske, hvad den handlede om. (Stom P.)

1943

LANGSOMT BLIR FAGET VÅRT EGET

Festskrift til Chr. F. Borchgrevinks 60-års dag
og Sigurd Humerfelts 70-års dag i 1984

I 1984 fyller våre to første professorer i almenmedisin runde år. Dette skjer samtidig med at faget står rett foran - eller kanskje midt oppe i - betydelige forandringer:

- * den nye lov om kommunehelsetjenesten trer i kraft 1.1.84
- * almenmedisin skal bygges ut som full spesialitet
- * Norsk selskap for almenmedisin er nylig stiftet
- * almenmedisin er i ferd med å bli et betydelig fag i medisinerstudiet
- * forskning i almenpraksis er i sterk fremvekst.

Dette spennende sammenfall av lykkelige hendelser gjør at vi vil lage et festskrift. Hensikten er både å hylle de to foregangsmenn, og å se på hvordan de ulike deler av faget bør bygges videre ut frem mot år 2000.

Boken innledes med et nærbilde av de to jubilentene. Så følger et kapittel om norsk almenmedisins nære historie. I hoveddelen klargjør norske almenpraktikere mål og midler for det faglige utviklingsarbeid frem mot tusenårsskiftet på områder som: klinisk praksis, organisasjonsformer, studentundervisning, spesialistutdanning, forskning, m.m.

Vi inviterer med dette til å tegne seg på Tabula Gratulatoria og forhåndsbestille boken.

Per Fugelli og Kjell Johansen
(sign)
Redaktører

Til Universitetsforlaget v/Hjørdis Hansen, postboks 2977 Tøyen, Oslo 6

Jeg bestiller herved eks. á kr 150,-
av festskriftet til Chr. F. Borchgrevink og Sigurd Humerfelt.

Jeg ønsker/ønsker ikke navnet mitt i Tabula Gratulatoria.

Navn

Adresse.....

.....

Kr 150,- er vedlagt i krysset sjekk.

Vennligst send meg faktura.

Boken vil bli tilsendt portofritt så snart den foreligger (sommeren 1984).
Eventuelle forespørsler bes stilet til Universitetsforlagets redaksjonsavdeling,
v/Hernes, tlf 276060, postboks 2959 Tøyen, Oslo 6.



RUTLE OLAV
Slettmark 2
2050 Jessheim

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

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

