

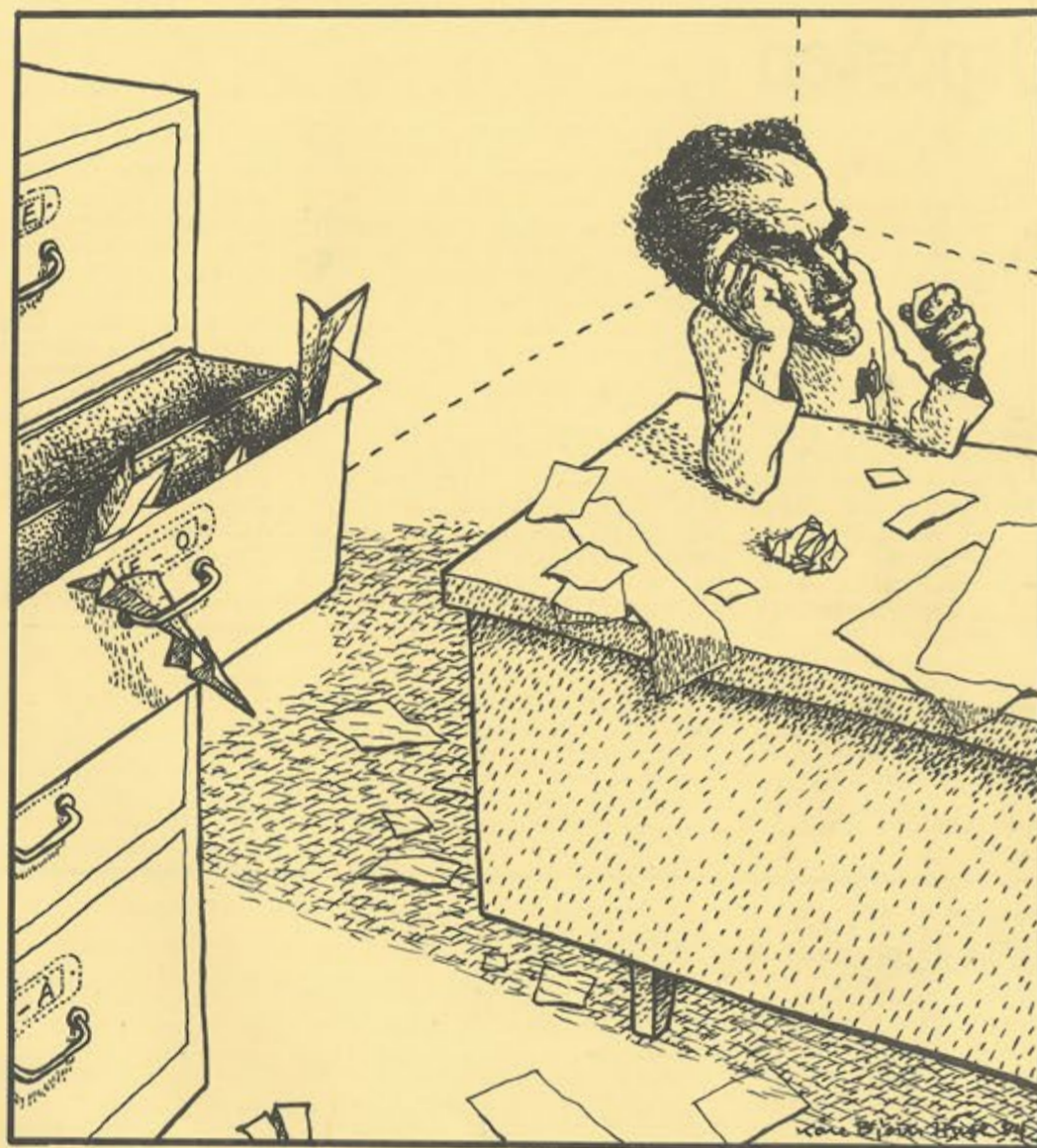
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 2

1984

ÅRGANG 13



## AV INNHOLDET:

**TEMA:** Journalen i almenpraksis

Om kommunehelsetjenesten

NSAM-spalter

Om primærhelsetjenesten i Portugal, Danmark og England

Se innholdsfortegnelse på 2. omslagsside

**OG MER!**

# 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

## Om Utposten

Etter at vi fra nyttår har gått over til fortløpende paginering gjennom årgangen, har vi fått en del ledig plass på innsiden av omslagssidene. I øyeblikket har vi ingen annonsør på 3. omslagsside. I forrige nummer hadde vi altså en litt dristig(?) tegning av keiseren uten klær på denne sida. I dette nummeret kan dere finne hverdagspoesi der. Kanskje kan dette være et påskudd til å utfordre dikteriske og artistiske lesere? Rent statistisk sett må det være et stort antall av dere som ikke bare tumler med medisinsk prosa, men som også finner glede i å ordne tankene sine i bunden form, med eller uten versfotter. Offset egner seg også til å gjengi bilder og tegninger dersom det skulle være noen som vil meddele seg visuelt. Fargebilder kan vi ikke trykke, men de helt seriøse fotografer

har nok reservert et kamera for "svartekunst". Vi er åpne både for spøk og alvor.

Vi har også liggende en vignett for en spalte med titelen "Hjertesukk" fra den gang vi tok over Utposten. Føler noen trang til å lette sitt hjerte? Varsågod, kom fram!

En vignett for "Kuriøse kasus" fikk vi også tegnet. Denne er reservert for helt spesielle faglige opplevelser, slikt som kanskje ingen lærebokforfatter har sett eller skildret: uforklarlige symptomkonstellasjoner o.a.. Vi har allerede liggende et par innlegg til denne spalten, men vi vil gjerne ha flere for å få litt kontinuitet.

Hovedtemaet i neste nummer blir asthma og allregi. Siste frist

for stoff til dette nummeret er satt til 1. april. Til det følgende nummeret er det meningen å samle stoff om søvnforskning og de nyeste synspunkter på behandling av søvnforstyrrelser. Fris for stoff: 1. mai.

Vær snill å meld adresseforandringer! Mange blad kommer i retur på påtegning om "Adresse ukjent". I forbindelse med at redaksjonen flyttet fra Trondheim til Nordmøre sist vår er nok en del adresseforandringer o.l. gått tapt. Vi ber om at dere må ta forståelse for dette og eventuelt gjøre et nytt forsøk. Vi mener at vi nå har et helt vanntett system når det gjelder oppdatering av abonnementsregistret og gjør vårt beste for å følge det opp i det daglige.

Ola L.

## INNHOOLD:

Magne Nylenna: Journalen, vårt viktigste verktøy? s.34

Nils Lønberg: Journalføring i almenpraksis: et tema med mange variasjoner. s.37

Asbjørn Berge: Den almenmedisinske journal: juridiske aspekter. s. 40

Toralf Hasvold: EDB-journal i almenpraksis. s.43

Ivar Sønbo Kristiansen: Nyttårstanker. s.46

Magne Nylenna: Kommunehelsetjenesten: Forvirringen fortsetter. s.49

Inger Njølstad: Bruk av laboratorieskjema i almenpraksis. s. 50

NSAM's spalter s.52

Norsk Tullegrambyrå: Pressemelding. s.56

Herman Anker: Nystartet portugisisk almenpraktikerforening. s. 57

Tor Anvik: Rapport fra en studiereise til Danmark og England. s.58

# Legehetsen

Disse linjene skrives primo mars måned, nærmere bestemt på blåmandag i fastelavn. Massemediene bringer fra dag til dag og time til time rapporter fra frontene: de er etter hvert blitt mange. Noen er tradisjonsrike kjenninger, men noen ganger overraskes vi av uventede allianser og konflikter mellom tidligere partnere. Herfra tar det ca. 14 dager til Utposten ligger i postboksene rundt om i landet. En status presens pr. blåmandag 1984 vil være uinteressant om 14 dager. Eventuelle profetier vil trolig bare sette profeten i forlegenhet.

Derfor blir dette noen linjer om et bastant og konstant fenomen: nemlig legehetsen. Massemediene bruker den som et grovkornet krydder i dagligkosten. Når objektet bare har en viss tilknytning til helse/sykdom, kokes det inn en dose legehets, ofte ad nauseam. Dårlig nytt er godt nytt. Vi møter det alle dager i radio, fjernsyn, ukeblad og aviser. Nye røster blander seg inn i koret: medarbeidere i helsevesenet kolporterer de samme mytene like skamløst.

Naturligvis må vi både som individuelle praktici og profesjon tåle at våre egenheter og feil blir omtalt: vi arbeider innen en etisk ramme som er felleseie. Alle er meningsberettiget når det gjelder å klarlegge våre prioriteringer og disposisjoner. Legehetsen består av stereotype myter og faller utenfor den legitime debatten.

Legehetsen er ikke ny. Farne tiders komedieforfattere fikk nok latteren til å runge med sine legetyper. Nietzsche formodet i alvor at "die grösste Krankheit ist aus ihrer Bekämpfung entstanden". I våre dager kan vi se at et seriøst nyhetsblad som "Der Spiegel" systematisk henger ut den akademiske medisin og om-

favner forskjellige motebølger.

Det er en viktig forskjell på gamle komedieforfattere og dagens massemedier. Den gamle legehetsen nådde ikke langt hverken i tid eller rom. Dagens reportere i fjernsyn, aviser og radio trenger inn og farger tanker og følelser i et omfang som hverken en Shakespeare eller en Goethe kunne formå.

Vi studerer våre kolleger kritisk og leter etter mediens stereotypier, enklest kanskje antydnet med betegnelser fra dyreverdenen esel/geitebukk/stut/apekatt osv osv, you name it. (Kjære dyrevenner: dette med dyra er naturligvis også stereotypier) Kanskje ser vi en splint her og en bjelke der, men alt i alt er legestanden i dag mer heterogen enn noen gang. På godt og vondt reflekterer vi dagens pluralistiske samfunn og mennesketyper. Gårdagens legetype: autoritær og konservativ, reflekterte et annet samfunn og et annet verdisystem. Denne legetypen er som Don Quijotes' vindmøller i dagens massemedier. Det er ikke nødvendig med eksempler: alle har vi noen ferske i minnet.

Legehetsen sår angst. Angsten avler mange reaksjoner: bl.a. aggresjon og mistenksomhet som kan skape problematiske barrierer i møtet mellom lege/pasient. Legehetsen forgifter også forholdet til mange politikere og ganske spesielt i lokale kommunadministrasjoner. Kanskje vil noen mene at legehetsens røtter er politiske. Men, politikken gjenspeiler folks følelser så her befinner vi oss i en logisk Ur-tåke.

## Hva kan vi gjøre?

Det kan være en møysommelig vei å bevege fra myte til realitet.

Pragmatikere vil si at dette ligger an for et subtelt public relations framstøt fra legeforskingene. Altså ingen dommedagsbasuner eller stortrommer. Blåmandag i fastelavn er ingen dag for en moraliserende pekefinger, og jeg har nettopp skrevet at vi slett ikke ligner massemedienes leger. Men, kanskje bør vi være mer påpasselige med å arrestere legehetsen: å sende ballen tilbake med et spørsmål om presisering. Bak det plumpe finnes et tilnærmet vakuum: det er bedre å blottlegge dette med et elegant stikk enn å reagere med innett eller agerende harme.

Dette er naturligvis ikke nok, ikke en gang om vi alle blir fullkomne leger og helgener fra 1. april. Vi vil alltid måtte bære med oss problemet med døden: alle får en endelig sykdom, mange synes det er urettferdig å bli rammet, alltid vil det være noen som legger skylda for ulykkene på legene og ikke på naturen. Det gives altså ingen radikal behandling. Vår neste skanse er da å lindre: her kan mye gjøres. Og til sist: Vi får trøste hverandre og våre barn og ektefeller når overskiftene forlanger hoder på fat.

Olla L.



# TEMA: Jour i almenp:

## Journalen – vårt viktigste verktøy?



□ Av Magne Nylenna □

MAGNE NYLENNA (f.52) er medredaktør av Utposten fra 1983. Han har vært distriktslege på Smøla fra 1979 og er for tiden forskningsstipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo. Han er bl.a. helsepolitisk spesialmedarbeider i "Tidsskriftet".

Dersom det skulle utarbeides en rangert liste over nyttige hjelpemidler i almenmedisinsk praksis utover den enkelte leges erfaring og kunnskap, ville nok journalen komme høyt opp på lista.

Likevel har det vært forbausende lite diskusjon omkring innhold og bruk av journalen i forhold til andre hjelpemidler som telefon, teknisk-medisinsk utstyr, hjelpepersonell etc. Det er åpenbart at det har vært en svikt i både kvalitet og konsekvens i journalføringen, men viljen til å ta en gjennomgripende debatt om dette har vært liten.

I det medisinske studium undervises det grundig om journalføring i sykehus og særlig den indremedisinske journal fremholdes som et eksempel. Det å kunne skrive en komplett journal med anamnese bestående av stirps,

# Journalen i praksis

pasients symptomer og tegn følges over tid og endringer kan registreres og vurderes. Når det måles en hemoglobinverdi kan denne sammenlignes med tidligere verdier hos den samme pasient og man kan utifra denne sammenligningen si noe om pasienten som ikke en enkelt hemoglobinverdi vil kunne si. En føflekk kan måles på kryss og tvers og kontrolleres ved senere undersøkelser og blodtrykket kan måles og registreres og sammenholdes med behandlingen på hvert enkelt tidspunkt.

Dette kan kalles tidstrend- eller utviklingsaspektet ved journalen og kan kreve relativt detaljerte notater avhengig av den aktuelle problemstilling. Dersom den enkelte lege sitter alene i sin praksis vil han selv kunne utarbeide et system for journalføring som fyller dette behovet og journalen behøver i prinsippet ikke engang være leselig for andre dersom legen selv kan gjøre seg nytte av sine optegnelser.

Ofte vil man ikke vite hvilke egenskaper hos pasienten det kan bli aktuelt å følge spesielt og dersom man er særlig systematisk eller klok vil man kanskje på et eller annet tidspunkt registrere egenskaper hos pasienten som ikke umiddelbart er av interesse, men som man av erfaring vet det kan bli spørsmål om med tiden (f.eks. blodtrykk, vekt, Hgb senkningsreaksjon, sosial anamnese el.l.)

2. Av journalen ønsker vi også å kunne få et raskt øyeblikksbilde av pasientens tilstand og situasjon. Dette er særlig av interesse dersom en ukjent lege møter pasienten f.eks. i forbindelse med akutt sykdom. Spørsmål om kjente kroniske sykdommer, fast medikasjon eller allergier vil det være ønskelig å få svar på raskt og effektivt. Jo mer vanlig det blir at leger arbeider i gruppepraksiser eller vikarierer for hverandre jo viktigere blir denne funksjonen ved journalen. Dette kan kalles en tverrsnittsoversikt over pasientens status her og nå.

For å kunne få ut disse opplysningene enkelt og greit kreves det både en systematisk og leselig journalføring. Disse oversiktsdataene må være lett tilgjengelige og de må oppdateres regelmessig.

3. I tillegg finnes det lovbestemte krav til hva en journal skal inneholde beskrevet i lege-loven og i journalforskriftene som er hjemlet i denne loven.

vita ante acta, historia morbi og functiones naturales samt en status praesens med både en generell status og en systematisk organstatus hører med til den propedeutiske barnelærdom. I primærhelstjenesten oppdager man raskt at denne malen er ganske uegnet for den almenmedisinske journal. Både av tidsmessige og arbeidsmessige årsaker stilles det ganske andre krav til både oppbygning og innhold av den almenmedisinske journal. Avhengig av egne vurderinger og mer eller mindre systematisk gjennomtenkning eller rene tilfeldigheter lager man så sitt eget system for journalføring. I beste fall er man kjent med de lover og forskrifter som gjelder for legejournalføring og sørger for å få med de obligatoriske elementene, men rekkefølgen og oppbygningen er gjerne tilfeldig og usystematisk. Dette, kombinert med de mange muligheter for praktisk gjennomføring av journalføringen i A5 eller A4 format, med hånd eller skrivemaskin etc, gir et sant mangfold av forskjellige

journaltyper og arkivsystemer.

## HVA ER JOURNALENS FORMÅL ?

Noen akseptert standard for den almenmedisinske journal finnes ikke og det ideelle system for journalføring i almenpraksis er ennå ikke oppfunnet. På veien dit kan det imidlertid være nyttig med en systematisk gjennomtenkning av hvilke funksjoner en journal skal ha og hvilke behov den skal fylle.

Selv om det åpenbart er overlappinger mellom de følgende funksjoner, tror jeg likevel en tredeling av journalens formål kan være nyttig med tanke på de forskjellige krav hvert enkelt formål setter :

1. Først og fremst er journalen et hjelpemiddel i diagnostikk og behandling av den enkelte pasient. Ved hjelp av systematiske optegnelser kan den enkelte

Dette kan kalles dokumentasjonsaspektet ved journalen og angir et minimum av opplysninger som skal registreres ved enhver pasientkontakt. Begrunnelsen er rettslig og ikke faglig, men den obligatoriske innholdsfortegnelse er både systematisk og dekkende og kan danne et godt utgangspunkt for en faglig videreutvikling. Dessuten fastslås en rekke sider ved journalføringen så som forbud mot strykninger og pasientens innsynsrett i forskriftene. Dette er forhold som vil få konsekvenser både for hva man skriver og hvilken måte man skriver det på.

En syntese av disse tre journalføringsformålene er det altså som skal tilsiktes. Dette fordrer en leselig og ordnet journal der det er enkelt for ukjente å danne seg et øyeblikksbilde av pasientens situasjon, der opplysningene er fyldestgjørende og kronologiske og gir grunnlag for en oppfølging over tid og der lovens krav til dokumentasjon er oppfylt.

At journalen i tillegg er av fundamental betydning i evaluering og forskning i almenpraksis er ikke glemt, men må likevel sies å være en sideeffekt av journalføringen. Man skriver ikke journaler av denne grunn i utgangspunktet. I journalskrivingen bør man imidlertid ta hensyn også til dette aspektet og søke å standardisere og utforme journalen slik at den er egnet for statistisk bearbeidelse og sammenligning med andre journalmaterialer.

## DEN PRAKTISKE JOURNALFØRING

En standardisering av den almenmediske journal er selvsagt ikke et mål i seg selv. Målet må være å føre en best mulig og mest mulig gjennomtenkt journal i den enkelte praksis. Akkurat som i annet almenmedisinske arbeid vil den riktige løsning kanskje avhenge både av tilgjengelige ressurser, den enkelte leges bakgrunn og lynne og pasientens alder og problemer blant mye annet. Dette må imidlertid ikke bli en unnskyldning for ikke å ha optimale pasientjournaler.

Journalføring er en typisk praktisk prosedyre som skal gjennomføres et utall ganger i løpet av en travel kontordag. Som andre slike prosedyrer er ett konkret forslag til løsning gjerne av større nytte enn ti høytflyvende teorier. Det er da også på det praktiske og jordnære planet at forbedringene må skje. Bare en slik ting som leselighet av jour-

nalene kan være en fundamental svakhet. I forbindelse med gjennomføringen av den nye kommunehelseloven stilles det visse betingelser for utbetaling av driftstilskudd og det ville faktisk etter min mening ikke være urimelig om visse minstekrav til journalføring, utover lovens bestemmelser, inngikk i disse bestemmelsene. Leger som mottar driftstilskudd kan ihvertfall ikke unnskyldes seg med at de ikke har råd til å føre skikkelige journaler.

Manglende skrivemaskinkyndighet eller tidsnød angis ofte som grunn for håndskrevne notater. Jeg tror dette er en lettvent unnskyldning. På den annen side ser jeg også klare ulemper ved den mer avanserte form for journalføring via diktafon og skrivehjelp. I tillegg til at det gir en forsinkelse av journalføringen og gir flere muligheter for at journalen kan komme på avveie gjør det også at ordglade kolleger (som forfatteren av disse linjer) lett havner opp i meterlange notater om akutte tonsillitter. Personlig har jeg bare god erfaring med selv å skrive de fortløpende notatene på maskin etter hver konsultasjon og reservere skrivehjelpen for henvisninger etc.

Et ryddig og godt journalsystem såvel teknisk/fysisk som innholdsmessig krever planlegging og gjennomtenkning. Så langt jeg kan bedømme det er det fortsatt langt frem til den databaserte journal blir alment brukt og i mellomtiden må det arbeides med forbedringer av den manuelle, papirbaserte journal. Såvel teknisk utforming, arkivering, papirtype/format/kvalitet, bilagsystematikk som "journaltytning" er områder som burde bli gjenstand for mer utviklings- og forskningsaktivitet enn hva tilfellet er idag. Bare en detalj som et gjennomført og skikkelig blindjournalsystem vil nok i mange praksiser spare mye ergrelse og irritasjon.

I dette nummer av UTPOSTEN presenteres noen synspunkter på den almenmedisinske journal. Håpet er at dette skal stimulere til tankevirksomhet og diskusjon rundt om i kommunene og kanskje i neste omgang føre oss et skritt videre på veien mot den "ideelle journal"■

# Journalføring i almenpraksis

## et tema med mange variasjoner

Av Nils Lønberg



NILS LØNBERG har en fot i Danmark og en i Norge. Han har dansk temperament og aksent. Hovedinteresser: journalføring, opera og manuell medisin. Yndlingsavretninger: ordsalat, lutefisk og polyfarmasi. Svakheter: Snakker for mye og skriver for lite. Han er distriktslege i Sandøy kommune, Møre og Romsdal fra 1981. Sist år brukte han et almenpraktikerstipend til å gjøre en undersøkelse over legejournaler i primærhelsetjenesten.

Pasientjournaler i almenpraksis forteller ofte lite om pasientene - men mye om legene.

Journalene burde vise pasientenes symptomer, legens observasjoner, overveielser og handlinger, samt resultatet av videre undersøkelser.

Journalføring i almenpraksis er ikke standardisert og journalenes kvalitet varierer sterkt. Regelmessig ser man journaler i form av en svær papirhaug sammensatt av følgende hovedingredienser:

1. Et enormt antall gamle prøvesvar, urindyrkninger, cytologier etc.
2. Et antall epikriser i tilfeldig orden.
3. Ett eller flere ark med håndskrevne notater, mer eller mindre leselig.

### DE VANLIGSTE FEIL I JOURNALFØRINGEN

#### Uleselighet (archivitis cryptica)(Fig. 1 og 2)

Over halvparten av norske leger skriver fortsatt journalen for hånd. I tillegg til dårlig leselighet er det en klar tendens blant håndskrivende leger til å skrive insuffisiente journaler.

#### Insuffisiente notater og stikkordsnotater (archivitis parva)(Fig. 3 og 4)

Det er fristende å innhente forsinkelsene i det daglige arbeidet ved å kløre ned noen få ord om pasienten som nettopp gikk ut av døren, men det kan hevne seg neste gang pasienten kommer, kanskje før.

#### Overdrevne notater (dictafonitis cronica)(Fig. 5)

Leger som dikterer sine journaler er tilsynelatende underkastet en naturlov som gjør notatene 2 - 5 ganger så lange som hvis de selv hadde skrevet. Notatets innhold og budskap pakkes inn i store mengder "ordsalat", og notatene må leses flere ganger for å opp-

fattes.

Cerumenskylling formuleres som om det skulle være en større operasjon og notatet avsluttes ofte med intetsigende bemerkninger som "ringer igjen hvis ikke bedre" eller "kontroll hos distriktslegen i neste uke".

#### Rotete journaler (desorientatio verticalis)

Journaler med 20 - 30 foreldede prøvesvar er ganske vanlig i almenpraksis. Åpenbart er det en tilbøyelighet til å anse alle bilag for dokumenter av stor betydning - eller er det den "dårlige tid" som igjen skal brukes som unnskyldning?

#### Akronologisk journalføring (archivitis maligna saltans)

I noen journaler blir notatene ført på forskjellige ark simpelthen fordi noen ark har skjult seg mellom gamle cytologier og urindyrkninger. Journalen fremkommer derfor på to eller flere ark. Det finnes journaler hvor sykebesøk blir diktert og skrevet på små lapper som stikkes inn i journalen og dermed inngår i haugen av små bilag, men senere vil mangle i oversikten.

#### Manglende sykehistorie (agenesia anamnestica)

Svært få leger har en oversiktlig sykehistorie over sine pasienter. De fleste støtter seg til epikrisene som ofte resymerer hovedpunktene, men når mange sykehistorier forutsetter sykehistorien kjent, er man like langt.

#### Manglende sosialanamnese (foramen magnum socialis)

En rimelig kortfattet oversikt over pasientens arbeidsforhold, familieforhold og boligforhold mangler i nesten alle journaler. Et rimelig kjennskap til pasienten har man først når man er noenlunde klar over hvilke forhold vedkommende har i hjem og på arbeidsplassen.

# HVA ER ÅRSÅKENE TIL DISSE FEILENE ?

- Det er ingen veiledning, ingen standard, ingen kontroll.

- Den fastgrodde, men feilaktige oppfatning at maskinskriving er urealistisk for:

min håndskrift er jo bra nok

jeg kan ikke skrive på maskin

jeg har ikke råd til skrivehjelp.

- Mangel på oversiktsark.

- Manglende sans for bilagenes relevans.

- Mangel på tid (virkelig og innbilt).

Sykehusjournaler er av flere grunner dårlig egnet som forbilde for journalføring i almenpraksis. Anamnese, objektiv undersøkelse og konklusjoner vedører som regel noen ganske få problemer og symptomer.

Dessuten er det en alminnelig uvane på mange sykehusavdelinger at journalene ikke ajourføres etterhvert, men at man gjør små notater på kurvene. Etter pasientens utskrivelse komponeres et utskrivingsnotat preget av en opprømsing av et stort antall blodprøver krydret med en sykdomsbeskrivelse av varierende kvalitet. Til slutt finnes passende diagnostiske etiketter f.eks. og hvis ingen passer kan man forsøke "observatio", "psykoneurosis" eller "funksjonelle plager".

Primærlegjetjenesten er et avgjørende ledd i helsetjenesten og alvorlige og sjeldne sykdommer vurderes som regel først av primærlegen. Overføringen av pasientens plager til papiret er ikke underkastet særlige regler uten noen få paragrafer som få kjenner til og ingen bryr seg om. Journalen blir derfor et uttrykk for legens høyst personlige smak og for godt biffinnende. Et par håndskrevne ord som i høyden kan støtte hans egen hukommelse i kort tid er til liten hjelp for ham selv etter lenger tid, og slett ikke til støtte for hans kollega.

## KRAV TIL JOURNALFØRINGEN

Med stigende krav til kvaliteten av legens arbeid vil det være naturlig å formulere noen minste-

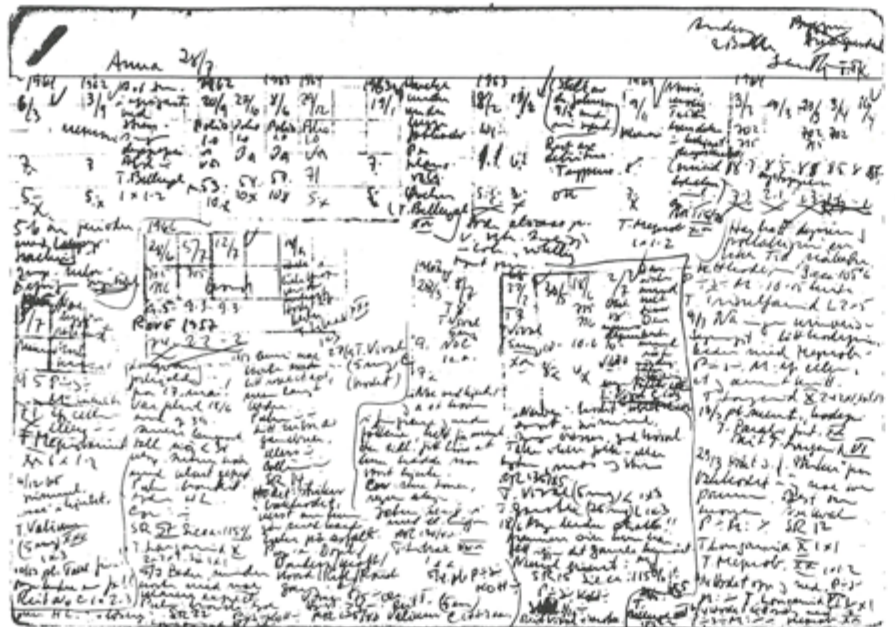


Fig. 1: Uleselig journal.

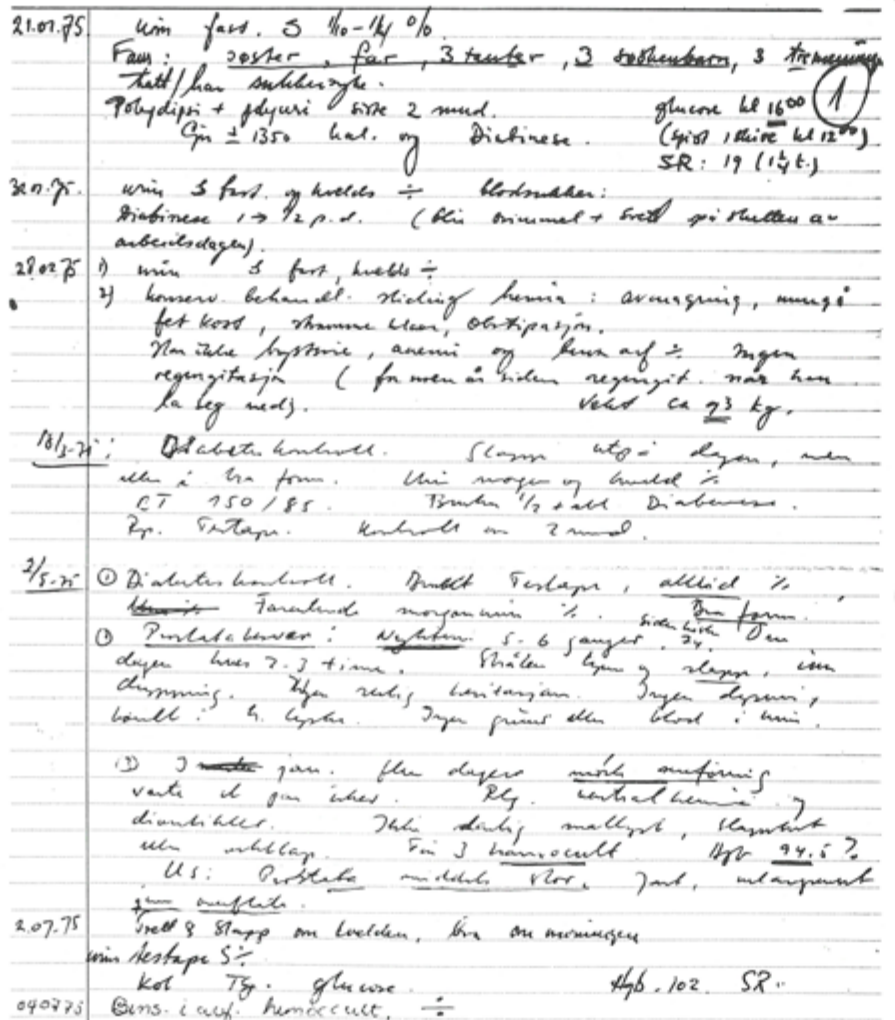


Fig. 2: Uleselig journal.

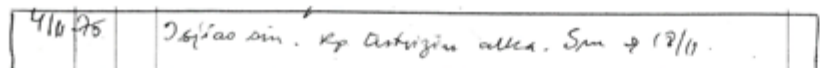


Fig. 3: Insufficient journal.



krav til journalføringen.

Kravene til en god almenmedisinsk journal kunne være:

1. Den må være leselig, dvs. maskinskrevet.
2. Den må være fullstendig ("uten huller").
3. Den må være kronologisk.
4. Notatene må være suffisiente og oversiktlige uten overflødige flokler.
5. Journalen må omfatte oversikt over pasientens sykehistorie.
6. Journalen må opplyse om pasientens viktigste sosiale forhold.
7. Journalen må være ajourført og ordnet.

Blant grunnene for å standardisere journalføringen kan nevnes:

- Kunnskapen om pasienten og symptomene er vår viktigste kilde til viten. Notater om pasientens klager og våre objektive funn er vårt "råmateriale" til diagnos-

tikk, behandling og forskning.

- Pasienter i primærhelsetjenesten har ofte mangfoldige klager og diffuse symptomer. Hovedklagen dukker undertiden først opp etter flere konsultasjoner og utviklingen av symptomer er av største betydning.

- I samarbeidet mellom flere primærleger er en enhetlig journalføring en nødvendighet. Kolleger kan umiddelbart overta pasienten, problemene og utredningen.

- De rettsmedisinske aspekter bør man ha i tankene selv om rettsmedisinske krav til journalføring spiller en beskjeden rolle i de fleste legers bevissthet. Selv i Skandinavia har leger blitt dømt for forhold der mangelfull journalføring har vært avgjørende (hovedsaklig saker om medisinmisbruk).

Den problemorienterte journal som introdusert av Weed har stimulert interessen for journalføring og prinsippene er av flere forfattere søkt tilpasset forholdene i almenpraksis

## KONKLUSJON

Kvaliteten av legens arbeid avhenger av mange forhold. Bl.a. legens erfaring, viten og kunnen, den tid han bruker på pasienten, kollegialt samarbeid og samarbeid med sykehus.

Journalene kan være til stor hjelp når man skal lære av symptomer og problemer. Dette betyr at man av og til må stille seg spørsmålene:

Hva glemte du å spørre om ?

Hva glemte du å undersøke ?

Hva unnlot du å gjøre ?

Hva gjorde du feil ?

Disse spørsmålene kan kun besvares dersom journalføringen er av en anstendig kvalitet ■

15/8-67: Hus har hatt en del plager med svimmelhet og søvnløshet. Otoscopi: N  
Ikke sekresjoner fra ørene. Lett rubor i fauces. Hgb:  
Rp Valium 10mg, 100, 2-1 x2.

18/9-73 Dup pipri. Combicyan. 4/6: 75%  
Crotacid. Jent. Kup. 350  
Duroferon Dur. C. Seronjinn 114mg/1ml  
11/11-73 Inj. B<sub>12</sub> 1ml.  
12/16-74 RR 165/100. Sov det an. (11)  
Kan vel få en lille trykkt.  
30.7-74 Nytt oppbluss av "hals smerte" - v. binnale u. Ømm  
Kusman

Fig. 4: Insufficient journal.

Mor ringer og forteller at gutten i 3 dager har vært hjemme på grunn av magesmerter i form av kvalme og oppkast. Idag har han også fått smerter i magen knip lignende dette har tiltatt utover kvelden. Hun forteller at han tidligere har vært irrlagt og operert med mistanke om ileus, fått fjernet blindtarmen og så vært utredet på grunn av magesmerter uten at det er funnet noe årsak. Ved undersøkelse jeg en engstlig gutt strammer hakker terner, abdomen er som et lokk. Han ligger på siden i sengen. Etter hvert tør han opp beveger seg kvikt rundt i sengen setter seg opp og gir et våkent og friskt inntrykk. Han har ikke feber, han har ikke hatt avføring på 3 dager, det har gått luft hver dag også idag. Tidligere på kvelden hadde han en periode med magesmerter, kvalme. Dette har gått seg en god del nå. Han har problemer med å få i seg flytende og fast føde. Brekker seg ganske raskt etter på. Bl.tr. 110/60, puls 70 regelmessig. Normale forhold hjerte/lunger, ingen hørbarhet i ryreløse, abdomen. Etter hvert slapper han av og er komplett nyk i magen. Det sitter igjen en ralsløs ømhet til ve.umbilicus, ingen ømhet i epigastriet. Det er livlige, men normale tarmlyder. Etter hvert kommer det frem at han har hatt tilsvarende episoder før og også vært irrlagt til observasjon etter 1 ukes tid med lignende plager. Han blir også tatt hånd om av psykolog. lege og at plagene er vurdert som rye psykisk betinget. Tiltak: De har Primperon stikkpiller som han får i tillegg til varmepute på magen. Intensiverer forsøk på å gi ham væske. Kontakter igjen på søndag hvis dette går dårlig i allefall hos distriktslegen på mandag.

Fig. 5: Diktafonitis.

ASBJØRN BERGE er født i Ålesund i 1940. Han er cand. jur. fra 1967 og har statsvitenskap grunnfag fra 1974. Han har vært konsulent hos fylkesmannen i Nordland og Møre og Romsdal. I 1969 - 70 var han dommerfullmektig i Volda. Fra 1975 har han vært kontorsjef hos fylkeslegen i Møre og Romsdal.



## Den almenmedisinske journal – juridiske aspekter

□ Av Asbjørn Berge □



I lov av 13. juni 1980 om leger er det i paragr. 43 fastsatt at en lege plikter å føre slike ordnede optegnelser over sin virksomhet som orden og god lege-skikk krever, og som er nødvendige for at han kan gi de meldinger og opplysninger som er pålagt i lov eller med hjemmel i lov. Han skal føre journal for hver enkelt pasient. Det er således et krav i loven at enhver som er autorisert lege og har pasienter skal føre journal for hver enkelt pasient. Den som overtrer denne eller andre bestemmelser kan gis advarsel eller bli straffet.

Med hjemmel i paragr. 43 kan departementet gi nærmere forskrifter om hvordan optegnelser og journal skal føres, og om oppbevaring og videre behandling av journalen. Slike forskrifter

har departementet gitt 1. mars 1983 og med noen ganske få unntak trådte forskriftene i kraft 1. juli 1983. Disse forskrifter avløste tidligere forskrifter gitt ved Kgl. res. av 1. juni 1928. Forskriftene er ellers søkt tilpasset den tekniske og medisinske utvikling, rettsoppfatninger og aksepterte rettssikkerhetsprinsipper. Det kan i denne forbindelse vises til høyesterettsdom fra 1977.

Når det gjelder forskriftenes innhold, er disse delt inn i 5 kapitler. I det etterfølgende skal behandles reglene i kap. 2 som er felles for all journalføring samt reglene i kap. 3 som gjelder føring av legejournal utenfor institusjon. Kap. 1 inneholder bl.a. definisjoner og kap. 4 fastsetter regler for føring av

legejournal ved helseinstitusjon. Disse kapitlene holdes utenfor her.

Når det gjelder de rettslige sider ved journalføring skal man også være oppmerksom på at det finnes supplerende regler i annet lovverk og forskrifter. Her skal særlig nevnes reglene i lege-lovens paragr. 34, 45 og 46. Disse vil bli behandlet særskilt. Dessuten vil journalføring bli berørt av personregisterloven av 9. juni 1978, samt forskrifter til denne av 21. desember 1978. I tillegg må nevnes forvaltnings-loven, særlig paragr. 18 og 19.

## Journalens innhold

Krav til innhold i journalen framgår av paragr. 10 i forskrif-tene. Iflg. denne bestemmelsen skal journalen minst inneholde:

1. Pasientens navn, personnummer eller fødselsdato og adresse.
2. Sykehistorie, herunder aktu-elle sykemeldingsperioder.
3. Diagnose.
4. Behandling som settes i verk, legemidler som forskrives, råd som gis etc.
5. Tidspunkt for konsultasjon, undersøkelse, besøk, telefonsam-taler, korrespondanse, m.v..
6. Opplysning om andre forhold som antas å være av betydning for diagnose, behandling eller prog-nose.

Det er viktig å være oppmerksom på at dette er minimumskrav og at man har anledning til å supplere med ytterligere opplysninger dersom dette er ønskelig. Likevel må det antas at de fleste aktuelle tilleggsopplysninger som det vil være relevant å ta med kan puttes inn under pkt. 5 eller 6. Man skal dessuten være oppmerksom på at alle opplysninger i en journal kommer inn under reglene i jour-nalforskriftene.

## Journalens hensikt

Kravet til journalens innhold må ses i sammenheng med den hensikt journalen skal tjene. Ifølge paragr. 6 i journalforskriftene skal journalen såvidt mulig gi riktige og tilstrekkelige opplysninger om pasienten og hans for-hold av betydning for den hjelp han trenger. Det framgår også av paragr. 43 i legeloven at jour-nalens innhold skal være slik god legeskikk krever og som er nød-vendige for at legen kan gi de

meldinger og opplysninger som er pålagt i lov eller med hjemmel i lov.

Et aktuelt eksempel kan her være mangelfullt utfylte dødsmeldin-ger. En stor del av disse går i retur for nærmere opplysninger om dødsårsak. Man er da helt av-hengig av en fullstendig og for-svarlig journalføring. Journalen må således ses på som et viktig dokument i flere sammenhenger. Det er derfor også et krav at såvel diagnose som behandling og endringer i disse framgår av journalen. Journalen skal således føres fortløpende og enhver inn-føring skal dateres. Det må også gå klart fram hvem som fører journalen.

Etter stikkprøver og samtaler med helsepersonell er det helt på det rene at disse krav ikke tilfred-stilles fullt ut idag. Dette må nok til en viss grad tilskrives manglende kunnskaper om de nye reglene. Men det er neppe grunn til å tro at dette er eneste årsaken.

## Adgang til journal

Pasientenes ofte sammensatte syk-domsbilde og behov for total-omsorg nødvendiggjør i større og større grad samarbeid mellom helsepersonell.

I den moderne legetjeneste er det derfor etterhvert blitt vanlig at man samarbeider med andre leger og også med annet helsepersonell og medhjelpere. Ettersom inn-holdet i pasientjournalene er svært personlige og sensitive opplysninger, stilles det store krav til at de som har tilgang til disse opplysningene ikke mis-bruker dem. Det er også viktig at færrest mulig har adgang til slike opplysninger. Ikke minst tilliten til helsepersonellet og den enkelte lege kan bli svært skadelidende dersom pasientene får inntrykk av at ens journal-opplysninger er kjent av flere enn høyst nødvendig.

For ikke lenge siden ringte en kvinne til fylkeslegens kontor og spurte om hvem som hadde adgang til hennes journalopplysninger. Foranledningen var at hun i for-bindelse med besøk på helsesta-sjonen med sitt barn hadde fått vite at vedkommende helsesøster hadde opplysninger om hennes syk-domsforhold.

Selv om annet helsepersonell skaffer seg slike opplysninger i den beste hensikt er dette like-vel ikke hjemmel god nok.

I paragr. 11 i forskriftene er

det fastsatt hvem som kan ha adgang til journalopplysninger. Den ansvarlige lege kan gi sin stedfortreder, assistentlege eller annen medhjelper adgang til journaler i den utstrekning det er nødvendig av hensyn til under-søkelse eller behandling av pasienter. Når leger arbeider i kontorfellesskap, helsesenter, gruppepraksis el.l. kan de ha felles journalarkiv.

Reglene må suppleres med paragr. 34 i legeloven der det slås fast at taushetsplikt ikke er til hinder for at en lege gir opplysninger til annet helsepersonell eller medhjelper av hensyn til undersøkelsen eller behandlingen av en pasient med mindre denne motsetter seg dette og det etter forholdene kan og bør respek-teres.

Det foreligger ingen praksis på hvordan dette skal forstås eller praktiseres. Det man imidlertid kan slå fast er at den legen som er ansvarlig for journalføringen også er ansvarlig for at andre ikke får adgang til journalen eller innsyn i denne. Det er dessuten hensynet til undersøk-else eller behandling av pasien-ten som kan gi grunnlag for å utvide kretsen av dem som kan få kunnskap om journalen. Dette vil i første rekke gjelde legens medhjelpere som arkivpersonale, legesekretærer og andre nære og nødvendige medarbeidere.

Ved kontorfellesskap mellom leger må det også antas at enhver som arbeider innenfor dette kontor-fellesskapet må ha adgang til alle journalopplysninger i et felles journalarkiv når dette er nødvendig av hensyn til under-søkelse eller behandling av en bestemt pasient. Forøvrig er regelen om at man skal innhente pasientens samtykke dersom man skal utvide kretsen av dem som kan få adgang til en journal-opplysning. Særlig vil dette gjelde medarbeidere som ikke er direkte knyttet til et legekun-tor. Eksempler kan her være hjemmesykepleier og helsesøster. Ved sosialmedisinsk teamvirksom-het og tverrfaglig samarbeid er det særlig grunn til å innhente pasientens samtykke når det gjel-der å innvie andre i journal-opplysninger og pasientens syk-domshistorie.

Det må forøvrig presiseres at enhver som får innsyn i journal-opplysninger har den samme taus-hetsplikt som det legen selv har. Imidlertid er det ikke slik som enkelte synes å mene at journal-opplysninger kan vandre fritt mellom alle som har taushets-plikt. Det synes som om en slik

oppfatning av og til er herskende, særlig blant mindre faglært personell som har undertegnet en taushetserklæring. Av det som er nevnt ovenfor skulle det klart framgå at tilgang til journalopplysninger skal begrenses mest mulig.

## Pasientens innsynsrett

En regel som nok endel leger føler gjør livet vanskelig er pasientens rett til innsyn i journalen. I paragr. 8 i forskriftene er det slått fast at en pasient har rett til å gjøre seg kjent med sin journal. Det kan her også vises til paragr. 46 i legeloven som har mer utfyllende bestemmelser. Med journal menes her alt det som er nevnt i paragr. 10 i forskriftene og som er ført inn i pasientens journal. Alle bilag og vedlegg hører således med.

Den legen som er ansvarlig for journalføringen kan likevel avslå et krav om innsyn dersom legen finner det utilrådelig at pasienten får kjennskap til journalopplysningene eller deler av disse. En pasient kan i slike tilfelle be om at journalen gjøres kjent for en representant som pasienten utpeker.

## Klagerett

En pasient som blir nektet innsyn kan klage på dette til Sosialdepartementet. En slik klage bør sendes med legens merknader om vedkommende fylkeslege. Vedkommende lege plikter også å gjøre pasienten kjent med klageadgangen og så vidt mulig om grunnen til sitt standpunkt om å nekte innsyn.

Dersom en pasient mener at journalen inneholder feilaktige eller mangelfulle opplysninger, eller utilbørlige utsagn om ham, kan han kreve rettelse. Krav om slik rettelse gjelder selvsagt feil og mangler og refererer seg ikke til faktiske forhold. Dersom det i journalen heter at pasienten har en hjernesvulst eller dårlig syn på det ene øyet, kan han ikke kreve at dette strykes dersom det er i samsvar med de faktiske forhold. Skulle det likevel vise seg at journalen inneholder feilaktige eller mangelfulle opplysninger, kan legen samtykke i at dette blir rettet. En slik rettelse må ikke fortas ved sletting eller fjerning av det som er journalført. I tilfelle retting skal ny journalføring eller datert rettelse foretas. Dette gjelder også feil eller mangler som legen selv finner

i journalen.

## Klage til fylkeslegen

Legen har adgang til å nekte slik retting. I så fall skal han gjøre pasienten oppmerksom på at han kan klage til fylkeslegen. Fylkeslegen vil i slike saker trenge fullstendige opplysninger fra vedkommende lege. Etter å ha innhentet uttalelse fra Datatilsynet, avgjør så fylkeslegen om rettelse kan foretas og i tilfelle hvordan.

Et særlig spørsmål som reiser seg gjelder pasientens rett til innsyn i journalopplysninger, epikriser m.v. som andre leger har utferdiget. I den sammenheng journalopplysningene befinner seg i et journalarkiv der legene har kontorfellesskap og journalopplysningene beholdes her, er det pasientens nærmeste lege som må ta stilling til spørsmålet om rett til innsyn. Han kan således ikke vise til andre leger som har flyttet fra stedet. Han kan imidlertid, om han er i tvil, avslå en anmodning om innsyn etter paragr. 46 i legeloven.

Tilsvarende må antas å gjelde når journalen inneholder epikriser som er sendt fra forskjellige helseinstitusjoner. Også her må vedkommende ansvarlige lege som får henvendelsen ta stilling til om epikrisens opplysninger skal gis til pasienten. Med tvil kan han således avslå kravet om innsyn, men det blir i så fall departementet som avgjør klagesaken og ikke vedkommende sykehuslege som har utferdiget journalopplysningen.

Disse betraktninger følger i grunnen av formuleringen i paragr. 46 i legeloven hvor det heter at en pasient har rett til å gjøre seg kjent med sin journal med bilag. At sykehuset har påført epikrisen "konfidensielt" e.l. endrer neppe på dette faktum.

## Betryggende oppbevaring

Dersom de formål og hensyn til rettssikkerhet som legeloven og journalforskriftene legger opp til skal nås er det nødvendig at journalen blir oppbevart betryggende og slik at uvedkommende ikke får adgang til å gjøre seg kjent med journalen. Regelen må ses i sammenheng med hvem som kan ha adgang til journalopplysningene og oppbevaringsmåten må være slik at dette kravet oppnås også rent faktisk. Man har således sett eksempler på at hjemmesykepleie og sosialkontor har hatt

samme arkiv med den følge at tilsatte ved sosialkontor har hatt like godt innsyn i hjemmesykepleiens legejournaler som hjemmesykepleiens egne ansatte. Det er ingen tvil om at slike ordninger ikke er i samsvar med reglene om taushetsplikt og adgang til journalopplysninger.

## Tilintetgjøring av journalopplysninger

Ifølge paragr. 14 i forskriftene skal journalen oppbevares i minst 10 år etter at siste innføring er foretatt. Etter denne frist kan journalen tilintetgjøres. Denne bestemmelse er ennå ikke trådt i kraft. Det betyr at journalopplysninger foreløpig ikke kan tilintetgjøres. Inntil videre må derfor alle journaler oppbevares i minst 10 år etter at vedkommende pasient er død. Dersom det blir aktuelt å tilintetgjøre journaler skal det føres fortegnelse over de journaler som tilintetgjøres. Før et journalarkiv tilintetgjøres, skal likeså fylkeslegen underrettes. Fylkeslegen skal trolig påse at tilintetgjøringen skjer på en forsvarlig måte og slik at opplysninger fra journalene ikke kan komme uvedkommende i hende. Fylkeslegen kan vel også trolig motsette seg tilintetgjøring dersom det er grunner for dette.

## Overføring av journaler

Når en lege slutter i praksis eller når han overfører sine journaler til en annen lege, kan en pasient kreve sin journal overført til den lege pasienten oppgir. Dette betyr at enhver lege som slutter eller flytter i tide må gjøre sine pasienter kjent med sin rett til å få journalen overført til den lege pasienten selv ønsker. Hensikten med dette er at det alltid skal være en lege som er ansvarlig for journalen, dens oppbevaring m.v. Når en lege slutter kan han således ikke overføre journalarkivet til en huseier, forening eller andre i påvente av at der skal komme en annen lege i samme praksis.

Etter en leges død eller ved opphør av autorisasjon eller lisens skal fylkeslegen underrettes av vedkommende helserådsordfører og fylkeslegen skal treffe avgjørelse om overføring av journaler til annen lege, eventuelt om oppbevaring i fastsatt tid eller tilintetgjøring. Når en lege er død kan hans arvinger overføre journalene til en annen lege i samråd med fylkeslegen.

## Nedtegnelser av annet helsepersonell

Dersom nedtegnelser som gjøres av annet helsepersonell som helse-søster, sykepleier, psykolog m.v. blir en del av legens journal vil de nevnte forskrifter komme til anvendelse. Forøvrig har Helse-direktoratet antatt at disse forskrifter ikke kommer til anvendelse når nedtegningen foretas av dette personell i deres virksomhet i hjemmesykepleie eller helsestasjon. I slike tilfelle er det antatt at lov om personregistre vil gjelde. Legens nedtegnelser innenfor disse områder må imidlertid antas å måtte regnes som føringer etter journalforskriftene.

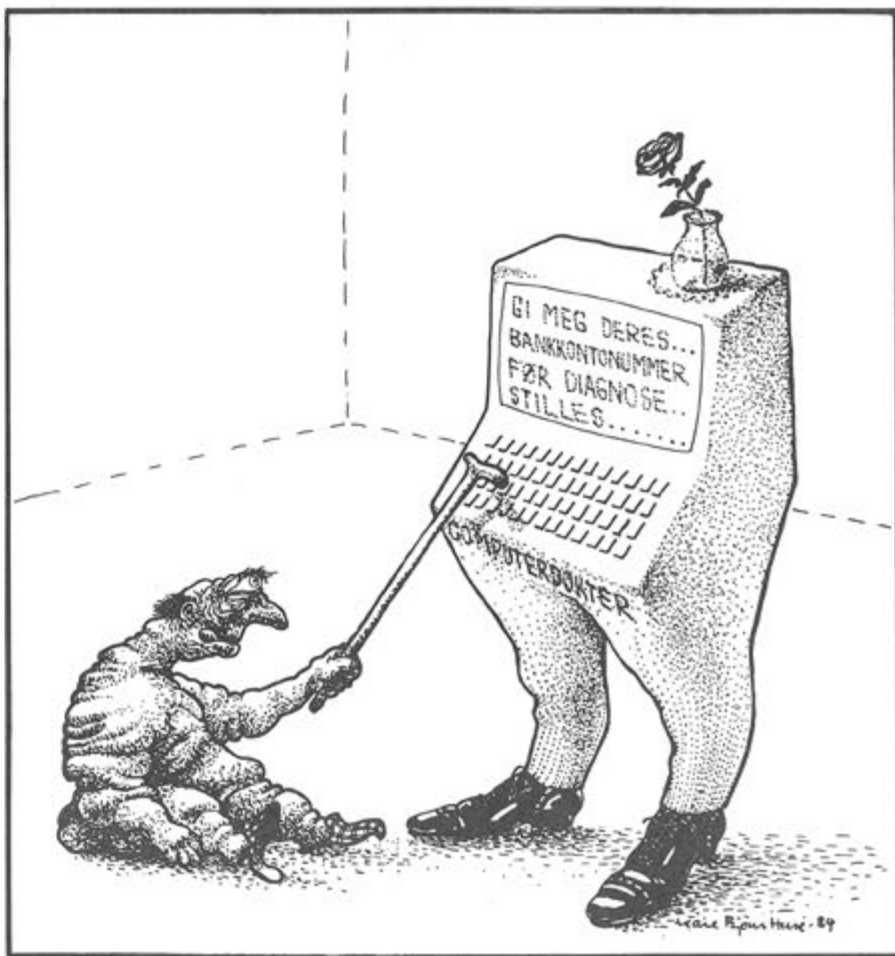
I andre tilfelle kan det tenkes at nedtegninger som gjøres av leger eller annet helsepersonell skjer i samband med forvaltningsvirksomhet. I slike tilfelle vil paragr. 18 og 19 i forvaltningsloven gjelde.

Det ligger imidlertid utenfor rammen av denne artikkel å gå nærmere inn på disse spørsmål ■

# EDB-journal i almenpraksis

□ Av Toralf Hasvold □

TORALF HASVOLD er født i Bardu i 1943. Han har fra 1974 til 1983 vært distriktslege og helserådsordfører i Balsfjord. I 1978 - 80 var han NORAD-engasjert Regional Medical Officer i Botswana. Han har stått sentralt i arbeidet med utviklingen av det såkalte Balsfjordssystemet og har vært tilknyttet Institutt for Samfunnsmedisin i Tromsø. Fra 1983 er Toralf Hasvold distriktslege i Bardu.



Den almenmedisinske journal bør være et speilbilde av den nære, kontinuerlige og forpliktende legetjensten. Den er samtidig en vesentlig del av det armamentarium man bruker for å løse de kliniske problemene i almenmedi-

sin. Noen av særpregene ved almenmedisin, er at man møter de kliniske problemene i et tidlig stadium, de er uselekterte og mange ganger knyttet til og innvevd i den sosiale og økonomiske situasjon pasienten er i. Almen-

legen må derfor i sitt kliniske arbeid skaffe seg oversikt over alle de faktorer som påvirker symptomdannelse og muligheter for helbredelse.

En god almenmedisinsk journal skal gi legen en øyeblikkelig oversikt over pasientens basale informasjon. Med dette mener jeg navn, alder, adresse, yrke, arbeidsplass, familie (ektefelle), barn, boligstandard og oversikt over kroniske lidelser, allergier og faste medisiner. Denne basale informasjon må ikke drukne innimellom de mer utfyllende, fortløpende notatene, men stå fram i journalen som en oversiktlig ramme om pasientens detaljopplysninger.

Neste krav til en god almenmedisinsk journal er oversikt over de kronologiske (fortløpende) konsultasjonsnotatene. (Disse bør føres i en kort og presis språkform). Notatene må være leselige og strukturert slik at man i hvert notat finner igjen de samme viktige elementene som :

problem, symptomer, objektive funn, analyse - plan, diagnose og behandling.

Journalene må arkiveres i et arkivsystem som gir hurtig identifisering og framhenting av enkeltjournalene. Og arkene i hver enkelt mappe bør være fastsittende slik at enkeltark ikke kan legges i feil mappe, eller stikke seg bort på annen måte.

Dette er en skisse av det ideelle manuelle journalsystem. Etter en del års bruk vil selv dette systemet bli uoversiktlig ettersom notatene blir mange og journalene øker i volum. Man har da det paradoks at jo mer informasjon som ligger i journalen, dess mindre "informativ" er journalen i en travel praksis.

Da vi begynte å arbeide med et databasert journalsystem, hadde vi langt på veg strukturert den manuelle journalen etter dette mønsteret.

### Datajournalarkivet

Hva er det datajournalen kan som ikke et godt strukturert manuelt system kan ?

De viktigste fordelene ligger i arkivfunksjonen. Datajournalen er alltid tilgjengelig. Bare her ligger en stor rasjonaliseringsgevinst og sparte ergrelser og utsettelse av arbeid fordi journalen man skulle ha alltid er å finne. Det databaserte arkivsystem er hurtig og man kan ta

fram enhver journal like raskt til alle terminaler, på konsultasjonskontoret, laboratoriet eller ekspedisjonen. Den som sitter i telefonen kan ta fram journalen, mens han/hun snakker med pasienten, og kan gi beskjed uten å måtte løpe til arkivskapet for å hente ut journalen (som kanskje er et helt annet sted). Dataarkivet tar også svært liten plass sammenlignet med det manuelle arkivet.

Det finnes like mange muligheter for gode og dårlige datajournaler som gode og dårlige manuelle journalsystemer. I et datajournalsystem kan man tenke seg hele spekteret av formaliseringsgrader. Den ene ytterlighet vil være en skjemajournal, der man fyller inn i rubrikker koder eller stikkord. Den andre ytterkant av spekteret vil være en helt fritekst journal (tekstredigerings-system). Den journal som passer almenmedisinsk praksis er en kombinasjon av formalisering av noen data, og mulighet for fri tekst. ( Se figur nr.1)

I et fleksibelt journalsystem som Balsfjordsystemet (1), stilles det krav til brukeren om å tenke gjennom hva som ønskes formalisert for å kunne gi direkte statistikkstabeller uten manuell bearbeidelse av statistikkgrunnlaget.

I den daglige praksisbruk vil datajournalen være mer oversiktlig og bedre lesbar enn en manuell journal. Viktig "ramme"-informasjon om pasienten vil ikke kunne overskygges av notatene, men vil alltid stå på en framhevet plass på skjermen.

I Balsfjordsystemet har man lagt inn en begrensning på to skjerm-sider av kronologiske notat. Når dette er brukt opp vil notatmengden være så stor at detaljnotater og uaktuelle episoder skjuler helhetsbildet, og man blir tvunget til å gjøre et resyme for å få bedre oversikt og for å gi plass til nye notater. Ingen av de "bort-redigerte" notatene går tapt, de vil alltid ligge bevart på diskettplater og kan når som helst hentes fram på skjermen.

Ifølge Hendrickson et al. (2) blir de medisinske resymeer i en journal mest brukt, og originalnotatene minst.

Dersom man ikke ønsker å gjøre resyme når to skjerm-sider er fylt med notater, kan man opprette flere sider, men jeg mener kvaliteten av journalen går ned hvis man velger en slik løsning. Da har man ikke utnyttet en av for-

delene med en redigerbar data-journal.

Man kan få utskrevet hele data-journalen, eller deler av den, på papir. En av rutinene vil være å få skrevet ut de resepter som pasienten ofte trenger. Det gjøres hurtig og resepten blir alltid lik den forrige, dersom man ikke ønsker å gjøre endringer. Dessuten blir den leselig, og risikoen for feilskrivning og feiltolkning blir betydelig redusert. I forbindelse med resept-utskrivning har datajournalen et fortrinn som vanskelig kan oppnås i et manuelt system. Man kan direkte lese ut av journalen om pasienten fornyer sine resepter til riktig tid. Dette gir en indirekte antydning om pasientens medikament-compliance.

Bruken av journalnotater som deler av henvisnings-/ innleggelsesbrev har ikke vist seg å være noen stor fordel. Det er for mottageren en uvant måte å få presentert problemstillingen på.

## Oversikt og innkalling av kontrollpasienter

Noen datajournaler (Balsfjord-systemet) har program for kontrollpasientene. Man kan til enhver tid ta ut liste over de pasienter som er satt opp til kontrolltime, for 12 mnd framover i tiden. For oversikt over de

pasientene som ikke har møtt til avtalt kontrolltime, kan man få liste for inntil 3 mnd bakover i tiden. Denne rutinen får størst betydning dersom man knytter den til et innkallingssystem for kontrollpasientene.

## MSIS

Man kan tenke seg at et dataarkiv kunne gi ukeoversikter over de meldepliktige diagnosene. I Balsfjordssystemet har man lagt inn en diagnoseliste for optelling av MSIS-diagnose. I praksis har det vist seg vanskelig å stole på denne lista fordi diagnosene skrives i fri tekst, med de mange muligheter for feilskrivning og bruk av synonymer. Hadde man brukt talkode ville dette problemet vært løst, men da blir journalføringa strengere formalisert igjen. Her må man gjøre et valg - man kan ikke få i pose og sekk.

## Praksisstatistikk

Nesten all den forskning som er gjort innenfor almenmedisin er prospektive registreringsundersøkelser. I de almenmedisinske legejournalene ligger det kolossalt mye informasjon, men det er nærmest umulig å få systematisert den til pålitelig statistikk. Notatene er for unøyaktig ført, de er ikke lesbare, og oversikten

er så dårlig at arbeidsmengden for å få ut holdbar statistikk er nesten uoverkommelig.

En databasert journal som ikke har statistikkmuligheter, er bare et halvt system. Det er nettopp mulighetene for automatisk optelling og søking på gitte verdier (data) som er data-teknikkens store fortrinn.

I Balsfjordssystemet er det to ulike statistikkprogram. Ett (SDS) registrerer et gitt data-sett for hver konsultasjon, disse blir tallet opp og kan etter ønske kryssmanipuleres. Det andre systemet er et søkersystem som kan søke på alle de kriterier brukeren oppgir. Denne søkingen skjer i journalene (arkivet) og blir derved pasientbasert, i motsetning til SDS som er konsultasjonsbasert.

Et slikt søkersystem, vil kunne gi en liste over pasienter som f.eks. bruker et bestemt medikament, tilhører bestemte diagnose-grupper etc.. Erfaring viser at selv de som mener at de har god oversikt over sin praksis, bommer kraftig når de skal anslå antall pasienter med ulike diagnoser.

## Effektivisering

Å beregne nøyaktig hvor mye sekretærtid man sparer inn ved innføring av EDB-journal er nesten umulig. Men tidsstudier jeg har gjort (1) som bare beskriver noe av den totale innsparringa, viser at effektiviseringa er betydelig. Dette vil særlig gjelde for nyetablerte praksiser, som kan starte med et tomt arkiv.

Skal man overføre gamle journalopplysninger til EDB-journalen, så er dette arbeidet meget tidkrevende, og vil spise opp rasjonaliseringseffekten i den perioden dette pågår.

EDB-journalen vil også bety noe rasjonalisering av legens arbeidsrutiner.

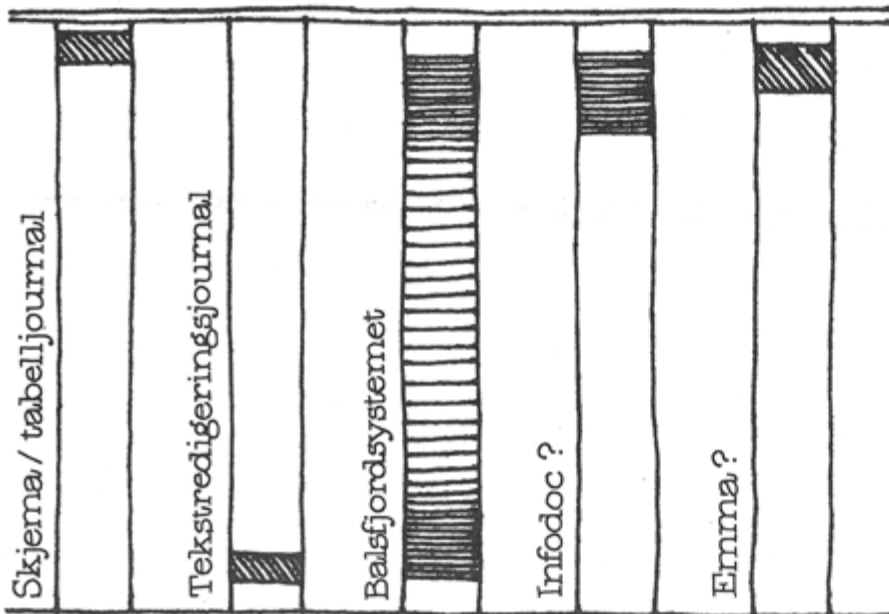
## Personvernet

Med de lokale datajournalssystemer som i dag er på markedet vil personvernet være bedre enn i et manuelt system.

For å kunne tappe et slikt lukket system, må man ha meget avansert utstyr eller være data-ekspert og dertil kjenne de lokale data-program. I dagens situasjon er dette uinteressant, men den dagen alle legekantor har slike system, kan man ikke se bort fra at for-

Figuren viser hele spektret av formaliseringskrav fra datajournalssystemet. Balsfjordssystemet er et fleksibelt system som bare trenger streng formalisering for føring av persondata. Konsultasjonsnotatene kan føres formalisert eller i fri tekst.

## HØY FORMALISERING



## LAV FORMALISERING

sikringsselskaper og banker ville kunne ha stor interesse av en slik tapping. Ulempen er at den slags tapping ikke kan oppdages fordi det ikke setter noe spor eller fjerner noen fysisk gjenstand.

## Framtidas data-journal

Man kan tenke seg mange mulige retninger for utvikling av framtidens databaserte legejournaler. Tidligere har programmørene og dataselskapene vært toneangivende i produktutvikling innenfor alle felt av dataindustrien. Tida er nå inne for at brukerne skaffer seg innsikt i datateknikkens muligheter og begrensninger, og sjøl definerer produktbehov og styrer utviklinga dit vi vil.

Jeg ser da for meg framtidens journal lagt ut på diskett/kort på størrelse med et kredittkort, der pasienten beholder dette og er ansvarlig for oppdateringa. Ved alle henvendelser til helse-tjenesten, det være seg almenlege eller sykehus, presenteres kortet, dette blir oppdatert i helsetjenestens systemer, som også tar kopier for intern lagring og for statistikk.

## Referanser:

1. Hasvold T: Balsfjordsystemet. En beskrivelse og evaluering. ISM, Universitetet i Tromsø. Publiseres våren 1984.
2. Hendrickson et al.: Physicians impressions of old medical records. The Journal of Family Practice, 1983, 17; 1081 - 2. ■

Journalen i almenpraksis

# Nyttå

[Av Ivar Sønbo Kristiansen]  
Formann i Oll

Et begivenhetsrikt 1983 er til ende. Vi har vært vitne til dramatiske stormer i den medisinske andedam. Landets politiske ledelse har i 1982 og 1983 truffet vedtak som vil ha betydning for norsk helsevesen og norske primærleger i mange år fremover. Hvorvidt alle beslutninger er truffet på et rasjonelt grunnlag, vil det rimeligvis være ulike oppfatninger om. Det kan være grunn til å tro at politikernes personlige prestisje og andre ikke-saklige forhold har vært med og preget utviklingen. I Lægeforeningen har de offentlige leger vært den gruppering som varmest har hilst Lov om helse-tjenesten i kommunene velkommen. Optimistene har nok blitt noen illusjoner fattigere i løpet av året. Jeg vil nedenfor se på noen av årets sorger og gleder gjennom Oll-fomannens briller.

## Statlig tilsyn

Karl Evang la mye prestisje i at Helsedirektoratet skulle ha en spesiell stilling i Sosialdepartementet. Han klarte å få et helsedirektorat med status både som departementsavdeling og fagdirektorat. Mange har kritisert denne ordningen gjennom årene. De politiske ønsker om å omorganisere direktoratet ble etterhvert så sterke at utredninger munnet ut i handling i 1983.

Den 21. november var omorganiseringen av Helsedirektoratet et faktum. Det var en uttrykt målsetting at direktoratet skulle styrkes faglig ved omorganiseringen. Men siden vi lever i en antibyråkratisk tid, skulle styrkingen skje med redusert antall stillinger!

Vi har nå fått en departementsavdeling for helsetjenesten samt et fagdirektorat. Dette vil nødvendigvis medføre dobbeltbehandling av saker. Når bemanningen samtidig er blitt redusert i



# Arstanker

Helsedirektoratet, er det dessverre vanskelig å tro på noen faglig styrkning. Av særlig interesse er det at antall legestillinger er redusert til tre. Disse stillingene har i mange år vært lønsmessig akterutseilt. Direktoratets leger har stridd den gode strid og fullendt løpet. Har de bevart troen??

Saken dreier seg om noe langt mer enn lønn og legemakt. Vi er inne i en tid hvor avstanden mellom tilgjengelige ressurser og mulige behandlingstilbud er større enn noensinne. Da er det nødvendig med sentral styring for å hindre at tilfældigheter og den sterkeste rett får styre utviklingen.

Omorganiseringen har gitt Helsedirektoratet en mer hensiktsmessig organisasjon med inndeling etter funksjon. Dette er prisverdigg. Avdeling for kommunehelsetjeneste er en av hovedavdelingene. Utenforstående må imidlertid undres over at det er tilsatt en tannlege som leder av denne avdelingen. Tannleger kan neppe sies å ha spesiell faglig bakgrunn for å lede kommunehelsetjenesten.

Lov om de offentlige legeforretninger er opphevet. Dermed er distriktsleger, stadsleger og fylkesleger uten lovmessig forankring. Distriktsleger og stadsleger var forutsatt å få sin lovforankring i Lov om helsetjenesten i kommunene. Det er uklart hvordan dette skal fungere når loven er utsatt i tre måneder for legenes vedkommende.

I ellefte time har Sosialdepartementet fremmet en lovproposisjon om sentral faglig ledelse av og kontroll av helsetjenesten. Denne loven skal hjemle fylkeslegefunksjonen. Imidlertid er det sterke krefter som vil fylkeslegeembedet til livs. En del fylkesmenn ønsker fylkeslegen lagt under eget embede. Norske Kommuners Sentralforbund ønsker ikke å ha noe sttlig kontroll med helsetjenesten i det hele tatt. En del sykehussjefer ønsker å legge fylkeslegene under sykehussjefen. I skrivende stund er det ikke blitt fremmet noen proposisjon i statsråd. Vi er inne i en periode hvor ansvaret for helsetjenesten

desentraliseres. Fylkene har lenge hatt ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Kommunene får nå ansvaret for primærhelsetjenesten. Desentralisering er vel og bra, men faren for ulike helsetjenestetilbud i forskjellige deler av landet er nå tilstede. Behovet for et visst statlig tilsyn burde være innlysende, men dette blir lite fulgt opp i praktisk politikk.

## Profesjonskamp

1983 har vært preget av en profesjonskamp i helsetjenesten. Sykepleiere og leger har utkjempet en kamp om faglig ansvar og hensiktsmessig organisasjon. Motivene kan være ulike. Ønsket om makt er åpenbart tilstede. Politikerne har nok ettervert blitt lei av sykepleierens militante kjønnskamp, men faller fortsatt for fristelsen til å dukke legene når anledningen byr seg.

Offentlige leger har gjennom mange år fungert mer eller mindre som etatsledere. Mange kommuner har nå formalisert denne ordningen. Men sykepleierforbundet har ikke ligget på latsiden. Korridorpolitikken har mange steder vært vel organisert og gitt overaskende resultater når politikerne har fastlagt organisasjonsmodell for helsetjenesten. Det later likevel til at flertallet av landets kommuner får lege som helsesjef. Det er forøvrig ganske besynderlig at mens den sentrale helseadministrasjon (Helsedirektoratet) har gått fra profesjonsinndeling til funksjonsinndeling, arbeider sykepleierne øyensynlig for den motsatte utvikling i kommunehelsetjenesten.

## Faglig ansvar

Spørsmålet om organisasjonsmodell er nært knyttet til faglig ansvar for kommunens helsetjeneste. Lovgiveren har innført begrepet medisinsk faglig ansvar. Begrepet er nytt og ikke klart definert noe sted. Det samme gjelder begrepet sykepleiefaglig ansvar som er skapt av profesjonen selv. Det blir interessant å se hvordan kommunene velger å forholde seg

til ansvarsspørsmålet. Oll har bedt Løgeforeningen lage en juridisk betenkning om faglig ansvar. Er sykepleiefaglig og fysioterapifaglig ansvar sideordnet eller underordnet det medisinsk faglige? Hvis det medisinsk faglige er overordnet, hvilken instruksjonsmyndighet er knyttet til ansvaret. Sosialdepartementet har ikke gitt noe svar på disse spørsmål. Behovet for utredning er presserende.

Helsedirektoratets forslag til forskrifter om sykepleietjeneste, skolehelsetjeneste og helsestasjonstjeneste tyder på at sykepleierne arbeider for å bli helt selvstendige behandlere. Derfor må vi vite hva som ligger i medisinsk faglig ansvar.

## Forhandlinger

Forhandlingene mellom Norske Kommuners Sentralforbund og Løgeforeningen om legenes betingelser i kommunehelsetjenesten kom til å dominere høsten. Løgeforeningens forutsetning var at man skulle komme frem til en null-løsning. Vi krevde ikke forbedringer av lønns- og arbeidsvilkår, men at tidligere ordninger skulle etableres i en avtale med NKS. NKS hadde samme forutsetning, men la noe ganske annet i null-løsning enn vi gjorde. Resultatet ble en dyp kløft mellom Løgeforeningens krav og NKS's tilbud. Likevel øynet man etter to dagers forhandlinger en mulighet for løsning. Imidlertid trakk NKS tilbake tilsagn om innrømmelser, formodentlig etter "signaler" fra ledende politisk hold. Forhandlingsbruddet var et faktum 1.9.83. Ingen i forhandlingsutvalget kunne akseptere det tilbud NKS la på bordet. Dårlig sikring av legevakt og videre/etterutdannelse var nok viktigst for Oll. Dessuten var samfunnsmedisinen ikke sikret i tilbudet. Etter en lang pause kom det til sonderinger hvor den politiske ledelse medvirket aktivt. Under sonderingene fremsatte Løgeforeningen fire ultimative krav. Disse gjaldt forskrifter om privat legepraksis, øremerking av innsparte trygdemidler til legeformål, mellomlegg for leger uten avtale med kommune eller fylkeskommune og størrelsen på normaltariffstakstene. Det ble ikke reist ultimative krav når det gjaldt tariffavtalen for ansatte leger.

Kravene resulterte i at forskrifter om privat legepraksis blir liberalisert slik at flere leger får rett til avtale med kommune eller fylkeskommune. Løgeforeningen ble fritatt for å være

"vaktbikkje" for "avtaleløse" leger som tar forhøyede mellomlegg. Innsparte trygdemidler blir forsøkt øremerket legeformål. Dessuten var Regjeringen villig til å ekstrabevilge penger til normaltariffen. Det innebærer konkret at refusjonstakstene fra trygdekontoret blir større enn tidligere antatt. Driftstilskuddet fra kommune/fylkeskommune til privatpraktiserende leger blir noe mindre enn forutsatt. Disse forhold medfører alt i alt at det blir lettere enn tidligere antatt å drive privatpraksis uten avtale.

Forhandlingsresultatet innebærer en vridning mot mindre offentlig styring enn Stortinget forutsatte. Det blir vanskeligere å strukturere primærhelsetjenesten enn forutsatt. Dessuten innebærer resultatet en sentralisering. Leger som skal åpne praksis uten avtale, vil neppe gjøre det i Loppa eller Hattfjelldal; de vil gjøre det i sentrale strøk av landet. Når Folketrygdens utgifter til normaltariffen blir større enn forutsatt, vil det særlig komme sentrum til gode.

Videre- og etterutdanning ble ikke så godt sikret som man kunne vente etter loven og dens forarbeider. Staten har imidlertid forpliktet seg til å opprette et nytt fond som skal bruke 8 millioner kroner første år til videre- og etterutdanning.

Lægeforeningen så seg nødsaget til å akseptere at ordningen med fastlønnen legevakt etter Nord-Norgemodellen ble nedlagt. Alle landets kommuner får nå legevaktordning etter normaltariffen. Fastlønnskommunene får nå en sammenblanding av lønn om dagen og privat praksis om kvelden.

NKS var ikke villig til å ta med bestemmelser om overtid i fastlønnskommuner. NKS ble gjort uttrykkelig oppmerksom på de problemer som vil oppstå i mange kommuner når all overtid faller bort. Det skulle derfor ikke være noen grunn til at legene i fremtiden skal utføre gratisarbeid på kveldstid.

Fastlønnede distriktsleger kom ikke heldig ut av forhandlingene. Få vil finne det attraktivt å gå over i fastlønsordning med den avtalen som nå er oppnådd.

Kombinerte distriktsleger har heller ikke grunn til å feire avtalen. Formodentlig hadde ingen ventet at ordningen med kombinerte distriktsleger kunne fortsette helt som tidligere. Det var derfor rimelig at Lægeforeningen gikk med på å normere arbeids-

tiden for disse. Verre er det at man også var nødt til å akseptere at distriktsleger i kombinert stilling ikke skal ha rett til fullt driftstilskudd ved full 38 timers kurativ praksis pr. uke. Dette betyr at distriktslegene kommer dårligere ut enn andre leger med bistilling i kommunen. På den positive siden kan nevnes at distriktslegene som personlig ordning beholder tidligere rett til videre- og etterutdanning og rett til Nord-Norgepermisjon.

Det later til at privatpraktiserende leger har kommet rimelig bra fra forhandlingene. I alle fall er mange av deres tillitsvalgte fornøyd.

## Lyspunkter

1983 har heldigvis ikke vært uten lyspunkter for primærlegene. Lægeforeningens landsstyre vedtok i juni i år å opprette spesialitet i samfunnsmedisin og almenmedisin. Det er oppnevnt spesialitetskomiteer som skal fremme forslag til spesialistregler for Lægeforeningens sentralstyre. Lægeforeningen har nå formelt søkt Sosialdepartementet om godkjenning av spesialitet i samfunnsmedisin. Det gjenstår nå å se om Sosialdepartementet kjenner sin besøkelsestid bedre enn Lægeforeningen har gjort når det gjelder samfunnsmedisin.

Profesjonskamp til tross later det til at mange kommuner velger lege som helsesjef. Det betyr store utfordringer og muligheter til å delta aktivt i utforming av kommunehelsetjenesten.

Lægeforeningen har vedtatt å melde seg inn i AF igjen. Det betyr at vi igjen får anledning til å forhandle for statsansatte leger. Dette gjelder ikke mange, men er viktig for dem det gjelder.

## Hva nå ?

Selv om ikke alle ting gikk som vi kunne ønske for de offentlige leger i 1983, er det ingen grunn til pessimisme. Vi har fått den loven vi har ønsket oss i mange år. Vår oppgave er nå å vise at primærhelsetjenesten holder hva vi lovet i 70-årene.

Oll's styre ønsker å delta aktivt i utviklingen. Vi har hatt et lengre tenkemøte og planlagt ulike aktiviteter. En undersøkelse av de offentlige legers videre- og etterutdanning er på trappene. Hensikten er å dokumentere det nåværende omfang av den,

og se om lovreformen kommer til å endre omfanget. Vi har planlagt samarbeidsmøte med helsesøstergruppen i Sykepleierforbundet og med styret i Aplf. Vi vil medvirke til å få utredet legens rolle som medisinsk faglig ansvarlig i kommunehelsetjenesten. Lægeforeningen har nylig lovet å gjenoppta og utvide kurstilbudet når det gjelder helseadministrasjon for kommuneleger. Oll vil her delta aktivt. Vi har tatt initiativ til å få en videreføring av helsedirektørens årlige møte for distriktsleger. Oll forsøker å hindre at forhandlingsresultatet skal stoppe overgang til fastlønn for dem som ønsker det.

Det sterke engasjement blandt Oll's medlemmer i 1983 tyder på at vi kan se nye utfordringer lyst i møte ■

# Forvirringen fortsetter

□ Av Magne Nylenna □

For folk flest må den siste tids utvikling på helselovområdet mest av alt minne om fjernsynserien "Forviklinger" som gikk for noen år siden, og som var karakterisert ved stadig mer intrikate og innflette problemer og intriger.

Etter at man altså langt om lenge har kommet frem til et anbefalt forslag til avtale mellom legene og fylkes- og primærkommuner, synes det som om et flertall av fylkene ikke vil godta avtalen når det kommer til stykket. Kommuner og fylker hadde frist til ut februar med å bestemme seg, men på det tidspunktet hadde kun omkring 50 kommuner (hvorav alle har godkjent avtalen) og 5 fylker (hvorav 2 har godkjent avtalen og 3 forkastet den) behandlet saken.

Fra fylkeskommunene har det kommet sterke innvendinger mot avtalen, og mye tyder i dag på at et flertall av fylkene vil forkaste den. Innvendingene fra fylkene, som i denne forbindelse kun skal behandle avtalene med de privatpraktiserende spesialistene, er at den foreliggende avtale ikke gir fylkene god nok styring, og at den åpner for at spesialister uten avtale kan ta et høyere mellomlegg enn de med avtale. Selv om situasjonen jo er helt analog i primærkommunene synes ikke denne problemstillingen å bekymre mange kommuner. I tillegg er det bemerket at det

nye systemet bare i liten grad sikrer at henvisningsordningen frem og tilbake mellom almenlege og spesialist vil fungere etter intensjonene.

At behandlingen av saken rundt om i landet har fått klare partipolitiske tendenser gjør ikke det hele mindre komplisert.

## SENTRALFORBUNDETS ROLLE

For å forstå det som skjer er det nødvendig å ha klart for seg den rolle Norske Kommuners Sentralforbund spiller i saken. Sentralforbundet, som er kommunenes og fylkenes felles interesseorganisasjon, forhandler på vegne av sine medlemmer med arbeidstagerorganisasjonene i den kommunale sektor. Sentralforbundet er imidlertid

ingen arbeidsgiverforening, og i henhold til kommuneloven må den enkelte primær- og fylkeskommune vedta tariffavtalene med sine ansatte.

Vanligvis vil denne behandlingen på lokalplanet være en ren "sandpåstrøing" etter at Sentralforbundet har kommet frem til et anbefalt forslag. I blant har man riktignok hørt om en og annen kommune som har nektet å godta en avtale med sosionomforbundet eller NITO, men etter kort tids blokkering av en stilling eller to eller etter en telefon fra Sentralforbundet til kommunen, har som regel saken løst seg. Underveis i forhandlingene har nemlig Sentralforbundets forhandlere hele tiden kontakt med sine politiske organer, som jo er kommunenes og fylkenes valgte representanter. I siste instans er det da også disse organene som godtar avtalene før de sendes ut til kommunene.

Dette var det da også som skjedde i forhandlingene med legeföreningen. At fylkene nå nekter å godta en avtale som deres egne organer har forhandlet seg frem til, må i like stor grad ses som en protest mot Sentralforbundet som mot de andre partene i saken, nemlig legeföreningen og staten.

Dersom et fylke eller en kommune nekter å godta en avtale som er anbefalt av Sentralforbundet og den aktuelle fagforening, må man selv søke å inngå forhandlinger. Det er liten grunn til å tro at Sentralforbundet vil forhandle på fylkets vegne og kanskje enda mindre grunn til å tro at legeföreningen, som jo har forhandlet seg ferdig med kommunenes fellesorganisasjon, er interessert i lokale forhandlinger.

Så fastlåst er altså situasjonen.

Sannsynligvis vil en innгриpen fra staten, som i det minste har økonomiske virkemidler som "riset bak speilet", ikke være til å unngå.

## HVA VIL SKJE ?

Når dette leses vil forhåpentlig også denne floken være løst, enskjønt når det gjelder denne saken synes intet å være gitt på forhånd.

Det er vanskelig å se at regjeringen kan akseptere en ytteligere utsettelse, og det er også vanskelig å se

at opposisjonen kan klare å få til den koblingen mellom lov/avtale og privatisering av helsevesenet som det åpenbart legges opp til.

Det er påfallende under hele arbeidet med den nye helseloven å se hvor konsekvent de involverte parter har greid å la være å spille på lag. På den måten har man systematisk og gjennomført klart å gi folk inntrykk av at dette er noe rot og elendighet fra ende til annen og at hele kommunehelseloven egentlig skulle vært unngått. For hver ny konflikt som oppstår fester dette inntrykket seg, og den nye ordningen får en såvidt vanskelig start som vel mulig.

Man kan med god grunn spørre seg om årsaken til dette. Aldri har vel en reform vært planlagt i så god tid og vært så drøftet og gjennomarbeidet, og altså likevel.

Alle involverte parter, regjering, opposisjon, fylker, kommuner og fagforeninger burde nå innse at ytterligere problemer og konflikter kun kan virke skadelig for selve saken og av den grunn besinne seg - om ikke skade er hva man ønsker.

I mellomtiden fortsetter altså forvirringen ■



## INNLEDNING

Inger Njølstad tar opp et svært aktuelt kronisk recidiverende problem i almenpraksis i den påfølgende artikkel: Hvordan skal vi ordne den daglig innstrømmende laboratedatamengden til vårt kontor? Det dreier seg stort sett om enveistrafiikk, - nye data samles stadig inn og akkumuleres i tillegg til alt vi har samlet på i 2-7-12 år eller flere. I den enkelte journal mistes lett oversikten, og mange irrelevante prøvesvar og plasskrevende negative laboratoriesvar øker journaltykkelsen faretruende. Denne akkumulering fører uunngåelig til overfylte journaler og økende arkivproblemer dersom vi ikke har en eller annen form for plassbesparende rutine m.h.t å oppbevare slike data.

Er det noe å gjøre med dette? Eksisterer det gode systemer/ru-

tiner som både er rasjonelle i den daglige kontorpraksis og som gir orden oversikt og enkel tilgjengelighet når vi skal benytte denne informasjonen? EDB løser dette problemet for noen få, men for de fleste av oss blir det enten å skrive data fortløpende ved journalnotatet, notere på egen lab.ark, la prøvesvarene ligge løse i journalen eller lime dem opp på egne ark. Noen bruker egne lab.bøker for svar på de vanligste kontorprøvene, andre benytter egne rubrikker på journalarkene, og noen ferdig pregede standardstempler der tallene skrives inn.

Erfarigene er forskjellige, og det som er bra for en, passer kanskje ikke for en annen. Det er mange hensyn å ta, og mange problemer. Hva med de vanlig prøvene vi tar ofte av mange? Hva med de mer spesielle prøvene vi bare tar sjelden hos noen få? Og hva med de mer omfattende prøvesvar fra røntgen, bakt.us, histologier m.m.? Bør negative prøvesvar kastes? Hva med de gamle prøvesvarene vi har liggende? Er det best med lab.ark der man lett får oversikt over de enkelte lab.verdiers kontinuitet og variasjon, eller er det viktigere med lab.-data ved siden av journalnotatet, slik at klinikk og lab.svar enkelt kan koordineres? Skal legen selv eller hjelpepersonellet holde orden i systemet? Vi håper disse problemstillingene og den påfølgende artikkel kan inspirere noen til å formidle sine gode ideer og erfaringer til Utpostens lesere! (Øystein P.)

# Bruk av laboratorie-skjema i almenpraksis

Av Inger Njølstad   
Distriktslege i Tromsø

Ved distriktslegekontoret i Tromsø har vi tidligere notert prøvesvar i pasientjournalen etter de aktuelle konsultasjonsnotatene eller latt prøvesvar ligge løst i journalen. Begge metoder gir temmelig uoversiktlige journaler. Vi bestemte oss

derfor for å innføre laboratorie-skjema. En uformell telefonrunde til en del legesentra viste at forbausende få benytter seg av laborieark. Ved noen sentra limes innkomne prøvesvar opp på egne ark. Heller ikke denne metoden gir særlig god oversikt, og unødig mye papir hopes opp. Blant de laborieark vi fikk tilsendt, fant vi ingen som var helt velegnet for vårt formål. Enten var det satt av plass for undersøkelser som er lite aktuelle i almenpraksis, eller viktige rubrikker manglet. Vi har derfor utarbeidet et eget laborieark, som vist i fig.1 og 2.

Laboratorieskjemaet er et ark i A4-format, trykket på tynn kartong i lett gjenkjennelig farge (grønn). Det er viktig med god papirkvalitet, fordi dette er et ark som ofte tas ut av journalen. På den ene siden er det satt av plass for flere typer undersøkelser: urin- og fæcesundersøkelser, serologiske/immunhematologiske prøver, bakteriologiske og cytologiske prøver. Nederst på siden finnes noen få helt åpne linjer. Disse kan benyttes etter behov - f.eks. til å notere resultat av blodutstryk.

Side 2 er tiltenkt klinisk-kjemiske blodanalyser. Legemiddelanalyser kan også noteres her. Vanligvis foretar man et begrenset antall prøver av hver enkelt pasient. Det er derfor unødvendig å fylle hele siden med svarlinjer for over 50 ulike prøver. I stedet har vi valgt å dele siden i to, med to sett datorubrikker. Dette øker brukstida for hvert ark og er særlig praktisk når et lite antall prøver kontrolleres ofte, som ved diabetes.

For alle typer laboratorieundersøkelser er det faste rubrikker for et utvalg av de vanligste analysene, slik at man kan gjøre seg kjent med skjemaet. Utover dette har vi valgt å ha mange linjer åpne for å gjøre skjemaet fleksibelt i bruk.

Vanligvis oppbevares laboratoriearket i pasientjournalen. Når det skal taes blodprøver av en pasient, krysser legen av de aktuelle prøver på skjemaet. Pasienten får så med seg arket inn på laboratoriet. Dersom prøver skal sendes til andre laboratorier, er det legens ansvar å fylle ut nødvendige rekvisisjoner. Etter påføring av resultater av egne laboratorieanalyser leveres arket tilbake til legen eller arkiveres direkte i journalen. Svar på innsendte prøver blir som før vurdert av rekvirerende lege. Deretter blir svarene lagt i journalen. Ved neste konsultasjon fører legene prøvesvarene på lab.arket og svarslippen kastes.

Fordelene ved bruk av laboratorieark er viktige. Selve journalen blir tynnere og mer oversikkelig. Man unngår at prøvesvar på små slipper forsvinner i mengden eller stikker seg bort i andre journaler. Oversikten blir god, og et blick på laboratoriearket kan forhindre unødvendig prøvetaking og sikre nødvendige kontroller.

Den største ulempen ved systemet ligger i selve innføringen av

LABORATORIEARK NR. fig. 1

		Navn		Fødselsnr.		Blodtype	
STIK	URIN						
	Diagn.						
	Prost.						
	Blod						
	Glukose						
	Røde						
	Hvite						
	Balle						
	Epitel						
	Substans						
Urcult							
FÆCES	Diagn.						
	Blod						
SEROLOGI	Diagn.						
	Latten						
	Whittor						
	ASAT						
	Yersinia						
BAKTERIOLOGI	Diagn.						
	GC						
	Trich						
	Gardbota						
	Gardherella						
BAKT. UR	GC						
	Gardbota						
	Gardherella						
	Chlamydia						
CYTOLOGI	Diagn.						
	Platesmer						
	Sylinder epitel						
	Andre celler						
	Trich						
	Bakteriesporer						
	Nu prøve						
	Hst u/s hest						
	Prep. ut						

fig. 2

BLOD	Diagn.						
	Hb						
	SR						
	Hst						
	Glukose						
	Natrium						
	Kalium						
	Clord						
	Ureastoff						
	Kreat						
	Bilirubin						
	ALP						
	ASAT						
	ALAT						
	LDH						
	GT						
	CPK						
	Amylase						
	Tot. prot.						
	Albumin						
Chol							
TO							
Sefe							
TIBC							
B <sub>12</sub>							
Folsyre							
Urinnye							
	Diagn.						

skjemaet. Det tar lang tid å rydde opp i en tykk journal, ordne prøvesvar kronologisk og føre dem over. Men når rutinen er innarbeidet, kan man til gjengjeld spare tid.

Skjemaet har nå vært i bruk noen måneder, og det har vist seg å ha

enkelte mangler. Rubrikken for urinundersøkelser burde inneholde plass for flere "stix"-analyser. Det hadde vært praktisk å kunne notere resistensbestemmelser for urin- og andre bakteriologiske prøver. Patologisk-anatomisk laboratorium gir ofte tillegskommentarer ved cytologiske prøver

som det ikke er satt av plass til. Rubrikken for serologiske prøver kunne trenge flere svarlinjer. Allergologiske prøver er ikke tatt med. Allikevel kan vi si at skjemaet stort sett oppfyller vårt krav om mest mulig informasjon på minst mulig plass■



# Norsk Selskap for All

## Internasjonale kontakter

□ Av Olav Rutle □

Et av formålene med selskapet er å stimulere til og utvikle kontakter med internasjonale almenpraktikermiljø. Tidligere har slike kontakter for endel vært ivarettatt av de almenmedisinske/samfunnsmedisinske institutter. Selskapet vil heretter trolig bli den sentrale instans for slike internasjonale kontakter, og styret vil opnevne kontaktpersoner. Foreløbig har selskapet gitt forlenget mandat til de kontaktpersoner som er i aktivitet.

For tiden er det fire slike grupper/foreninger selskapet vil være representert i/medlem av. Det er "The New Leeuwenhorst Group", "European General Practice Research Workshop" (EGPRW), "World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians"

(WONCA) og "Societas Internationalis Medicinæ Generalis" (SIMG).

De to førstnevnte gruppene er et resultat av den såkalte "Nordsjøkonferansen" i 1971, hvor representanter fra almenmedisinske miljøer rundt Nordsjøen møttes. Leeuwenhorstgruppa skulle ta seg av utdanningsspørsmål, mens EGPRW skulle arbeide med forskning.

I Leeuwenhorstgruppa er nå Dag Søvik medlem. De fleste europeiske land er representert. De hadde sitt siste møte i London i oktober 1983. Møtet var særlig opptatt av mål og metoder i grunnutdannelsen i almenmedisin, og de diskuterte evaluering av lærings- og utdanningsmetoder i almenmedisin.

Dag Bruusgaard er medlem av EGPRW, fra starten av selvopnevnt, men fra sommeren 1983 representant for NSAM. Han fungerer nå som viseformann i

gruppa. Denne gruppas mål er:

- Å oppmuntre til almenmedisinsk forskning
- Å gjennomføre og koordinere multinasjonale forskningstudier
- Å utveksle forskererfaring, dvs å utvikle en vitenskapelig basis for almenmedisinsk forskning.

Foreløbig er det kanskje deltagene selv som har hatt størst utbytte av gruppa, i alle fall er det få i Norge som kjenner til EGPRW, eller vet hva det står for. Gruppa har imidlertid gjennomført flere mindre internasjonale studier, bl.a. om dyspepsi og tiltak ved utflod, og de har gitt ut et manifest om almenmedisinsk forskning som vil bli publisert i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Siste møte hadde EGPRW i Reinfelden i Sveits, oktober 1983. Temaet på dette møtet var henvisninger. Det ble vist store variasjoner fra lege til lege, variasjoner som vanskelig kan forklares ut fra vanlig legevariabler, pasientvariabler eller helsetjenestevariabler. Slike forskjeller vet vi foreligger i Norge også - hva kan årsaken være? Her ligger det et spennende forskningsfelt foran oss■

# Selvevaluering

## Medikamentforskrivning

Av Olav Rutle

Selskapet har nedsatt et utvalg for selvevaluering. Selskapet håper etterhvert å kunne tilby medlemmene flere opplegg for selvevaluering. Det er planen at disse delvis skal brukes av grupper, men også av enkeltleger som ønsker å studere sin egen praksis "inni rommet det dulde".

Som det tidligere har vært annonsert i Utposten, har vi startet et samarbeid med Norsk Medisinaldepot (NMD). NMD vil hjelpe oss med to ting. For det første fremskaffe apotekstatistikk for distrikter der ett apotek har et rimelig avgrenset nedslagsfelt.

Det vil vise legenes forskrivningsmønster i dette distriktet. For det andre vil de hjelpe oss med å bearbeide reseptregistreringer som medlemmene ønsker å gjøre.

Det første tiltaket passer for grupper av leger som sokner til ett apotek. Det har meldt seg fem slike grupper, og sammen med disse er vi i gang med å foredle dette opplegget til å bli et nyttig og permanent evalueringsredskap for medikamentforskrivninger. Dersom det finnes andre interesserte leger som sokner til ett apotek med et velavgrenset nedslagsfelt, er de velkomne til å delta.

Det andre tiltaket blir et tilbud

til hver ankelt lege. Han/hun kan registrere medikamentforskrivningen sin over en viss tid, reseptene vil så bli behandlet ved NMD, og legen vil få tilbake statistikk over sin reseptforskriving sammen med bakgrunns-litteratur. Deltagerne vil få valget mellom å registrere enten antihypertensiva, antibiotika eller psykofarmaka. De som melder sin interesse, vil få tilsendt spesielle reseptblokker sammen med en veiledning. Vi regner med at dette tilbudet er klart er gang på vårparten 1984, men finnes det interesserte leger, er det bare å melde seg. Det mest ideelle ville være dersom to eller flere registrerer samtidig for så å diskutere resultatene etterpå, men det er også plass for "den ensomme ulv". Blir interessen stor, kan det tenkes at tilbudet utvides til også å gjelde andre medikamentgrupper. Tilbudet er gratis (i alle fall inntil videre) for deltagerne. Det kan forøvrig nevnes at det vil bli presentert på Beitokurset i år. ■

# Almenmedisins spalter

## Dansk Selskab for Almen Medicin

Dansk selskab for almenmedicin (DSAM) holdt sitt årsmøte 4.6. november 1983 i Helsingør. Under- tegnede var utsendt observatør fra NSAM.

DSAM er kommet i tenårene, og som tenåringer flest har selskapet vokst kraftig de siste årene. Personlige håndskrevne brev fra formannen til ikke-medlemmer kan være noe av årsaken til dette. For tre år siden hadde DSAM 900 medlemmer, nå har de godt 1600, og de har et budsjett på nesten 300 000 kroner. Kontingenten er på 500 kroner, men nyetablerte almenpraktikere får tilbud om et års gratis medlemskap. Sist år var det 84 av 102 som etter gratisåret ønsket å fortsette som medlemmer. Nylig er "Foreningen av yngre almenmedisinere" (Fyam) startet. DSAM støtter denne foreningen, og en arbeider for at den nye foreningen på en eller annen måte skal tilknyttes DSAM.

Fra årsmeldingen skal ellers nev-

nes at Selskabet stadig diskuterer målsettingen og den framtidige utvikling av almenmedisin. To saker som særlig har vært diskutert er hvor sterkt almenpraktikeren skal engasjere seg i samfunnsmedisinsk arbeid. Skal all tiden gå med til individuelle pasientundersøkelser, eller skal det også brukes tid på medisinsk arbeid rettet mot lokalmiljøet? Det andre emnet er svangerskaps- og fødselspolitikk. Svangerskapsprofylaksen i almenmedisin må ikke uthules, og almenpraktikerne må bli enda bedre i dette arbeidet. Det spørres også om det igjen bør bli en reell mulighet for hjemmefødsler. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere bruk av ultralyd i svangerskapet. Som vi ser er problemområdene nokså like de vi strever med.

Det er et nært samarbeid mellom DSAM og PLO (Den danske forening tilsvarende Apf). Begge har observatører i den andres styre. De har også hatt et felles styre-

møte. Det har nok vært en del konfrontasjoner mellom de to foreninger, men etter hva jeg forsto er de blitt færre og mildere i formen, og et gjensidig befruktende samarbeid har kommet i steden.

Også det danske selskapet har funnet ut at det er viktig å stimulere til desentraliserte aktiviteter. For snart to år siden ble det derfor oppnevnt amsrepresentanter (1-2 representanter i hvert amt), som skulle være bindleddet mellom medlemmene på lokalplanet og styret. Deres oppgave er også å stimulere og initiere lokale tiltak. Ved oppnevning av amsrepresentantene synes det som om selskapet har klart å få i gang en rekke aktiviteter i distriktene. Det har vært holdt en rekke møter, 12-mannforeninger er gjenopp- livet, og det er arrangert fire kvelder med frie foredrag.

Av permanente utvalg har DSAM utdannelsesutvalg, forskningsutvalg, utvalg for multipraksisundersøkelser, medieutvalg og et EDB-utvalg. Selskapet deltar aktivt i internasjonale aktiviteter, der utgis et eget blad, DSAM-orientering, og det er medansvarlig for tidsskriftet "Månedsskrift for praktisk lægegerning". ➔

Årsmøtet begynte på fredag kveld og varte til søndag middag. Fredag og lørdag var det faglige program mens generalforsamlingen fant sted på søndag. Legenes sekretærer var hjertelig velkomne på møtet ( de fleste så ut til å være legekoner?), derfor var programmet lagt opp til også å passe for dem. Det var tre sideløpende seksjoner som ble gjentatt to ganger. Emnet var kommunikasjon, og titlene var "Samtalens mysterium", "Udnyttelse af dit sanseapparats ukendte muligheder" og "En analyse af en besværlig konsultation". Jeg deltok på den første og den siste, og må si at besværlige konsultasjoner fortsatt er besværlige - resultatet var magert. Den første seksjonen viste seg å være en beskrivelse av desentralisert psykiatrisk hjelp til almenpraktikeren i Vejle-området. Psykiateren reiste regelmessig ut til almenpraktikere, ga dem supervisjon på samtaleteknikk og råd om pasientene. Psykiateren reiste til og med på sykebesøk sammen med almenpraktikeren der de fant det riktig. En evaluering av aktiviteten viste at behovet for innleggelse på psykiatrisk avdeling avtok, og etter psykiaterens mening var det de som hadde størst behov og nytte av behandlingen som nå blir lagt inn. Det var et interessant eksperiment, kanskje kan lignende forsøk settes igang hos oss?

Under årsmøtet ble det delt ut tre priser. Selskapets egen Essay-pris gikk til beste besvarelse på oppgaven "Den alment praktiserende læges rolle i sundhetssektoren". Etter min mening en håpløst omfattende oppgave,

men det ble påstått at de hadde fått mer enn en besvarelse.

Pharmacia-prisen ble utdelt til EDB-utvalget. Det har lagt ned et stort arbeid for å tilpasse EDB til almenpraksis. Trolig ligger nå DSAM foran produsentene og kan sette fram krav og ønsker, i stedet for at produsentene skal bestemme hva som passer til almenpraksis og gjennom gode salgskampanjer lage et komplett ugjennomtrengelig virvar for den almenpraktiserende lege.

Schering-prisen ble tildelt Carl Erik Mabeck, nå almenmedisinsk professor i Århus, for hans store og mangeårige innsats for faget almenmedisin generelt og for forskning spesielt. Disse prisene må være til stor glede og inspirasjon for mottagerne, og overrekkelsene setter en ekstra spiss på årsmøtet. Vi får håpe at vårt eget selskap også en gang får økonomi til et lignende tiltak.

Totalt var årsmøtet en inspirerende og svært hyggelig opplevelse. Dansker er hyggelige mennesker, og fest og festmåltider kan de. Når de til og med tilbyder sine "sommerhuse" (kanskje var det bare et utslag av årsmøterusen?), må selv en alvorsstemt og farrisdrikkende vestlending gi tapt.

Problemer vi steller med er mye de samme - kan løsningene og den kommende utvikling bli enda bedre dersom vi innleder et nærmere samarbeid? Kanskje kan vi begynne med å åpne årsmøtene for en kontingent fra nabolandet? ■

## BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

# Fiskernes venn

Ved Berit Olsen   
Distriktslege i Hammerfest

Kollega Fugelli har gjennom flere år nå markert sin interesse for fiskerimedisin og fiskernes arbeidsmiljø og helse, og er blitt den naturlige rådgiver for fiskernes yrkesorganisasjoner i slike spørsmål.

(Her, som i så mange andre sammenhenger, blir en slått av det nødvendige i at det kommer personer fra helt andre miljøer og ser med friske øyne på den

aktivitet som foregår.)

Som et resultat av samarbeidet med Noregs Fiskarlag kommer nå "Fiskerens Helsebok", en utvidelse og bearbeiding av artikler fra fiskernes fagtidsskrift MEA's månedlige helsespalte.

Utposten har bedt meg anmelde boka, noe jeg med stor glede gjør; men da ikke først og fremst som helsearbeider, men som repre-

sentant for fiskerfamiliene langs kysten.

Boka har fått meg til å reflektere litt over hvilke krav en ideelt bør stille til helseopplysning og håndbøker av dette slag. Jeg er kommet fram til at følgende må være viktig:

- at informasjonen når fram til målgruppene, både rent konkret og i overført betydning





- samtidig som budskapet oppfattes som nyttig og nødvendig for den det gjelder, og ikke som utidig moralisme

- at informasjonen holder faglige mål, samtidig som den er "jordnær" nok til å kunne reageres på og omsettes i praktiske handling. Per Fugelli får beste ståkarakter på alle punkter:

Samarbeidet med Noregs Fiskarlag har medført at laget har sendt boka ut som julegave til alle sine medlemmer, foruten til helserådene.

Også rent lay-outmessig er boka "appetittstimulerende"; hendig format, plastbelagt for- og bakside, rikelig med illustrasjoner og uthevelser i teksten, realistisk bildemateriale, og ikke minst: en fiks oppslagsguide i førstehjelp på bakpermen.

At boka også når fiskerne i språkdrakt og framstilling kan det ikke herske tvil. Fugelli har evne til å begeistre, liksom han også selv lar seg begeistre, slik som i innledningskapitlet, hvor han avholder en liten yrkesmedisinsk andakt over fiskerlivets gleder og yrkets verdier. Fugelli formidler et ekte medengasjement i fiskeryrkets helsemessige konsekvenser som aldri blir patroniserende eller påtrengende.

Tilslutt: Vil boka bli anvendt slik den er tenkt? Vil dette bli ei bruksbok som kaffeflekket, fettete og slafset slingrer hjemmevant mellom krøllete draft i bestikket på alle slags fiskende farkoster langs norskekysten?

Jeg tror det. Og heri ligger den største anerkjennelse en forfatter av helseopplysningslitteratur kan oppnå.

Derfor overskrifta (- som skriver seg fra en publikasjon med et kanhende mindre jordnært budskap -), for selv om Per Fugelli ikke er plagsomt misjonerende, så har han stimulert fiskernes eget engasjement i helse og arbeidsmiljø ombord.

For dette skylder vi ham stor takk.

Fugelli Per: Fiskerens helsebok. Utgitt i samarbeide med Noregs Fiskarlag. Universitetsforlaget 1984. Pris kr.85.-.

# Store behov, trange rammer

□ Ved Frode Heian □

Det har ikke manglet på signaler om overproduksjon av helsepersonell de siste årene. Fremtidsutsiktene for nyutdannet helsepersonell er dystre og vil sette store krav til solidariteten både innen og mellom yrkesgruppene. En høy personelltilgang kombinert med stadig lavere vekst i helseøkonomien er et felles nordisk problem.

SIFF - Gruppe for helsetjenesteforskning har utarbeidet en rapport som setter tall på dette. Den kom ut sist høst og er trolig allerede lest av en del, men inneholder så sentrale data og spørsmålstillinger at den fortjener omtale for bredere grupper.



Gruppen har beregnet forholdet mellom personelltilgang og - etterspørsel fram til 1990. Som grunnlag for beregningene er det satt opp to alternativer for reell vekst i lønninger i helsesektoren: 1 og 3%, det første anses mest sannsynlig.

Hvis reallønnen holdes konstant vil dette medføre følgende i 1990: Hver 5. lege, hver 10. tannlege, hver 4. sjukepleier, hver 2. hjelpepleier og hver 2. fysioterapeut vil stå uten arbeid.

I Norge må det være 4,4% vekst i lønnsmidlene for at det skal bli full sysselsetting. Det høyest sannsynlige vekstalternativet vil altså også medføre en viss arbeidsløshet.

Det tas flere forbehold til tallene ovenfor. Den politiske tyngden helsesektoren representerer kan medføre at samfunnet likevel omprioriterer og øker bevilgningene. På den annen side skisseres også reduksjon av reallønn for helsepersonell, økt deltidsarbeid o.l., som aktuelle løsninger.

Gruppen reiser også spørsmål om en omprioritering av personellressursene pga. økt vekt på forebyggelse, endret sykdomspanorama og ikke minst endret alderssammensetning i befolkningen. Legene skal merke seg at en "veksling" av f.eks. 1000 leger mot 3000 sykepleiere for å dekke det økende pleiebehovet hos eldre, skisseres som en aktuell mulighet.

Ellers fokuserer rapporten på aktuelle problemstillinger som:

- utdanner vi for framtidens oppgaver?
- skal vi fortsette å utdanne på

# Lege får studiepermisjon

høygear til behovene i utkantene er dekket opp - eller skal det brukes andre virkemidler? - skal helsetjenesten spille en rolle som sysselsetter? osv.

Rapporten er omfattende og inneholder mange detaljer, fremstilt i kurver og diagrammer, over yrkesgruppene lønnsandeler, kjønnsfordeling i ulike yrkesgrupper, andelen av deltids-sysselsatte m.m. Her er interessante sammenlikninger de nordiske land imellom både når det gjelder data og bakgrunn for helsepersonellutviklingen.

Konklusjonene i rapporten er utfordringer på flere måter. Vi skal argumentere godt for å få opprettet tilstrekkelig nye stillinger i helsesektoren, vi må revurdere studiekapasiteten, og ikke minst må vi være villige til å dele tilgjengelig arbeid med våre nyutdannede kolleger.

SIFF-Gruppe for helsetjenesteforskning:

Hofoss, Flower,  
Gertz, Isokoski:

Rapport nr. 7  
Helsepersonell i Norden  
1980 - 1990  
150 s.

(Norsk tullegrambyrå) Helse- direktør Torfinn Morsk har gitt almenpraktiserende lege Bjørn Nedreland i Darenal 4 måneders studiepermisjon. Nedreland opplyser til NTB at han ikke har søkt permisjon. Morsk uttaler at Nedreland får permisjon uten lisens for å avklare sitt forhold til norsk helsevesen. Det kan bli aktuelt å gi Nedreland forlenget studiepermisjon eller frata ham legeautorisasjonen. Morsk presiserer at permisjonen ikke må oppfattes som et forsøk på å støte Nedreland ut av norsk helsevesen. Man ønsker tvert imot å fange ham inn i den gode fold.

Dr. Nedreland ble landskjent for sin behandling av impotens med celleekstrakter fra kanintestikler. Mange av dem som fikk behandling sto frem i TV's På direkten og fortalte om gode resultater. Nedreland ønsker å fortsette med sin behandling og har nå søkt Darenal kommune om driftstilskudd for 98 timers ukentlig praksis.

Ved henvendelse til Helsedirektoratet får NTB opplyst at Morsk ikke er tilgjengelig for kommentar grunnet utenlandsreise. Den andre legen som er ansatt i Direktoratet, er sykemeldet på grunn av stort arbeidspress. Saken kommenteres derfor av avdelingsdirektør Asker som mener at dr. Nedrelands metoder er forsvarlige så lenge han ikke behandler tenner.

Asker opplyser at Helsedirektoratet har mottatt klage fra 22 kvinner og en mann på dr. Nedreland. Direktoratet vil ikke opplyse hva klagen gjelder.

Sosialminister Helrøed har fått saken til vurdering. Han mener at det var en feil å gi dr. Nedreland autorisasjon og praksistillatelse. Han vil be om en rapport om saken fra fylkeslegekollegiet. A. Seier-Larsen, som er formann i kollegiet, regner med å ha en 900-siders rapport om saken ferdig i løpet av nærmeste uke.

(Bidraget forfattet av en alment aktet og landskjent kollega som ønsker å være anonym denne gang)■



# Nystiftet portugisisk almenpraktikerforening

INTERNASJONALT MØTE I EVORA 19.-21. JANUAR 1984.

Av Herman Anker   
Ass. overlege Oslo Helsreråd

Primærhelsetjenesten i Portugal har ikke tidligere hatt forankring i almenmedisin som eget fagområde. Kurative tjenester har hovedsakelig vært ytet gjennom trykkesystemets poliklinikker bemannet av deltidsansatte leger, ofte sykehusspesialister. De lokale helseadministrasjoner, som er underlagt en annen gren av statsforvaltningen, har vært ansvarlige for forebyggende arbeid som helsestasjonsvirksomhet. Utenom de store byene har primærhelsetjenesten vært svakt utbygget.

Da NORAD's prosjekt for utvikling av primærhelsetjenesten i Vila Real-distriktet i Nord-Portugal kom i drift i 1978, ble Institutt for almenmedisin ved Universitetet i Oslo knyttet til prosjektet i en faglig rådgivende funksjon. I denne sammenheng har professor Chr. Borchgrevink og undertegnede fulgt utviklingen på nært hold.

Almenmedisin var et nytt begrep for de fleste av 25 tilhørere ved det første seminar vi holdt i Porto våren 1979. I løpet av de 5 år som siden er gått er mye skjedd både lokalt i prosjektområdet og på nasjonalt nivå. En sykepleierskole og 4 store helse-sentre er kommet i drift i Vila Real-distriktet, en rekke seminarer for helsepersonell har vært holdt, mange stipendiater og helsedelegasjoner har besøkt Norge. Portugals første institutt for almenmedisin ble åpnet i Porto i 1981 som et delprosjekt for å etablere almenmedisin som akademisk fag.



I august 1982 vedtok myndighetene en lov som innførte almenmedisin og offentlig helsearbeid som nye karrierer i helsetjenesten med egne krav til videreutdanning. I desember samme år fulgte opprettelsen av et institutt for almenmedisin i Coimbra i Midt-Portugal. I 1983 opprettet helseministeriet et direktorat for primærhelsetjeneste.

Den portugisiske forening av almenpraktiserende leger ble stiftet i mai 1983 med 300 medlemmer. det gikk ikke mer enn vel et halvt år før den nystartede forening organiserte sitt første internasjonale møte.

Dette ble holdt 19.-21. januar 1984 i Evora, hovedstaden i Alentejo-provinsen øst for Lisboa. Evora er en gammel romersk by reist på en høyde der Diana-templets søyler kneiser mot himlen omgitt av kirker, klostre og slott, et levende museum med røtter i oldtiden.

Konferansens formål var å presentere utviklingen av almenmedisin i europeisk sammenheng, belyse Portugals egen behov og gi impulser til utviklingen av faget.

Utenfor Palacio Dom Manuel møtte de ca. 350 portugisiske deltagere en flaggborg som representerte de innbudte gjesters land: Storbritania, Nederland, Belgia, Norge, Danmark, Finland, Spania, Italia, Jugoslavia og Hellas. Fra Norge møtte Christian Borchgrevink og undertegnede. Møtet ble åpnet med offisiell velkomsthilsen, etterfulgt av et foredrag om almenmedisinens plass i primærhelsetjenesten av WHO's representant Dr. Matti Rimpela. Den første dag var forøvrig viet en bred presentasjon av almenmedisin i Nord- og Sør-Europa. Professor de Smets innledet den annen dag med å presentere SIMG med invitasjon til den portugisiske forening om å slutte seg til den europeiske almenpraktikerorganisasjonen. Almenmedisinsk tenkning og arbeidsmetoder var temaet for dagens øvrige program. Emnene var spredt over et vidt felt: Familie med fødsel av funksjonshemmet barn, sosialmedisinsk problemfamilie, den kronisk syke pasient, omsorg for den døende pasient, integrering av almenmedisin og offentlig helsearbeid. Hvert emne ble belyst av et panel med utenlandske og portugisiske innledere som på forhånd hadde fått tilsendt en sykehistorie eller problem-

stilling, etterfulgt av ivrige kommentarer og diskusjonsinnlegg fra salen. Tilhørerne var spesielt imponert over hva en ung kvinnelig kollega med begrensede ressurser hadde klart å utrette for 6 forsømte og feilernære barn til en alkoholisert prostituert mor.

Konferansens siste formiddag hadde et program med frie foredrag som blant annet omhandlet videreutdanning, studentundervisning og etablering av et institutt for almenmedisin i Lisboa.

Det siste faglige innslag var en paneldiskusjon om almenpraktikeren, pasienten og hans familie, ledet av dr. John Horder, tidligere president i Royal College of General Practitioners. Ved konferansens avslutning var Portugals helseminister og en personlig representant for Presidenten tilstede. Begge ga i sine taler uttrykk for politisk vilje til å bygge ut en primærhelsetjeneste tilgjengelig for hele folket med almenmedisin som grunnpilar.

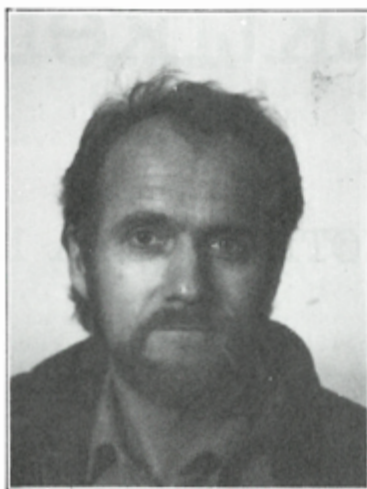
Konferansens deltagere ble etterpå samlet til lunch på Universitetet i Evora, et tidligere kloster fra det 15. århundre. Et trekspillorkester med 25 barn underholdt gjestene med spill og sang. Som uttrykk for portugisisk varme, gjestfrihet og takknemlighet ble hver av de innbudte fra utlandet tildelt æresmedlemskap i den portugisiske almenpraktikerforening.

Norges utsendte medarbeidere merket seg med glede at en drivende kraft i den nye organisasjonen er vår kollega Zaida Azeredo, den første NORAD-stipendiat som besøkte Norge. En annen stipendiat, dr. Pedro Serrano, ble på samme tid tildelt en nasjonal pris for et epidemiologisk arbeid om cancer i kommunen Ribeira de Pena hvor NORAD-prosjektets første helse-senter kom i drift i 1981. Videre traff vi igjen en rekke kolleger fra Vila Real-distriktet som har vært på stipendiatopphold i Norge. Deltagernes generelle begeistring vitnet om en opplevelse av styrket faglig identitet og fellesskap.

Ennå står mye upløyd mark igjen innen organisering av primærhelsetjenesten og utvikling av almenmedisinsk utdanning og forskning. For oss som har fulgt prosessen på nært hold ble møtet i Evora en historisk milepæl for portugisisk almenmedisin, nasjonalt og i europeisk sammenheng.

# Rapport fra en studie

Av Tor Anvik  
distriktslege i Bodø



TOR ANVIK er født i 1942 og har med. embedseks. fra Oslo 1967. Distriktslege i Rødøy i 8 år. Distriktslege i Bodø siden 1977. Almenpraktiker Dnlf fra 1974. Særlig interesse: Videre- og etterutdanning i almenpraksis.

Reisen ble mulig ved velvilje fra Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin og Fagområde medisin, og var et ledd i min midlertidige tilknytning som koordinator for VEAP-virksomheten i Nord-Norge i 1983. Finansieringen av reisen skjedde ved midler som var bevilget til Universitetet i Tromsø fra Den Norske Lægeforening.

Formålet med reisen var i hovedsak to-delt:

1. For det første ønsket jeg å se nærmere på videreutdanning i almenmedisin i Danmark og England, med særlig vekt på tilrettelegging og praktisk gjennomføring av veiledet almenpraksis. Dette er som kjent et aktuelt tema i Norge i forbindelse med innføring av en spesialitet i almenmedisin.

2. For det andre ønsket jeg å studere listesystemet som praktiseres de to landa, og danne meg et inntrykk av hvordan dette oppleves av leger og pasienter.

I denne rapporten skal jeg gi en kortfattet oppsummering av inntrykk fra studiereisen. Praktiserende Lægers Organisation v/ Else Kegel formidlet verdifulle kontakter med leger i Danmark, og

Royal College of General Practitioners v/ Elizabeth Monk formidlet kontakt med en rekke entusiastiske kolleger i England. Jeg besøkte både solopraktikere og leger i gruppepraksis, og studerte praksiser både i storbystrøk og på landsbygda. Overalt møtte jeg kolleger med entusiasme for faget almenmedisin som brukte generøst av sin knappe tid på å snakke med en omreisende nordmann, og studiereisen ble en rik opplevelse for undertegnede både på det faglige og personlige plan.

## VIDEREUTDANNELSE I ALMENMEDISIN

### A: Danmark

Fra 1.1.83 er det i Danmark innført en obligatorisk videreutdanning i almenmedisin som vilkår for å kunne nedsette seg i almenpraksis. Videreutdannelsen er foreløpig ikke gitt formell spesialiststatus. Utdannelsen er på tilsammen 3 1/2 år etter endt turnustjeneste og består av tre deler:

- 3 års sykehustjeneste på relevante avdelinger

- 6 måneder tjeneste hos almenpraktiker (praksisamanuensis)

- 5 ukers teoretisk kurs i almenmedisin.

Den vanlige rekkefølge er at kandidaten først skaffer seg den nødvendige sykehustjeneste og gjennomfører teoretisk kurs i almenmedisin mot slutten av sykehustjenesten, og deretter går inn i 6 mnd's almenpraksis som praksisamanuensis.

Det var mitt inntrykk at de fleste legene skaffet seg sin sykehustjeneste på eget initiativ, og denne tjeneste ble lønnet på vanlig måte, - dvs at det ikke var opprettet øremerkede sykehusstillinger for denne videreutdannelsen.

Som praksisamanuensis mottar kandidaten en grunnlønn som skal svare til lønn som l. reservelege ved sykehus. 2/3 av denne lønna betales av den lege som fungerer som veileder for kandidaten, mens den resterende 1/3 betales av et amanuensisfond som finansieres ved en prosentvis innbetaling fra sykesikringen/amtene av honorarene til yngre leger.

# Reise til Danmark og England

Det teoretiske kurs arrangeres av de tre medisinske fakulteters institutter for almenmedisin - henholdsvis i København, Odense og Århus - og er gratis. Kandidaten får lønn fra det offentlige i de 5 ukene kurset varer.

## B: England

Fra 1982 er det innført obligatorisk videreutdanning i almenmedisin for leger som ønsker å arbeide i almenpraksis. Utdannelsen er lukket i den forstand at det er et begrenset antall utdanningsplasser som utlyses, og at utdannelsen derved er begrenset.

Videreutdanning i almenmedisin er delt i to deler:

- 2 års sykehustjeneste på relevante avdelinger (vanligvis som 4 seksjoner a 6 mnd)

- 1 års veiledet almenpraksis ("trainee")

For hver region er det tilsatt en almenpraktiker i bistilling som "course organizer". Dennes oppgave er å organisere og koordinere tjenesten i sykehus og i almenpraksis, samt å lede de ukentlige møtene for samtlige "trainees" i regionen. Disse møtene løper gjennom hele utdanningstida på 3 år og er innarbeidet i arbeidstida for kandidatene. Her møtes de under veiledning fra erfarne almenpraktikere til gruppearbeid og diskusjoner om tema som kandidatene sjøl finner fram til som viktige for seg. "Course organizer" deltar også i utvelgelsen av søkere til videreutdannelsen.

De fleste "trainees" går inn i et ferdig tilrettelagt utdanningsopplegg som starter med 4 eller 6 mnd's almenpraksis, etterfulgt av 2 års sykehustjeneste. Utdanningen avsluttes så med de resterende 8 eller 6 mnd's almenpraksis.

Alle kandidater som blir opptatt som "trainees" er sikret lønn fra det offentlige under de 3 år utdanninga varer. Flere ga imidlertid uttrykk for at det var vanskelig å finne seg jobb som almenpraktiker etter endt videreutdanning, fordi arbeidsmarkedet for almenpraktikere i England er stramt.

Almenpraktikere som påtar seg å

være veiledere ("trainers"), blir tilbudt en god lønn for dette, i tillegg til at kandidatens medisinske virksomhet skaffer inntekter til praksisen. Samtidig gir det en viss faglig anerkjennelse å være veileder, og disse forhold gjør det ettertraktet å være veileder i almenpraksis. De fleste regioner stiller derfor relativt strenge krav til potensielle veilederes faglige kvalifikasjoner og måten deres praksis drives på, og det legges betydelig arbeid i utvelgelse og oppfølging av veilederne.

## C: Sammendrag:

videreutdanning i almenmedisin i Danmark og England skiller seg fra hverandre ved at det er forskjellig varighet på sykehustjenesten. Forøvrig har utdanninga mange likhetspunkter, og for norske lesere er det interessant å merke seg følgende fellestrekk:

- Videreutdanning i almenmedisin er obligatorisk for alle leger som ønsker å drive almenmedisin.

- Innføring av obligatorisk videreutdanning i faget har gjort det mulig å etablere offentlig finansiering av utdanninga.

- Kombinasjonen av god økonomisk og faglig kompensasjon for leger som påtar seg å være veiledere i almenpraksis har gjort det lett å rekruttere veiledere til denne utdanninga.

## 2. LISTESYSTEMET

Med listesystemet forstår jeg i det følgende et prinsipp som går ut på at enhver almenpraktiserende lege har et viss antall faste pasienter tilmeldt på sin liste, og at pasientene bruker denne legen som sin faste lege.

## A: Danmark

Alle danske statsborgere som er fylt 16 år er medlemmer av Sygesikringen (kan sammenlignes med de norske trygdekantor). Alle sygesikringsmedlemmer har rett til å velge seg en bestemt almenpraktiker som sin faste lege (dvs. skrive seg på legens liste), og ca. 95% av befolkningen benytter seg av denne retten. Dette innebærer at man er tvunget til å benytte seg av sin faste lege (evt. dennes stedfortreder) hver gang man trenger legehjelp. Man kan skifte lege en gang i året uten begrunnelse, eller tid-

ligere hvis det oppstår spesielle omstendigheter. Legen kan på sin side "si opp" pasienter som står på lista. All legehjelp som ytes av den faste lege, eller dennes stedfortreder (under nattevakt, ferie, permisjoner o.l.) er gratis for pasienten, enten den finner sted på dag eller nattetid. Den resterende 5 % av befolkningen velger å stå fritt med hensyn til hvilken lege de vil bruke, og kan søke spesialist direkte, men må til gjengjeld betale en viss egenandel når de søker lege. Barn under 16 år følger en av foreldrene, men står ikke på legens liste.

Legen forplikter seg til å yte kontinuerlig legehjelp til den del av befolkningen som står på hans/hennes liste. Dette gjennomføres i praksis ved at legene seg i mellom etablerer vakt samarbeid utenom vanlig kontortid, og evt. ansetter yngre leger som ønsker ekstraarbeid til å dekke en del legevaktvirksomheten. Leger som arbeider i "kompaniskapspraksis" (svarende til norsk gruppepraksis) har til vanlig en svært fleksibel holdning til listesystemet, slik at pasienter som står på en av legenes liste gjerne kan bruke en av de andre legene i gruppa uten at det behøver å utløse en formell overføring av pasienten fra den ene legen til den andre.

Legene har avtalefestet rett til ferie og permisjoner for etterutdanning, og disse betales delvis av sygesikringen. Pasientene som står på legens liste må da finne seg en annen lege mens deres faste lege er fraværende.

En dansk almenpraktiker vil kunne si stopp for flere pasienter når det står 1600 innbyggere på lista (barn ikke medregnet), og legen vil normalt ikke få adgang til å motta mer enn 1900 personer på sin liste.

Avlønning av danske almenpraktikere skjer på forskjellig måte for leger i København by og for landets øvrige leger. I København får legene en fast årslønn utregnet etter antall personer på deres liste, helt uavhengig av om pasientene bruker sin lege eller ikke, og det gis ikke tilleggssytelser pr. konsultasjon, prøvetakning e.l.. I resten av dronningriket får almenpraktikere ca. 50 % av sin inntekt i form av en fast godtgjørelse (basistilskudd) utregnet

etter antall personer på legens liste, og de resterende 50 % i form av stykkprishonorarer for konsultasjoner, prøvetaking, forebyggende helsearbeid osv., samt for behandling av barn.

Pasienter som lot seg intervjuet ga alle uttrykk for at det å ha en fast lege å henvende seg til var viktig, og at dette ga dem en følelse av trygghet og en visshet om hvordan de skulle forholde seg når de ble syke. Alle opplevde at det var lett å komme til legen og at legen var tilgjengelig for dem når de sjøl mente de hadde behov for legehjelp, slik at de ikke behøvde å bruke tid og krefter på å "krangle" seg til en time hos legen. Alle understreket hvor viktig det var at legen kjente pasienten gjennom lengre tid og oppfattet det som en forutsetning for en god legetjeneste. Tilliten til egen legen illustreres godt av at mange pasienter spontant fortalte at selv om de var tvunget til å tilkalle legevaktlege av og til om natta, søkte de gjene sin egen lege neste dag for å få en vurdering av om diagnosen var riktig og behandlingen den beste.

Legene var alle fornøyd med listesystemet, bortsett fra enkelte leger som arbeidet i en solo-praksis. For disse legene var erfaringen at pasientene så langt som mulig ventet med å søke lege når deres egen lege var fraværende, og at dette medførte ekstra mye arbeid når legen kom tilbake fra permisjon eller ferie. Dette var ikke noe stort problem for leger som arbeidet i gruppepraksis hvor pasientene var vant til å bruke en annen av gruppas leger når deres faste lege ikke var tilgjengelig. Alle leger la vekt på at det skulle være lett for befolkningen å søke legehjelp, og praktiserte åpen konsultasjonstid en del av dagen, hvor pasientene kunne komme inn til legen uten forhåndavtale. I tillegg drev de fleste leger ettermiddags- og/eller kvelds-praksis flere dager i uka. Dette medførte at legenes arbeidstid etter norske forhold kunne synes lang, men få leger klaget over dette.

Alle legene understreket viktigheten av at pasientene brukte en fast lege som derved kom til å lære pasientene godt å kjenne. Dette gjorde seg bl.a. utslag i at konsultasjonene, sammenliknet med norske forhold, tok relativt kort tid, ettersom pasientene kunne gå "rett på sak" og slapp repetere tidligere sykdommer, sosiale forhold osv..

## B: England

Alle innbyggere i Storbritania har rett og plikt til å melde seg på lista til en almenpraktiker i området nær bostedet. Vanligvis velger man sjøl sin lege, men de fylkesvise Family Practice Committees kan utpeke en lege for de som ikke finner en sjøl. Også barn skal meldes til en lege. For leger som arbeider i gruppepraksis blir pasienten som hovedregel betraktet som felles for alle legene og omvendt, men dette varierer noe fra praksistype til praksistype, avhengig av om gruppa styres demokratisk eller autoritært. Spesielt for Storbritania gjelder at ikke alle almenpraktikere har kvalifisert seg i gynekologi og obstetikk, og dette innebærer at man kan bli nødt til å la seg registrere hos en annen lege enn sin faste når det gjelder svangerskapskontroll, fødsel og prevensjon.

De fleste etablerte almenpraktikere hadde mellom 1800 og 2500 personer på sin liste. Arbeidstida var noen uvent for en nordmann, med morgenkonsultasjoner fram til lunsj, etterfulgt av en rommelig lunsjpause midt på dagen. Deretter ble det så sykebesøk og endelig ettermiddags- og kveldskonsultasjoner til 19-20 tida. De fleste leger hadde inngått samarbeidsavtaler med kolleger om legevaktordning, og enkelte steder ble denne tjenesten utført av yngre leger som ønsket ekstrainntekter.

Pasientene var alle tilfredse med listesystemet, men mange poengterte at det var en fordel å være tilknyttet en lege som arbeidet en lege som var tilknyttet en gruppepraksis, da dette ga større valgfrihet for pasienten og gjorde det lettere å få legehjelp når ens egen lege var fraværende.

Ingen av de almenpraktikerne jeg møtte kunne tenke seg å arbeide uten et listesystem, og de fant at dette systemet ga dem muligheter til å lage et helsetilbud som var spesielt tilrettelagt for nettopp den befolkning de hadde på sine respektive lister. Det gjorde det også mulig i større grad å ta initiativ overfor pasientene i retning av helseopplysning og screening- og kontrolltiltak.

Avlønning av almenpraktikere i Storbritania skjer etter et meget innfløkt regelverk, hvor ca. 60 % av lønna kommer i form av en fast årlig utbetaling utregnet etter antall pasienter på lista, disses aldersfordeling og sykkelighet, samt legens praksistype. (Bl.a.

får en lege i gruppepraksis høyere grunnlønn enn en solo-praktiker, og legenes utgifter til lønn til hjelpepersonell revideres med 70 %) De resterende ca. 40 % av lønna får legene i form av enkeltytelser for prøvetaking, forebyggende helsearbeid, vaktberedskap m.m.. All legehjelp hos almenpraktikeren er gratis for pasienten, med unntak av visse helberedserklæringer.

Det som er beskrevet ovenfor gjelder leger som arbeider under det offentlige helsevesen i Storbritania - National Health Service (NHS). Ved siden av dette finnes det i vekslende grad et privat marked hvor legetjenester tilbys for personer som er villig til å betale hele regninga sjøl, evt. via privat forsikring, men dette gjelder hovedsakelig for spesialisttjenester og bare i liten grad innen almenmedisinen.

Flere steder var det opprettet utvalg bestående av representanter for pasienter som "hørte til" praksisens leger - "Patient Participations Groups". Disse utvalg fungerer som referansegruppe for legene når de skulle tilrettelegge praksis på måter som var hensiktsmessig for pasientene, og de formidlet også kritikk av legene på en ufarlig måte. Det har i de senere år skjedd en betydelig økning i antall slike utvalg, og mange leger så på disse som en velkommen kilde til pasienters evaluering av legens praksis.

## C: Oppsummering

Listesystemet i Danmark og England fungerer svært likt, med unntak for at barn under 16 år ikke står på legenes lister i Danmark. Av spesiell interesse for norske forhold vil jeg nevne:

- Samtlige leger jeg møtte mente at en form for listesystem er en forutsetning for å kunne drive almenmedisin som en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende legetjeneste.

- Befolkningen følte det som en betryggelse å ha en fast lege, og var fornøyd med den sevice legen ydet, særlig hvis legen arbeidet i en gruppepraksis.

- Et antall på omkring 2000 personer pr. lege var et gjennomsnitt både for engelske og danske almenpraktikere (når danske barn medregnes), og følte ikke som en uoverkommelig arbeidsbyrde for legene.

# PSYCHODORM-SANGEN

Av Jens Bjørneboe

En Herrens hjelp er Psychodorm  
Den trøster og den styrker  
Den holder deg i arbeidsform  
I alle kall og yrker  
Den lille pillen her  
Ta den mot alt besvær  
Den setter pulsen ned  
Og skjenker sjelesfred  
Den er vår trøst og styrke.



Er du psykotisk og abnorm  
Alkoholist og psykopat  
Husk, nervepilleren Psychodorm  
Helbreder all din nød probat  
Ta denne pillen selv  
Og bli normal ikveld  
For fange og for prest  
Er Psychodormen best  
Den er vår trøst og styrke.

(FRA: "TIL LYKKE MED DAGEN")





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

