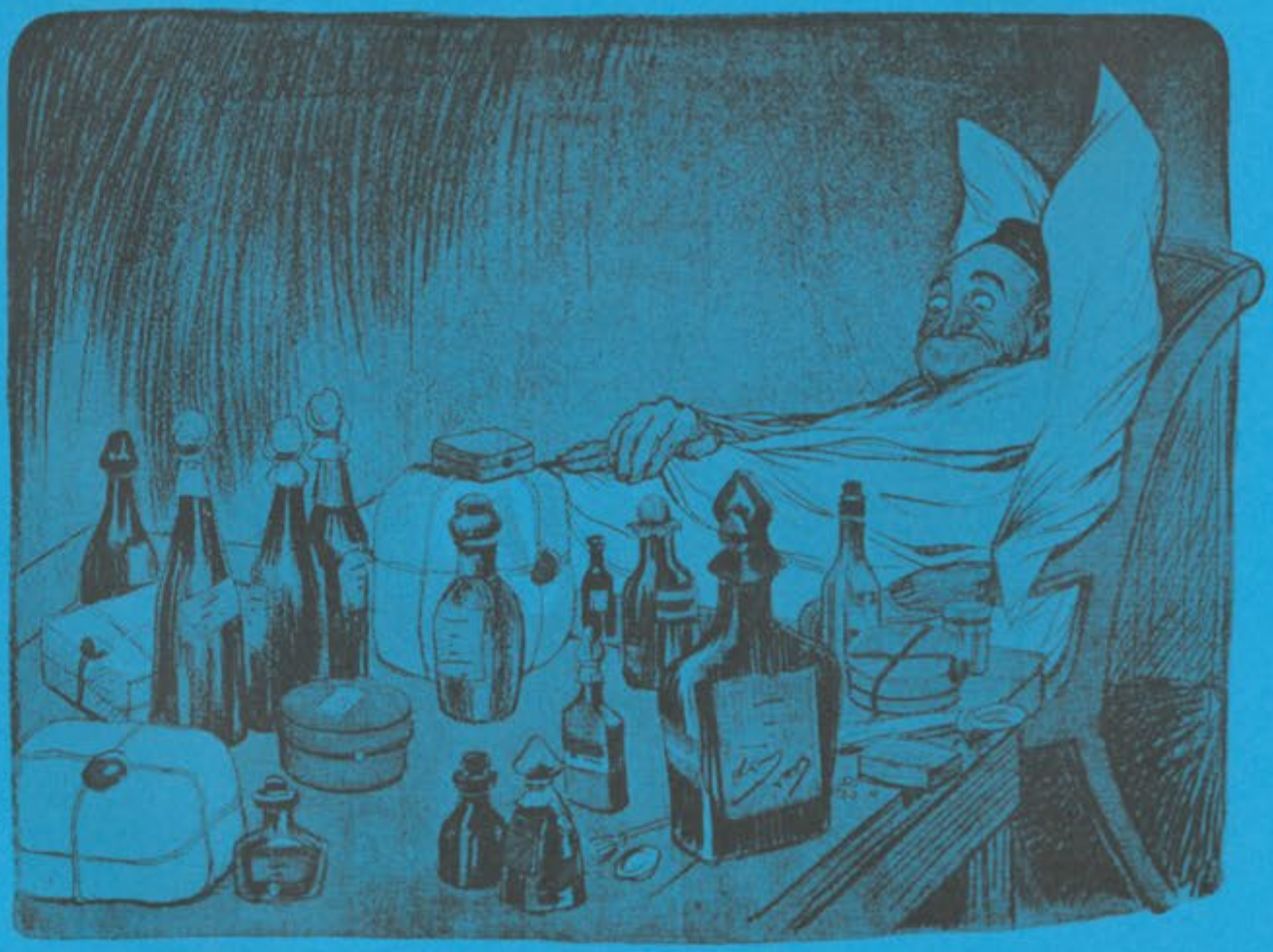
ISSN 0800-5680

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 5 1987 ÅRGANG 16



TEMA: TRYGDEMEDISIN

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret 6657 Rindal

Postgiro: 3 47 52 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
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 56 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Helan
Tingvoll Helsesenter
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. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Uiset form & profil. Trykk: Orkla Grafiske a.s, 7300 Orkanger.

Nr. 5, 1987

INNHOLD:

TEMA: TRYGDEMEDISIN

Anders Chr. Gogstad:
Attføring 1987 — tilbakeføring eller tilbakeskritt? ..... s. 183

Gunnar Tellnes:
Legers sykmeldingspraksis — hva vet vi i dag? ..... s. 185

Gunnar Tellnes:
Samarbeid mellom trygdekontor og behandlende lege ..... s. 188

Ellen Rønneberg:
Primærlegenes forhold til arbeidskontoret må bli bedre! ..... s. 191

Gunnar Tellnes:
Handlingsprogram for trygdemedisin i kommunehelsetjenesten ..... s. 193

Jon Erik Bakken og Ola Lilleholt:
Enten lang eller kort sykemelding i Rindal ..... s. 194

Bjørn I. Walmann:
Tilbakemelding til lege om utfall av trygdesak ..... s. 195

Inger Marie Veening:
Perspektiv på fysioterapiens plass ..... s. 198

Hans-Jakob Lerkerød:
Tanker omkring rådgivende legers arbeidsoppgaver ..... s. 202

Torgny Farbrot:
Hvorfor er ikke dette på blå resept? s. 206

Elfride Børsum:
Trygdekontorenes oppfølging av langtidssykemeldte ..... s. 207

Annet stoff:

Eiliv Rytter:
Legevakt- rett/plikt, både/og, enten/eller ..... s. 214

Jens R. Eskerud:
Reisebrev fra Øst-Europa ..... s. 216

Jan Eyvind Rekvig:
Eutanasi i Nederland- og prinsippet om livets ukrenkelighet ..... s. 217

Berit Tveit:
Etter 40 år i nåde- AIDS ..... s. 219

Henrik Barchmann:
Vårkurs på Sør-Gjæslingan ..... s. 221

Ola Lilleholt:
S.I.M.G.'s vårkongress i Praha -87 s. 223

Frode Helan:
5. Nordiske kongress i almenmedisin i Reykjavik juni -87 ..... s. 228

VEL MØTT ETTER SOMMEREN!

Utpostens sommerferie er slutt. Med ny energi og gode forsetter starter vi på en ny høst.

I bakgrunnen hører og ser jeg halvt et TVprogram som ruller over skjermen: "Når svart blir hvit og hvit blir svart". Jeg trodde et øyeblikk at det var titelen på kveldens rikspolitiske fjernsynsshow ("Åpent spark") i anledning kommune og fylkesvalget. Men det var det ikke. Det kommer etterpå. Mer vil jeg ikke utbrodere min skuffelse over massemedias behandling av dette som skulle handlet om lokale forhold, helsepolitikken i hvert enkelt av lokalsamfunna utover landet.

Livet går videre. Når dette når leserne, er valget over og alle arbeider hver på sin kant med dekke de medisinske behov i hverdagens Norge.

Vi håper at dere også i vinter vil finne inspirasjon, praktiske tips og smuler av visdom i Utposten! Vær velkomne både som lesere og bidragsytere!

Ola L

Kunnskapen er felleseie, erfaringa privateie!

I denne lederen er jeg dristig og upedagogisk nok til å forsøke å servere to poeng. Begge handler om vårt fornemste verktøy, kunnskapen, og er viktige elementer i vellykket allmennmedisinsk virksomhet.

Kunnskap er makt! La oss dele kunnskapen!

Renessansens maktfilosof Machiavelli er vel den som i vår kulturkrets reformulerte og markedsførte den gamle ideen om at kunnskap er makt. Machiavellis "Il principe"/"Fyrsten" ble en klassiker som i mange hundreår kom til å prege verdslige og klerikale lederes stil og strategier. Han beskrev de mange knep en må beherske for å erverve, utøve og beholde makt. En viktig ingrediens er å besitte kunnskap om motparten og samtidig kunne holde sine egne disposisjoner hemmelige, omtrent som om en i kortspill kunne kjenne de andre spillernes kort og holde sine egne så tett inne mot brystet at ingen av de andre hadde kjennskap til dem.

De klassiske profesjoner, juristene, legene og teologene, og senere alle nyprofesjonene, "spesialistene", som vokste fram i ly av den industielle revolusjon og den empirisk funderte kunnskapseksplosjonen, har mer eller mindre bevisst anlagt en maktstil som direkte nedstammer fra Machiavelli. Alle har søkt å skaffe seg monopol på en del kunnskaper og ferdigheter, "yrkeshemmeligheter". Legestanden erobret tidlig kunnskap-er-makt-posisjoner i forhold til helse og sykdom. Etter oss er det kommet et 17.-maitog av lærenemme helsearbeidere som alle rydder seg plasser som egne nyprofesjoner.

"Il principe" ble sikkert studert mest intenst i Italia. Et stort antall lokale småledere aspirerte i de følgende århundreder kompromissløst å nå toppen på bekostning av de andre. Mens det i andre deler av Europa vokste fram nasjonalstater, fikk Italia den tvilsomme æren å bli den delen av Europa som har hatt flest kriger.

Er det for søkt å se en analogi mellom Machialvellis maktfilosofi og visse fenomener i norsk helsetjeneste?

I prinsippet har den innsikt som er vunnet i vitenskapelig forskning vært fritt tilgjengelig for alle. Hvem som helst kan abonnere på vitenskapelige tidsskrifter og holde seg orientert om det som skjer. Men er vi flinke nok til å dele denne kunnskapen med våre medarbeidere ute i marka der det daglige arbeidet skjer? Holder vi våre egne kort, vår kunnskap og mangel på kunnskap, for tett inn til brystet? Også ute i daglige arbeide må vi annamme det viktigste elementet i moderne forskning og kunnskapsutvikling, nemlig å dele kunnskap og innsikt så langt det er mulig. "Kunnskapens tre" skal være felleseie, og der må alle kunne få plukke frukter over alt de måtte komme til. I vårt pluralistiske informasjonssamfunn gjør vi ikke dette for å bli snille og populære. Det er en fasett av demokratiet og en nødvendig forutsetning for den faglige utvikling i helsetjenesta.

En annen form for kunnskap-er-maktadferd er også irriterende: Det var visst en gang god legeadferd å holde pasienten uvitende ikke bare om legens vurderinger men også om pasientens blodtrykk og andre enkle fysiologiske funn som var gjort ved undersøkelsen. I tidligere tider kunne kanskje legen øke sin autoritet/makt ved en slik taktikk, men det er lenge sia. Dagens pasienter blir irritert over slik legeadferd og betrakter med rette både blodtrykk og andre funn som sitt private eie.

Her er plassen å minne igjen om det vi alle vet: "Doktor" betyr "leder" eller "lærer". Kjernen i kunsten er ikke de tekniske ferdighetene men evnen til å kunne dele og formidle kunnskap på en måte som er forståelig for pasienter og medarbeidere.

Erfaring er privateie

X antall egne erfaringer som stiger fram fra sine gjemmer i kulissene, samt en del observasjoner, minner meg om det overmot som noen ganger følger med kunnskapen. Kanskje er det også en slags maktfølelse? Alle kom vi en gang fra Studiet, proppet med teoretisk kunnskap.

Rent teoretisk sett skulle det vi lærte være et destillat av erfaringer gjort av våre forgjengere. I praksis virket det ikke slik. Det vet alle som har vært gjennom den kollisjonen med virkeligheten som alle møter etter endte studier. I følge heuristikken, en gren av den kognitive psykologien, mangler menneskets intellekt evnen til intuitivt å fatte det som vi i forskjellige sammenhenger kaller sannsynlighet, sjanse, risiko o.l.. Sjøl om vi i nærmest i kor gjentok: "Det sjeldne er sjeldent, og det vanlige er ofte å se", tok det noen år å utvikle en følelse for sannheten i dette.

Her er to feller: De første åra blir noen symptomer eller tegn tillagt for stor vekt, med henvisninger, prøvetaking og unødig ressursbruk til følge. I verste fall blir pasienten også utsatt for risikabel behandling. Eller: Noen symptomer blir ignorert fordi de synes nokså bagatellmessige og lite imponerende. Etter noen år i praksis vil en kanskje rykke til i stolen fordi en har erfart at dette er fenomener som en kanskje aldri har sett eller bare ser med mange års mellomrom. Ja,

naturligvis finnes en del av denne kunnskapen tilgjengelig i lærebøkene. Problemet er at den tydeligvis ikke så lett trenger inn når en sitter på en lesesal.

For eksempel tror jeg at en først blir en god helsestasjonlege etter at en har hatt sjansen til følge mange hundre, for ikke å si tusen, barn gjennom de første leveåra.

Erfaring er personlig, unik og derfor privateie.

Er så dette noe problem?

Alle er vel glade for at det er blitt mange leger, at arbeidstida er blitt regulert og redusert. For noen år sia hadde de medisinske kandidatene fra universitetene i Sverige en gjennomsnittsalder som nærmet seg 35 år. Jeg vet ikke hvordan det står til her i landet, men jeg har en nagende mistanke om at det tar mye lenger tid enn før å samle seg erfaring. Er det i en situasjon med kortere arbeidstid og kortere faglig karriere mulig å samle nok opplevelser og erfaringer til å bli "pasientsikker"? Må vi bygge opp en ny type etterutdannelse med et stort innslag av simulerte kliniske situasjoner? Mitt svar på dette spørsmålet er "Ja!". Har andre lignende tanker? Hvem tar fatt?■

TEMA:

trygde

Trygdemedisin er allmennmedisin.

Trygdene er en del av fundamentet i velferdsstaten. Sammen med helse og sosialtjenesta utgjør de et sikkerhetsnett som fanger opp små og store ulykker, ideelt slik at små problemer ikke skal få vokse seg store. Trygdene er samtidig også en slags kosmetikk: Fattigdommen, i sine mest ynkverdige former, slipper vi å se rundt oss.

Trygdemedisinen er vevet inn i hverdagen. Hver time på dagen må vi i medisinsk praksis ta stilling til trygdetekniske problemstillinger. I dette nummeret av Utposten har vi samlet en del artikler om trygdemedisin. Det kan bare bli som smakebiter fra dette store fagfeltet. "Smakebitene" er blitt svært forskjellige, noen korte, noen ganske lange, noen polemiske, alle er informative. Værsågod!

En spesiell takk til Gunnar Tellnes som med sin kunnskap har gitt oss uunnværlig hjelp i arbeidet med å planlegge dette nummeret av Utposten.

emedisin

ATTFØRING 1987:

Tilbakeføring eller tilbakeskritt?

Lover, løfter, likegyldighet.

Anders Chr. Gogstad
professor, Universitetet i Bergen

Utvikling av det medisinske attføringsarbeidet i Norge

Det var fortrinnsvis i England og USA under og etter den 2. verdenskrig at moderne rehabiliteringsmedisin utviklet seg. Dette skjedde dels med bakgrunn i behov for arbeidskraft i krigsindustri og gjenoppbygning, dels som følge av fremskritt i medisinsk og kirurgisk behandling som resulterte i et økende antall funksjonshemmede og "defekthelbredede". Ikke minst bidro utviklingen av de mange tekniske hjelpemidler i hjem, arbeid og kommunikasjoner til å skape nye muligheter for rehabilitering av funksjonshemmede.

Etterkrigstidens praktiske erfaringer med rehabilitering ble først og fremst høstet i arbeidet med fysisk funksjonshemmede. De viste bl.a. at det også i fredstid er rasjonelt å definere denne virksomheten som et eget spesialområde i forhold til klinisk kurativ medisin. Spesialiteten er særpreget ved sin klart definerte praktiske målsetting og metodikk som først og fremst innebærer funksjonsforbedring og sosial tilpasning etter sykdom og skader. I praksis blir derfor det utvidede rehabiliteringseller attføringsarbeidet et tverrfaglig arbeidsfelt mellom medisin, psykologi, sosialt arbeid, pedagogikk og yrkesveiledning/arbeidsformidling.

Grenseoppgangen mellom medisinsk attføring eller rehabilitering og de tilgrensende kliniske spesialitetene varierer noe fra land til land etter hvordan helsetjenesten er organisert, medisinske tradisjoner og gjeldende lovgivning. I slik sammenheng definerer vi gjerne "rehabilitering" som en prosess, kontinuerlig fra sykeseng til arbeidsplass. Grensen mellom "medisinsk" og "yrkesrettet" rehabilitering/attføring er derfor vanskelig å trekke. En slik inndeling har egentlig bare relevans i administrativ og organisatorisk sammenheng.

Behovet for begrepsavklaringer

"Attføring" eller "rehabilitering" er dessverre for mange blitt et svært uklart begrep. Dels brukes det som uttrykk for en idéretning i sosialpolitisk betydning: "hjelpen til selvhjelp" - dels brukes det som betegnelsen på det praktiske pasient/klientrettede spesialområde både innen medisinen, i psykologi og sosialt arbeide. ▶

Medisinsk rehabilitering/attføring innebærer også mer beskjeden målsetting: begrensede funksjonsforbedrende tiltak med sikte på uavhengighet i en pleiesituasjon og øket evne til selvhjulpethet i det daglige livets gjøremål. For personer i yrkesaktiv alder er selvsagt det alt overgripende mål å føre vedkommende tilbake til en produktiv virksomhet i arbeidslivet eller hjemmet som svarer til vedkommendes helsemessige forutsetninger. Helhetssynet på pasientens medisinske og sosiale situasjon er under alle omstendigheter viktig.

Ettersom den medisinske tilstand etter hvert stabiliseres på veien fra sykeseng til arbeidsplass, flytter det profesjonelle ansvaret for attføring tyngdepunkt over mot den sosiale og arbeidsmarkedsrettede sakkyndighet. Dette nødvendiggjør en viss administrativ differensiering mellom de forskjellige trinn i prosessen.

Når rehabilitering av funksjonshemmede skal planlegges, er det viktig at det skilles skarpt mellom passiv "omsorg" og aktiv "rehabilitering/attføring".

Gjennom en unyansert anvendelse av begrepet "sosial funksjonshemning", synonymt med "ressurssvakhet" - "svake grupper" og lignende uklare kategoribetegnelser, er også selve begrepet "funksjonshemning" for mange blitt uklart og konturløst. Det bør være åpenbart at det er en stor spennvidde mellom for eks. rehabiliteringsbehov hos løslatte kriminelle, sosialt mistilpassede og rusmiddelbrukere på den ene side og pasienter med multipel sklerose, kronisk leddgikt eller psykisk utviklingshemning på den annen side. Det er forskjell på en attenårings tilpasningsproblemer og en åttiårings bevegelsesproblemer. Det er forskjell på aktivitetssentra, hjemmehjelp og transportservice på den ene side og medisinsk ledet funksjonstrening, strukturert ergoterapi og motivasjonsskapende støttebehandling på den annen side.

En unyansert bruk av begrepene "funksjonshemming", "omsorg" og "attføring" kan skape store problemer ved planlegging av konkrete målrettede tiltak. Klarere begrepsdefinisjoner og grenseoppgang mellom ulike ansvarsområder er nødvendig for å kunne komme videre i utviklingen av dette arbeidet, fremfor alt på primærhelsetjenestenivå. Vi har for tiden en viss tilbøyelighet til å gjøre det for enkelt for oss ved å bruke unyanserte betegnelser på problemgrupper og problemområder som spenner over vidt forskjellige og nyanserte behov: "de eldre", "misbrukere", "utviklingshemmede", "svake grupper" osv. Forenklingen tenderer til likegyldighet. Den intellektuelle oppofring ved å fordype seg en stund i begrepenes nyanserikdom blir for meget. Dessuten irriteres mange over det merkelige ord "attføring" som ofte oppfattes som et symbol på tidens språklige dekadense og nivellering. Selv om legeforeningen har besluttet å kalle spesialiteten "fysikalsk medisin og rehabilitering", må vi leve med "attførings"begrepet, låst som det er i lovtekster m.m..

Institusjonsmessig rehabilitering

De opprinnelige planer for medisinsk rehabilitering og klinisk sosialmedisin i Norge bygget på erfaringer fra de tidligere statlige regionale attføringsinstitutter. Disse tok primært sikte på å dekke en begrenset sektor av den yrkesrettede attføring, samt spesielle oppgaver innen medisinsk attføring og klinisk sosialmedisin. Institutene var imidlertid først og fremst organisert som ledd i arbeidsmarkedspolitikken for et relativt selektert klientell, og den medisinske virksomhet ble etterhvert trappet ned. De sorterer nå direkte under Arbeidsdirektoratet og benevnes "Statens Arbeidsmarkedsinstitutter".

Den første kliniske attføringsavdeling ved sykehus ble opprettet i Molde i 1959. I de påfølgende år skjedde en meget langsom utbygging av avdelinger ved et begrenset antall sykehus noenlunde etter samme mønster som tilsvarende avdelinger ved svenske og engelske sykehus. I flere offentlige instillinger og P.M. fra Helsedirektøren i slutten av 1950-årene ble det anbefalt utbygging av "sosialmedisinske" avdelinger ved alle større sentralsykehus i alle fylker. Det ble foreslått at disse hovedsaklig skulle utføre bedømmelse av arbeidsevne, trening og aktivisering som poliklinisk virksomhet, men et mindre antall sengeplasser burde være tilgjengelig. Slik utbygging ble ansett særlig aktuell etter at Lov om uføretrygd ble innført i 1961. Et overveiende antall potensielle søkere til uføretrygd ble antatt å passere sykehusene, og en anså det derfor både ønskelig og nødvendig med særlige ressurser for utredning, funksjonsbedømmelse, trening og etterbehandling. Slike ressurser ble ikke tildelt, og heller ikke sykehusloven infridde forventninger om statstilskudd til opprettelse og drift av slike avdelinger.

Det er fortsatt helt opp til fylkene i hvilken utstrekning de vil prioritere medisinsk rehabilitering. Fragmenter til avdelinger er opprettet i visse fylker, flere fylker har lagt planer for slike avdelinger, andre fylker har måttet skrinlegge sine planer og i visse fylker er det vel utbygde avdelinger. Men der er intet pålegg om at slike avdelinger skal inngå i fylkenes helseplaner. Nedbygging av eksisterende avdelinger har medført stadig færre utdannelsesstillinger og tilsvarende rekrutterinssvikt til overordnede stillinger, noe som særlig har rammet klinisk sosialmedisin. Dette var en foranledning til at denne spesialitet har blitt "forent med" fysikalsk medisin og rehabilitering.

Rettigheter og realiteter

Rett til attføring er særlig klart lovfestet i Lov om folketrygd, spesielt kapitel 5, i Arbeidsmiljøloven, i Lov om kommunehelsetjenesten, foruten i sosial- og skolelovgivningen. De økonomiske rettigheter syns vel forankret og mulighetene er omfattende. Men det er ingen grunn til å skjule at kunnskap og kompetanse jevnt over er gradvis redusert siden etterkrigstiden og 1960-årene. Området syns å være kommet inn i en ond sirkel - som primært nok har sammenheng med at utbyggingen av institusjonene som ressursbaser for utvikling og utdannelse stagnerte så tidlig. Nedbyggingen har ført til sviktende rekruttering og enda mer nedbygging. Resultatet er at vi nok ligger på jumboplass i Norden og kanskje i Europa når det gjelder "det somatisk-medisinske ettervern". Arbeidsformidlingsetaten har i 1980-årene også inntatt en stadig mer "legefiendtlig" holdning og søkt å avvikle mest mulig av de medisinsk orienterte funksjonene ved de tradisjonsrike attføringsinstitutter. I motsetning til i Sverige har etaten heller ikke villet knytte til seg medisinsk konsultativ bistand ved formidlingsarbeid og planlegging av annen yrkesmessig attføring. Helsebetingede funksjonshemmede syns å få et stadig dårligere tilbud, fordi avviklingen av servicen for disse innen den yrkesrettede attføringsorganisasjon ikke er blitt erstattet med en tilsvarende utbygging innen

helsevesenet. Tendensen til å ville "integrere" og "likestille" helsemessig funksjonshemmede med vanlige arbeidssøkere vil i lengden kunne få de alvorligste konsekvenser for dette klientel, når all medisinsk sakkyndighet er koblet ut.

Istedet har vi fått pålagt kommunene lovmessige forpliktelser til å bygge ut tilbud om medisinsk attføring. Denne virksomheten må nødvendigvis etterhvert måtte inngå i kommunenes helseplaner, men foreløbig har vi inntrykk av en utbredt uryddighet, usikkerhet og manglende konkrete kunnskaper om metoder og ressursbehov. Det må imidlertid sies at billedet ikke er entydig. Visse kommuner med god økonomi og ildsjeler i forvaltningen har gjort betydelige anstrengelser for å leve opp til lovens intensjoner. Med det sterke politiske press om utbygging av den sosiale og medisinske eldreomsorg er det rimelig at planleggingen søkes samordnet med og tar farge av dette presset. Men samtidig syns vi helt å mangle konkrete retningslinjer fra sentralt hold. Råd og veiledning har hittil vært konsentrert om organisatoriske spørsmål og meget lite om metoder og ressurser. Idag - mer enn 25 år siden norsk attføring var internasjonalt anerkjent - er feltet et lavstatusområde blant kolleger, politikere og administratører. De funksjonshemmedes egne organisasjoner syns også å ha vært mer interessert i økonomiske tilskudd og trygder - enn i å arbeide for utviklingen av behandlingsrettede rehabiliteringstilbud, - i forebygging på "det tredje forebyggende nivå". Men vi syns likevel nå å skimte en nyvakt interesse for dette feltet, kanskje inspirert av interessen for funksjonshemning og rehabilitering i u-landsarbeidet. Noen har kanskje oppdaget at vi på mange måter selv arbeider i et U-land på dette feltet■

Legers sykemeldingspraksis -hva vet vi i dag ?

Gunnar Tellnes
Institutt for allmennmedisin
Universitetet i Oslo

Interessen for legers sykmeldingspraksis har vært økende, og emnet ble belyst fra flere sider på Lægeforeningens landsmøte i år. Ved Institutt for almenmedisin i Oslo gjennomføres prosjektet "Sykmelding i almenpraksis". Undersøkelsen tar bl.a. sikte på å finne frem til kriterier som kan være til nytte for legene ved forskrivning av sykmelding. Her presenteres enkelte smakebiter fra resultatene i studien. Artikkelen bygger på foredrag holdt på Lægeforeningens landsmøte på Bolkesjø 10. juni 1987.

Bakgrunn

En rekke undersøkelser har tidligere belyst ulike forhold ved fravær fra arbeid. De fleste av studiene fokuserer på faktorer i arbeidsmiljøet som årsak til sykefravær. Det er relativt få arbeider som studerer sykmelding fra et medisinsk synspunkt, med diagnose som en av variablene. Enda mer sjelden finner vi undersøkelser som stiller spørsmål ved legers sykmeldingspraksis (1).

Rikstrygdeverket har i 1987 budsjettert med 10 milliarder kroner til sykmelding (2). Olav Rutle har vist at sykmelding eller sykepengeattest forskrives i 16 % av lege-pasientkontaktene i primærhelsetjenesten, og at det finnes betydelig variasjon mellom de ulike legers praksis (3). Fugelli og Harstad har funnet at utstedelse av sykmelding er den handling i almenpraksis som genererer de største utgiftene for det offentlige (4). Dette er noe av bakgrunnen for at interessen for å belyse legers sykmeldingspraksis har vært økende.

Problemstilling

Ved Institutt for almenmedisin i Oslo har jeg de siste årene arbeidet med prosjektet "Sykmelding i almenpraksis". Undersøkelsen tar sikte på å finne frem til kriterier som kan være til nytte for den enkelte lege når beslutninger skal tas ved forskrivning av sykmelding. Noen av de spørsmål jeg søker å få belyst er:

- Hvem blir sykmeldt og hvilke diagnoser har de fått?
- Hvor lenge varer de ulike sykmeldingene?
- Hvilke kvantitative og kvalitative forskjeller er det i legers sykmeldingspraksis?
- Hvordan avspeiles legers holdninger til sykmelding i deres forskrivningspraksis?
- Hvordan er sykmeldingsblanketten utfylt?

Datainnsamlingen har hovedsakelig foregått ved trygdekontorene i Buskerud og blant de allmennpraktiserende legene i fylket. I denne artikkelen skal jeg presentere enkelte smakebiter fra resultatene i undersøkelsen. ▶

Trygdekontorundersøkelsen

Først vil jeg vise noen av resultatene fra trygdekontorundersøkelsen. I løpet av fire uker i mars 1985 ble det ved de 20 trygdekontorene registrert 5042 nye sykmeldingstilfeller blant innbyggerne i Buskerud. Dette tilsvarer 636 nye sykmeldingtilfeller pr 1000 sysselsatte pr år. Det er sykdommer i luftveiene, muskel-skjelettlidelser, skader og mentale lidelser som fører til flest nye sykmeldingtilfeller (tab 1). Blant enkeltdiagnosene var det influensa, lumbago, forkjølelse og myalgier som hadde størst insidens. Resultatene forteller litt om hvilke lidelser som er av en slik alvorlighet at det hindrer de yrkesaktive i å utføre sitt daglige arbeid. Tabellen indikerer også hvilke sykdomsgrupper det kan være viktig å forebygge for at samfunnsmaskineriet skal fungere optimalt. Disse data forteller imidlertid ikke noe om varigheten av de ulike diagnoser. Informasjon om varigheten vil senere bli publisert fra data jeg har overført fra Kommunedatasentralen for Øst-Norge.

De 5042 sykmeldingene som dette trygdekontormaterialet omfatter var forskrevet av 562 leger. Ca 50 % av disse legene arbeidet i allmennpraksis, og ca 30 % var sykehusleger. Allmennpraktikerne hadde skrevet ut 70 % av alle sykmeldingene.

Legens håndskrift

Måten sykmeldingsblanketten er utfylt på har betydning for trygdekontorpersonalet og delvis for arbeidsgiverne. Kopien av de 5042 sykmeldingene ble vurdert og kodet av en lege. Resultatene viste at 79 % av diagnosene på sykmeldingsblanketten var lette å lese, 19 % var vanskelige å lese, mens kun 2 % var umulige å lese.

Resultatene var mer bekymringsfulle hva angår legens underskrift eller bruk av stempel. Stempel med legens navn var brukt i 60 % av tilfellene, og stempel kun med institusjonens navn var brukt i 17 % av tilfellene. På 33 % av sykmeldingsblankettene var det likevel vanskelig å tyde legens navn, og på 18 % av disse var det umulig for oss å identifisere legens navn. Vi måtte da returnere sykmeldingene til trygdekontorene for å få hjelp til dette. De fleste trygdekontor har ansatte som gjennom flere år har trent seg opp til å lese de lokale legers håndskrift. En del sykmeldinger sendes imidlertid videre til trygdekontoret i pasientens hjemstedskommune, hvor trygdekontoransatte ikke kjenner legen som har skrevet sykmeldingen. Det er ingen tvil om at legers slurvete håndskrift fører til både unødig irritasjon og merarbeide for andre yrkesgrupper. En av grunnene til at det er nødvendig for trygdekontoret å vite legens navn, er arbeidet med oppfølging av langtidssykmeldte som nå er en prioritert del av trygdeetatens aktiviteter (5).

Noen sykmeldinger viser allikevel at legers sykmeldingspraksis kan føre til humoristiske episoder på trygdekontoret. I rubrikken for diagnose var det med en kronglete håndskrift skrevet følgende: Ringerikes meieri, melkebaren.

Undersøkelsen i allmennpraksis

I 1986 gjennomførte jeg en praksisundersøkelse blant alle legene som drev allmennpraksis mer enn 19 timer pr uke i Buskerud. Hele 97 % av de 122 allmennpraktikerne i fylket sa seg villig til å delta i undersøkelsen. I løpet av en uke fylte legene ut et spørreskjema hver gang en sykmelding eller sykepengeattest ble forskrevet. Også pasientene ble spurt om å besvare et eget spørreskjema. Etter at registrering av pasientdata var gjennomført, sendte jeg ut spørreskjema til legene for å registrere deres syn på enkelte kontroversielle spørsmål, knyttet til sykmelding. Svarene fra ni spørsmål er integrert i en indeks som viser legenes holdning til sykmelding, dvs en skala som viser deres grad av liberalitet eller restriktivitet. Det er sannsynlig at legers holdning til sykmelding avspeiles i hvilke pasientgrupper som oppsøker de ulike legene. Legers holdning til sykmelding antas også å avspeile seg i varigheten av sykmeldingene. Analyser av disse hypoteser vil senere bli publisert.

Vurdering av pasienteksempler

Samtidig med holdningsundersøkelsen sendte jeg ut to pasienteksempler som de 118 legene skulle vurdere med henblikk på diagnose og eventuell sykmelding. Jeg skal nå referere noen resultater fra pasienteksempelet med en 59 år gammel ryggpasient som står i fare for å bli permittert fra sitt arbeid. Hans sykehistorie var: **Mann 59 år. Platearbeider på skipsverft. Han har vært din pasient i mange år, men har aldri hatt noen alvorlig lidelse. For ett år siden hadde han forbigående smerte i korsryggen uten at det krevde sykmelding, men 20 stk Paralgin forte ble da forskrevet. Normale funn ved vanlig klinisk undersøkelse. Røntgen lumbo-sacral columna, Hb, SR, Waaler, ANF og HLAB-27 normal. Verftet hvor pasienten arbeider må innskrenke, og det er sannsynlig at mange arbeidere blir permittert, inklusiv denne mannen. Pasienten kommer nå og ber om sykmelding fordi han føler de samme smerter i korsryggen som for ett år siden. Normale funn ved vanlig klinisk undersøkelse, samt Hb og SR.**

De 118 legene ble bedt om å anføre hoveddiagnosen de ville gi denne pasienten. Jeg registrerte 32 forskjellige måter å skrive diagnosen på, men de fleste legene hadde brukt betegnelsen lumbago, dorsalgia og ryggsmerter (tab 2). 57 % av de 118 legene svarte at de ville sykmelde pasienten fra samme dag. Denne listen av diagnoser avspeiler mangel på objektive kriterier når legen skal sette en medisinsk merkelapp på en 59 år gammel mann som er i ferd med å miste sitt arbeid. Sykdomsbegrepet tøyes her til sine yttergrenser; noe som gir betydelig rom for subjektivt skjønn både fra pasientens og legens side.

EDB-koding av sykemeldingsdiagnoser

Eksempelet kan også illustrere litt av de utfordringer andre yrkesgrupper, som f.eks. trygdens ansatte, har når de skal forholde seg til legeerklæringer. Etter at trygdeetaten innførte EDB skrives alle sykmeldingsdiagnosene inn i datasystemet. Diagnosene gis dog intet kodenummer og det er derfor vanskelig å bruke disse opplysningene til rutinestatistikk eller forskningsformål. Spørsmålet er om det bør innføres en enkel kodeliste, gjerne trykket på baksiden av sykmeldingsblanketten. Hvis legene så anfører det aktuelle diagnosenummeret på sykmeldingen, kan opplysningene bli til større nytte i arbeidet, med oppfølging av langtidssykmeldte og i annen faglig sammenheng.

Konklusjon

Om legers sykmeldingspraksis kan mye sies, og det er flere interessegrupper som nå ønsker å få dette belyst. Det er viktig at vi selv ser betydningen av å undersøke denne siden av vårt yrke, slik at vi også her arbeider for å forbedre vår faglige standard. Det har betydning for vår egen profesjons anseelse og respekt utad. Men kanskje mer betydningsfullt er det å sikre pasientene en trygdemedisinsk behandling som er god. Det kan for enkelte pasienter ha en større betydning for den totale terapeutiske effekt enn både medikamentell behandling og avanserte kirurgiske inngrep■

Referanser

1 Børsum E. Legens sykmeldingspraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1981;101:1159-61.

2 St.prp. nr. 1 (1986-87). Folketrygdens utgifter og inntekter. Oslo: Sosialdepartementet, 1986.

3 Rutle O, Forsén L. Allmennpraksis - tema med variasjonar. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 8 -1984.

4 Fugelli P, Harstad H. Helseøkonomi i almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1983;103:1176-83.

5 NOU 1986:22. Oppfølging av langtidssykmeldte. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.

Tabell 1. Antall nye sykmeldingstilfeller (insidens) pr 1000 sysselsatt pr år (estimert). Buskerud fylke, 1987.

Diagnoser	Insidens
Infeksjøse sykd.	26
Neoplasmer	7
Indreskr., ernær./stoffsk.sykd.	3
Sykd. i blodet/bloddann. org.	1
Mentale forstyrrelser	39
Sykd. i nervesyst./sanseorg.	12
Sykd. i hjerte/karsyst.	14
Sykd. i åndedrettsorg.	178
Sykd. i fordøyelsesorg.	19
Sykd. i kjønnsorg./urinveier	25
Sv.skap/fødsel/barselseng	14
Sykd. i hud og underhud	12
Sykd. i muskel/skjelettsyst.	159
Fysiske tegn, symptomer osv.	41
Skader forgiftninger	77
Ukjent	7
Totalt	636

Tabell 2. Sykmeldingsdiagnoser foreslått av 118 allmennpraktiserende leger etter vurdering av en kort skriftlig sykehistorie.

Diagnose	Antall leger
Lumbago	47
Lumbago/myalgier	1
Lumbago/dorsalgi	2
Lumbago/insuff. dorsi	1
Lumbalgia	7
Akutt lumbago	1
Lumbago/depressiomentis	1
Lumbago (SOS)	1
Lumbago/ischias	1
Obs. lumbago	2
Dorsalgia	18
Dorsalgi	9
Dorsalgia/lumbago	1
Dorsalgia, myalgier	1
Obs. dorsalgia	1
Observat./dors. (lumbago)	1
Myalgia lumbales	1
Myalgia dorsi	2
Frisk/myalgi	1
Neuromyalgia	1
Insuff. dorsi	1
Ryggsmerte	5
Obs. rauma/dorsalgia	1
Depressiv reaksjon	1
Depressio mentis reaktiva	1
Depressio mentis	1
Depresjon	1
Depressiv nevrose - (frykt for arbeidsledighet)	1
Psykisk belastning	1
Observatio	1
Ikke svart	4
Totalt	118

»Die Handschrift von Dr. Miller hab ich noch nie lesen können. Was waren denn Ihre Symptome?«

Samarbeid m
og behandlen

Gunnar Tellnes
Institutt for allmennmedisin
Universitetet i Oslo

Trygdeetaten vil i tiden fremover arbeide for et bedre samarbeid med legene. Det er viktig at også vi som behandlende leger prioriterer økt pasientservice ved å gi en optimal trygdemedisinsk behandling. Dette kan oppnås dels ved å høyne kvaliteten på de legeerklæringer vi skriver, og dels ved å svare raskt på saker oversendt fra trygdekontoret. Et utvidet samarbeid mellom trygdekontor og behandlende lege er en forutsetning for at trygdemedisin skal bli prioritert blant legens mange oppgaver. Noen konkrete forslag til slikt samarbeid er beskrevet. Artikkelen bygger på foredrag holdt på årsmøtet i trygdekontorenes fylkeslag i Østfold, Larkollen, 13. juni 1986.

I Rikstrygdeverkets rundskriv går det frem at rådgivende lege ved trygdekontoret skal være en rådgiver for trygdens ansatte, legene i området og de trygdede (1-3).

Det mest vanlige har vært at den rådgivende lege har brukt sin arbeidstid til å gi råd til trygdekontoret ved å ta stilling til trygdemedisinske spørsmål ved å drive ren saksbehandling.

I forbindelse med oppfølgning av langtidssykmeldte har det imidlertid blitt mer vanlig at rådgivende lege innkaller pasientene til personlig undersøkelse og samtale (4). Jeg ser det som en positiv utvikling at trygdens leger får mer direkte kontakt med de trygdede, men det bør være en balanse i arbeidet. Rådgivende lege bør også se det som sin oppgave å arbeide for at de trygdede får de ytelser de har rett til, og at saken får en optimal og rask behandling. Dessuten bør trygdens leger øke sin trygdemedisinske rådgivning overfor behandlende leger knyttet til det aktuelle distrikt.

I denne artikkelen vil jeg vesentlig omtale den del av den rådgivende leges arbeid som handler om samarbeid mellom trygd og behandlende lege.

Samarbeidsmøter med legene

Av samarbeidsmøter med legene kan jeg tenke meg tre typer:

- Kurs i trygdemedisin for behandlende leger holdt av rådgivende leger. Slike møter arrangeres nå flere steder i landet
- Innlegg om trygdemedisin knyttet til møter og kurs om andre emner, arrangert av de lokale legeforeninger eller kurskomitéer
- Samarbeidsmøter mellom behandlende leger og trygd holdt på trygdekontoret

Samarbeidsmøter av den siste kategori er nå blitt en årlig tradisjon ved Moss og Rygge trygdekontorer.

Det første møtet ble holdt den 9. april 1986 i kantinen på Moss trygdekontor. Til sammen ble det sendt tre invitasjonsbrev til legene før møtet. Også muntlig kontakt ble tatt med enkelte leger. Dette for å sikre en best mulig oppslutning om arrangementet. Fremmøte fra legenes side ble nesten 100 %. Programmet var inndelt i tre hovedbolker:

- Innledningsvis orienterte trygdesjef Per Ivar Clementsen om trygdekontorets drift, og det ble også gitt en omvisning i lokalene ved Moss trygdekontor. Videre orienterte trygdesjef Bjørn Borge fra Rygge om trygdekontorenes ønsker i forhold til behandlende leger. Det ble bl.a. her pekt på betydningen av at behandlende leger svarte raskt på henvendelser om legeerklæringer, og at det var viktig at disse ble skrevet på skrivemaskin, slik at unødig tid ikke ble brukt til skrifttyding

ellom trygdekontor
de lege

- Legene Lorentz Nitter og Jan Otto Syvertsen hadde hver sine innlegg om trygdeetaten sett fra behandlende leges side. Bl.a. ble det pekt på frustrasjonen enkelte leger kan ha når bunken med tunge trygdesaker øker og dette skal gjøres på kveldstid og i helgene i tillegg til en ellers travel klinisk praksis

- Rådgivende lege orienterte om sin funksjon og om hvordan samarbeidet mellom trygdekontorene og behandlende leger var tenkt i tiden fremover. Det kom her frem at legene i Moss og Rygge var interesserte i at et samarbeidsmøte ble holdt minst en gang i året. Som et ledd i samarbeidet ble det på møtet delt ut to spesiallagede permer til hver av de fremmøtte legene (5)

Trygdepermer til behandlende leger

Den første permen inneholdt de viktigste regler, forskrifter, rundskriv og meldinger som kunne være til nytte for behandlende leger i deres arbeid med trygdesaker og legeerklæringer. I tillegg til dette var det utarbeidet en perm som inneholdt de viktigste opplysningshefter og brosjyrer fra RTV, beregnet på behandlende leger. De viktigste punktene og rundskrivene i permene ble gjennomgått i løpet av samarbeidsmøtet. Det var tydelig en stor interesse for dette tiltaket blant de behandlende leger. En à jour-føring av permene gjennomføres årlig etterhvert som viktige endringer kommer. Tiltaket ble evaluert etter ett år ved utsending av spørreskjema til legene (6). Flertallet ga positive signaler på at denne prøveordningen for legene i Mosseregionen burde bli permanent for alle leger i primærhelsetjenesten.

Tverrfaglig samarbeidsråd

I Moss kommune ble det i 1986 opprettet et tverrfaglig samarbeidsråd der representanter fra sosialkontor, arbeidsformidling, trygdekontor og trygdekontorets rådgivende lege møtes regelmessig én gang i måneden. Møtet varer i 2-3 timer og behandler tunge trygdesaker hvor alle de tre nevnte kontorer som regel er berørt. Formålet er at rådet gjennom tverrfaglig samarbeid skal forsøke å få klarlagt hvordan den enkelte klients sak bør behandles. Det skal i dette arbeidet tas hensyn til pasientens egne ønsker, rasjonell saksbehandling og faglig utveksling.

Rådet har ingen formell avgjørelsesmyndighet, men det er vanlig at den enkelte etat følger rådets innstilling.

Saker som fremlegges for rådet må ha betydning for den enkelte klients attføring, arbeidsplassering, trygderett eller sosialhjelp. Den enkelte etat tar selv med aktuelle saker til møtet. Klientens samtykke for at saken kan drøftes i rådet innhentes på forhånd.

I rådet har vi også innkalt pasienters behandlende lege, slik at disse kan delta aktivt i den oppklaring og videre planlegging vi prøver å få til for den enkelte pasient. Behandlende leger i Moss og Rygge har også på eget initiativ kommet med ønske om å få være til stede når deres pasienter blir diskutert. Også andre samarbeidspartnere som f.eks. psykolog, har vært innkalt til møtet.

Telefonkontakt og samtaler mellom rådgivende lege og behandlende lege

Ved alle trygdekontor vil det som regel være visse oppfatninger om hvordan de ulike behandlende leger arbeider. Dette kan dreie seg om bruk av regningskort og takster, rutiner ved sykmelding og sen eller rask ekspedering av trygdesaker og legeerklæringer. Noen ganger kan dette skyldes at enkelte leger har tillagt seg uheldige rutiner, men det kan også være vel begrunnede årsaker som gjør at legene har ulik rutine. Andre ganger kan nok misforståelser ved trygdekontoret og de trygdeansattes manglende innsikt i den behandlende leges hverdag og arbeidssituasjon være årsak til uheldige oppfatninger av legers rutiner.

Jeg ser det derfor som en viktig oppgave for rådgivende lege personlig å ta kontakt med enkelte leger som har fått rykte på seg for å ha uheldige rutiner. Jeg har selv hatt møter med leger som antas å misbruke takstsystemet når regningskort skrives. Dette har vært nyttig, fordi jeg på en innsiktsfull måte har fått orientering om årsakene til at visse rutiner følges. Jeg har også hatt mulighet til å gi feedback om hvordan andre leger arbeider og hva som eventuelt bør endres.

Jeg har også hatt god erfaring med å kontakte enkelte leger som lar trygdesaker ligge ubehandlet i månedsvis på sitt kontor. Dette har ofte sine naturlige forklaringer, og de som dette var aktuelt for, har vært takknemlige for å bli personlig påminnet om å endre sine rutiner. Jeg tror det er mer fruktbart å kontakte leger direkte om slike ting, enn at visse rykter og oppfatninger råder på trygdekontoret i årevis. Kanskje er det et begynnende burn-out-syndrom som er i utvikling hos den aktuelle lege.

Min konklusjon er at vi som rådgivende leger bør ha som overordnet mål å få i gang en økt dialog mellom behandlende lege og trygdekontoret.

Feedback-ordning til legene

Legene er viktige premissleverandører for trygdeetaten, og egentlig sentrale saksbehandlere som sitter utenfor trygdens organer (7). Hvordan bør så disse saksbehandlerne skoleres? Tradisjonelt sett har trygdemedisin hatt lav

prioritet blant legene. Kanskje fordi utdanning om trygd har stått svakt i legenes studium, og fordi mer akutte og presserende oppgaver i medisinen har fått høyere prioritet.

Jeg tror tiden nå er moden for å endre noe på dette, og en rekke tiltak er allerede i gang. Norsk Trygdemedisinsk Forening står bak arrangement av kurs i trygdemedisin for behandlende leger. Systematisert utdanning gjennom medisinerstudiet og kursvirksomhet gjennom legers videre- og etterutdanning er nødvendig for å opprioritere trygdemedisin som eget fagområde. Jeg tror imidlertid ikke dette er nok. En jevn strøm av tilbakemeldinger fra trygdekontoret er også nødvendig for å øke den behandlende leges kompetanse og interesse for trygdemedisin. Som eksempel på dette kan jeg nevne at en viktig feedback-ordning for almenpraktiserende leger er de epikriser som blir sendt fra sykehus og andre institusjoner tilbake til behandlende lege etter at pasienten har vært innlagt. I disse epikrisene fremgår det detaljerte opplysninger om hvilke undersøkelser og behandlinger pasienten har fått, og hvilke vurderinger som har vært gjort under sykehusoppholdet.

Tilsvarende mener jeg det er viktig at en lege som kan arbeide i mange timer med en trygdesak, får tilbakemelding om hvordan denne saken ble behandlet og avgjort i trygdens organer. Kun på denne måten kan behandlende lege få en feedback på det arbeid han selv har utført i trygdesaken, og om hans vurderinger var i samsvar med rådgivende leges og saksbehandlers vurderinger.

Frem til nå har § 18.4. i Lov om folketrygd, vært et hinder for mange trygdekontor til å utføre rutinemessig tilbakemelding til behandlende leger (8). Rikstrygdeverket har tatt initiativ til å få gjennomført en dispensasjon fra denne paragraf, slik at de behandlende leger som ønsker feedback på trygdesaker de har gitt uttalelser om, kan få dette. Saken er nå godkjent av Sosialdepartementet.

Rutine for trygdeinformasjon til legene

For ansatte i trygdens organer har rundskriv-permene ("den gule flod") til RTV vært viktige informasjonskilder når nye regler er blitt innført. Det har til nå ikke eksistert tilsvarende system, eller tilsvarende rutiner for informasjon til leger om endringer i trygdens regler. Jeg ser det som en viktig oppgave å innføre slike rutiner for informasjon til behandlende leger. Den rundskrivs-perm som nå er utarbeidet ved Moss og Rygge trygdekontorer, er en innledning til dette. Permene kan være med på å gi legene informasjon om hva trygden skal bruke de medisinske opplysninger til som ønskes beskrevet i legeerklæringer.

Jeg tror at mangel på interesse og prioritering av trygdemedisin fra legenes side ikke alene skyldes de behandlende leger selv. Mye kan forklares ut fra trygdens kompleksitet og at det til nå ikke har eksistert rutiner for feedback-systemer.

Rutiner for tilbakemelding og nær kommunikasjon mellom trygd og behandlende lege er en helt nødvendig forutsetning for at trygdemedisin skal få en høyere prioritet blant legene.

Referanser

1 Rikstrygdeverket. Rådgivende lege ved trygdekontorene. Rundskriv 13-07 Nr 1. Oslo, 1983.

2 Rikstrygdeverket. Trygdekontorets bruk av den rådgivende legeordning. Rundskriv 13-07 Nr. 2. Oslo, 1983.

3 Daltveit B. Rådgjevande lege - Ei orientering om ordninga med rådgjevande legar ved trygdekontora. Utposten 1985;14:101-2.

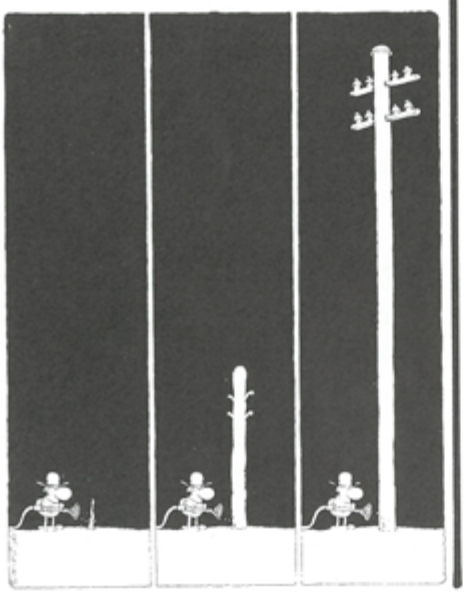
4. NOU 1986:22. Oppfølging av langtidssykmeldte. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.

5 Ofstad O. Legene i Moss-området de første som har fått de viktigste reglene. Sosial trygd 1986;74:16-7.

6 Tellnes G. Evaluering av en prøveordning med trygdepermer til behandlende leger i Moss og Rygge. Foredrag på Rikstrygdeverkets møte for rådgivende leger, Geilo 1987.

7. Walmann BI. Legen avgjør store deler av trygdeforbruket. Sosial trygd 1986;74:4-5.

8. Walmann BI. Tilbakemelding til lege om utfall av trygdesak. Utposten 1987;16:



Ellen Rønneberg
attføringskonsulent

Ellen R. Er nå attføringskonsulent for synshemmede i arbeidsmarkedetaten og har hele landet som arbeidsområde i spørsmål om attføringsbistand til denne gruppen. Ho har tidligere vært lærer ved Sunnaas sykehus og i ungdomsskolen, legesekretær i almenpraksis og har de siste 6 år arbeidet med attføring i arbeidsmarkedsetaten.

Primærlegenes forhold til arbeidskontoret må bli bedre!

Yrkesmessig attføring er en del av arbeidsformidlingens virksomhet. Attføringstjenestemenn i samarbeid med formidlere, yrkesrettledere og psykologer legger forholdene til rette så yrkeshemmede kan få eller beholde "høvelig arbeid".

Attføringstiltak finansieres først og fremst i form av attføringspenger og attføringshjelp etter folketrygdens Kap. 5.

- Attføringspenger er en løpende ytelse som erstatter arbeidsinntekt.

- Attføringshjelp er dekning av utgifter som tiltaket medfører. (Skolepenger, bøker, boutgifter, etc.)

Personer som ikke fyller medisinske vilkår for attføringshjelp, kan finansiere attføringstiltak etter Kap. 4 under nærmere bestemte forutsetninger. Ved nedsatt arbeidsevne er det mulig å kombinere lønn med sykepenger, attføringspenger eller uføretrygd.

Attføringstiltak kan settes i verk mens personen er sykmeldt hvis det er grunn til å tro at han ikke vil kunne gå tilbake til tidligere yrke. Det er fordelaktig å starte denne prosessen så tidlig som mulig. Det er ingen grunn til å vente i ett år før attføringstiltaket settes i verk.

I Norge har vi 108 arbeidskontor med tilsammen 190 attføringstjenestemenn, og 450 trygdekontor. Det gir 2,6 trygdekontor pr. attføringstjenestemann i gjennomsnitt å betjene.

Stor pågang av attføringssaker kombinert med geografisk avstand og ofte vanskelig kommunikasjon har ført til samarbeidsproblemer mange steder i behandling av sakene.

Hvem blir henvist til attføringsavdelingen?

De fleste kommer etter henvisning fra trygdekontoret, og har gjerne en lengre periode bak seg med medisinsk utredning og behandling.

Over 50% har da vært sykmeldt over ett år - gjennomsnittet ligger faktisk på 16 mnd.

I denne perioden er det sykemeldende lege som har hatt kontakt med pasienten - ofte primærlegen. Han har sikkert behandlet og utredet den medisinske tilstand nøye, men ofte glemt pasientens yrkesmessige tilhørighet underveis.

Pasientene bruker idag mange krefter på å forklare hvor syke de er, og må stå på det. Tilbudene er i for liten grad rettet mot sykdom som et relativt begrep i forhold til arbeid, og det finnes mange steder liten aksept for "aktiv" sykdomsbehandling med attføringshjelp tidlig i sykefasen.

Sett på bakgrunn av hva vi vet om psykologiske følger av langtidsledighet/-sykemelding, er det lett å forstå at pasientens problemer etter noen måneder er av en langt mer alvorlig karakter enn da sykdommen debuterte. Han har i mellomtiden mistet troen på seg selv, er initiativløs og lite motivert for selv å gjøre noe med sin situasjon. Han er blitt isolert fra sitt arbeidsmiljø, og 75% av de som har vært sykmeldt i over ett år har også mistet jobben.

Arbeidsgiver er ikke blitt minnet om Arbeidsmiljølovens §13 som pålegger han så langt det er mulig å legge forholdene til rette så en yrkeshemmet arbeidstaker kan "få eller beholde høvelig arbeid". Dermed går den langtidssykmeldte også glipp av de rettigheter Arbeidsmiljøloven var ment å gi ham, og den muligheten en ofte enkel eller gradvis tilpasning til arbeidsmiljøet gir til vellykket attføring.

Espen Dahl finner i sin undersøkelse foretatt av Sosialdepartementet i 1982 at 50% av de langtidssykmeldte lider av muskel- skjelettsykdommer. Hjerte/kar sykdommer, nervøse lidelser og skader/ulykker figurerer med ca. 10% hver.

Samme diagnosefordeling finner også Haakon Melsom i en undersøkelse av 3 måneders sykmeldte ved Skedsmo Trygdekontor publisert i Tidsskriftet nr. 25 1984.

Pussig er det derfor å se at i Arbeidsdirektoratets statistikk over personer som har mottatt attføringshjelp samme år, finnes over 40% med nervøse lidelser. Muskel/skjelettsykdommer kommer på 2. plass med ca. 25% og de andre diagnose gruppene fordeler seg med ca. 10% hver. ▶

Er det da hovedsakelig pasienter med psykiske lidelser som når frem i attføringsapparatet? Eller er det personer med sammensatte problemer hvor muskel/skjelettlidelsene er det første symptomet som presenteres for primærlegen?

- Er primærlegene flinke nok til å engasjere samarbeidspartnere tidlig i sykefasen slik at pasientens plager kan ses i forhold til arbeidsoppgaver og arbeidsplassen?

- Vet primærlegen nok om arbeidskontorets muligheter og tiltak til at de kan utfordre dem som samarbeidspartnere?

Sannsynligvis fortoner Arbeidskontoret seg for de fleste primærleger som et mangehodet vesen av diffus karakter. Et sted hvor man står i kø og stempler. For å bli bedre kjent med muligheter og tiltak bør legene ta kontakt med Arbeidskontoret. Hva om den lokale legeforeningen inviterer til kontaktmøte for gjensidig informasjon og lærer om arbeidskontorets muligheter og begrensninger så de senere kan utfordre det som serviceapparat?

Arbeidsdirektoratet oppfordrer nå i samarbeid med Rikstrygdeverket alle kommuner til å danne basisteam der dette er naturlig for å sikre smidigere og mer rasjonell saksbehandling. Primærlegene og klientene oppfordres til å møte ved behov, og Rikstrygdeverket utarbeider refusjonstakster for leger i tverrgaglig samarbeid. Dette håper vi vil gjøre det mulig for travle primærleger å bli aktive medspillere i attføringsprosessen i større grad enn tidligere.

Vi på Arbeidskontoret er ikke i tvil om at tverrfaglig drøfting av mange pasienters problemer tidlig i sykefasen, vil ha positiv virkning på sykefraværet. Utradisjonelle behandlingstiltak som gradvis arbeidstrening, tilpassing av arbeidsmiljø evt. med tekniske hjelpemidler, opplæring, kombinert med behandling og opplæring/arbeidstrening holder pasienten i aktivitet og hjelper ham til bedre å se nye muligheter.

Vi har alle lett for å belønne passivitet hos personer vi kommer i kontakt med og "overta" deres problemer. Det er ikke populært å sette krav til folk, men behandlere burde i større grad lære å ansvarliggjøre klientene. Langtidssykmeldte burde oppmuntres til å påta seg mange oppgaver selv, samtidig som behandlerne må vite om deres passive holdning til tilværelsen som følger av tilstanden.

Dersom primærlegen mener hans pasient bør ta kontakt med Arbeidskontoret, er det fort gjort å formidle kontakten samtidig som han følger opp de tiltak som blir satt i gang.

Ofte vil kontakt med Arbeidskontoret resulterte i at det legges en attføringsplan som er forpliktende for begge parter. Planen kan inneholde bistand fra flere innen hjelpeapparatet og krever aktiv oppfølging fra pasienten. Det er viktig at primærlegen er med i denne prosessen og at han kan delta på møte i basisteam når dette er fornuftig.

Attføringsplanen krever tilslutning fra trygdekontoret, og hvis den går over ett år, godkjennelse fra Fylkesnemda. Vi sparer verdifull tid og unødvendig saksgang for pasienten om primærlegen er med i denne prosessen. Saker som er drøftet i basisteam går lettere gjennom i Fylkesnemda, og de er grundig og tverrfaglig vurdert på forhånd.

Ofte vil primærlegen ha mer enn en pasient av gangen som han vil drøfte med Arbeidskontoret og etter noen samarbeidsmøter er han allerede meget bedre orientert om de forskjellige etaters "spilleregler".

Det vil være en fordel for alle parter om fylkesnemda sendte kopi av vedtak til behandlende lege og til Arbeidskontoret. Praksis er forskjellig, men alle vil være tjent med å få tilbakemelding på saker de fremmer for Fylkesnemda

Likedan ville det være nyttig om behandlende lege kunne få kopi av vedtak i basisteam når hans pasienter er oppe til drøfting. Dette kan han ta opp med sitt trygdekontor/arbeidskontor lokalt om han ønsker.

Bedriftsintern attføring har vist seg å være et meget hensiktsmessig tiltak.

Mange bedrifter har tegnet "mønsteravtale" med Arbeidsformidlingen. Det er en gjensidig forpliktende avtale om systematisk attføringsarbeid for yrkeshemmede i bedriften. Bedriften etablerer attføringsutvalg med representanter fra arbeidstakere og arbeidsgivere, bedriftslege og arbeidskontor. Hyppig sykefravær eller langtidsfravær blir drøftet og fulgt opp, og bedriften kan ta inn sykemeldte arbeidstakere med sykepenger som lønn i en overgangsperiode dersom det er hensiktsmessig med opptrening i annet arbeid.

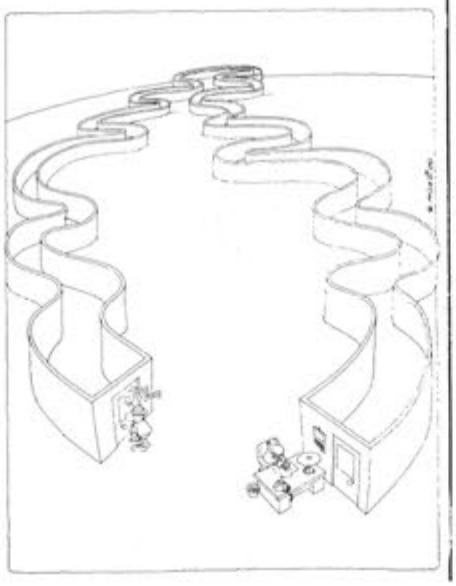
Dersom en arbeidstaker skal prøve seg over lang tid i et annet arbeid enn det han ble sykmeldt fra, kan Arbeidsformidligen i 1/2 år refundere bedriften inntil 75% av lønnsutgiftene. Siden refunderer de 40% til arbeidstakeren antas å ha oppnådd full arbeidsførhet (maks. 2 år).

Dersom primærlegene var mer oppmerksomme på dette tiltaket, ville det vært lettere å foreslå tiltak for bedriftslegene, eventuelt arbeidsgiverne, og Arbeidsmiljølovens intensjoner blir ivaretatt.

Jeg har før oppfordret primærlegene til å ta kontakt med sine lokale arbeidskontor.

Selvfølgelig vet jeg at det påhviler enhver offentlig etat informasjonsplikt. Informasjon når bare ikke alltid frem som den skal og kan ikke erstatte direkte kommunikasjon. Legene skal heller ikke se bort fra at mange samarbeidspartnere blir glade (og overrasket) når de ber om samarbeid.

Myten om den travle legen som man "forstyrrer" ved å kontakte sitter hardt hos mange, og der er ofte opp til legene selv å bryte barrieren for å skape et bedre samarbeid■



Forslag til

Handlingsprogram for trygdemedisin i kommunehelsetjenesten

Gunnar Tellnes
Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Det er behov for økt samarbeid, utdanning og fagutvikling innen trygdemedisin. For å oppnå dette bør Lægeforeningen og Rikstrygdeverket ta et felles initiativ. Forskningsprosjekter og publikasjoner om trygdemedisin, kursvirksomhet, vikarordning som rådgivende lege, informasjon til behandlende lege, selvevalueringsprogram og allsidig samarbeid bør være hovedpilarene i et handlingsprogram.

■

For å styrke interessen og øke den faglige kunnskap om trygdemedisin i almenpraksis tenker jeg meg et handlingsprogram iverksatt i løpet av perioden 1988-1993. Bakgrunnen for dette er at legene er viktige premissleverandører for trygdeadministrasjonen (1).

Dagens legeerklæringer bygger delvis på medisinsk viten og delvis på faglig skjønn. Derfor er det behov for et handlingsprogram som kan fremskaffe et bedre faglig grunnlag for de trygdemedisinske avgjørelser som tas i primærhelsetjenesten. For å øke almenlegens trygdemedisinske kompetanse, bør følgende tiltak settes i verk over en femårs-periode:

Forskningsprosjekter

Det er klare behov for trygdemedisinsk forskning som kan gi mer håndfaste retningslinjer som legene kan basere sine avgjørelser på. Resultatene fra slike prosjekter bør senere presenteres i legers grunnutdanning og i videre- og etterutdanningen. De mest aktuelle prosjektene er:

- Sykmelding i almenpraksis (sluttføres i 1988) (2)
- Graviditet og sykmelding (sluttføres i 1988) (3)
- Attføring i almenpraksis
- Uføretrygd i almenpraksis
- Fysioterapi og almenpraksis
- Andre aktuelle trygdemedisinske prosjekter

Publikasjoner

Følgende bøker bør utgis:

- Sykmelding i almenpraksis
- Håndbok om sykmelding
- Håndbok i trygdemedisin
- Trygdepermer for leger (4,5)
- Andre bøker og artikler om trygdemedisin

Kursvirksomhet

Kurs i "Trygdemedisin i almenpraksis" bør arrangeres på fylkesbasis og landsbasis. Det er sannsynlig at det vil være en fordel at både trygdepersonell og almenpraktikere deltar i kursene sammen. Dette for å øke kommunikasjonen mellom legene og trygdekontorene. Et obligatorisk kurs i trygdemedisin for turnuskandidater bør kunne samkjøres med fylkeslegens kurs i offentlig helsearbeid.

Vikarordning for leger ved trygdekontor

Det bør opprettes en rådgivende legestilling ved et større trygdekontor. Stillingen bør tilbys almenpraktikere som ønsker vikariat som rådgivende lege i tre måneder. Dette muliggjør at fire almenpraktikere pr. år kan vikariere som rådgivende lege, og dette bør kunne telle i legenes spesialistutdanning/etterutdanning. Fordelen med vikarordningen er at behandlende lege kan tilføre trygden impulser fra sin hverdag og selv få bedre kjennskap til trygdemedisinsk saksbehandling. ▶

Informasjon til legene

Det bør utarbeides to RTV-permer med rundskriv og brosjyrer som er spesielt nyttig til bruk for behandlende lege. Et forsøksprosjekt om dette er gjennomført og evaluert ved Moss og Rygge trygdekontorer (5,6).

Selvevaluering for leger

Gjennom selvevalueringsutvalget i Norsk selskap for almenmedisin bør det utarbeides tilbud om selvevaluering om f.eks. sykmelding for almenpraktiserende leger (7). Selvevaluering for utfylling av rekvisisjoner til fysioterapi kan også komme på tale.

Det er mulig at slike selvevalueringstilbud også kan fungere som et samarbeid mellom Norsk selskap for almenmedisin og spesialistkomitéen for almenmedisin i Den norske lægeforening. Jeg tenker her på temamøtene i det 2-årige strukturerte utdanningsprogrammet i almenpraksis (8).

Mulige samarbeidspartnere

For å realisere det foreslåtte program bør flere interesserte instanser kunne samarbeide. De mest aktuelle er: Instituttene for almenmedisin og samfunnsmedisin, Rikstrygdeverket, Norsk selskap for almenmedisin, Den norske lægeforening, OLL, Aplf, Helsedirektoratet, Sosialdepartementet, lokale trygdekontor, Norsk trygdemedisinsk forening, Norsk arbeidsgiverforening, Landsorganisasjonen, Universitetsforlaget.

Gjennomføring

Et lignende program er utprøvd for kreft i almenpraksis (9). Erfaringene så langt har vært gode, men det påpekes at forutsetningene for gjennomføringen av programmet er et godt samarbeid mellom de involverte instanser og en enhetlig finansiering. Hvis et program for trygdemedisin skal kunne realiseres, bør Lægeforeningen og Rikstrygdeverket ta et felles initiativ■

Referanser

1 Walmann BI. Legene avgjør store deler av trygdeforbruket. Sosial trygd 1986;74:4-5.

2 Tellnes G. Legers sykmeldingspraksis - hva vet vi i dag? Utposten 1987;16: 185-187

3 Lundby IH. Graviditet og sykmelding. Trygd og pensjon 1986, nr. 6.

4 Tellnes G. Samarbeid mellom trygdekontor og behandlende lege. Utposten 1987;16: 188-190

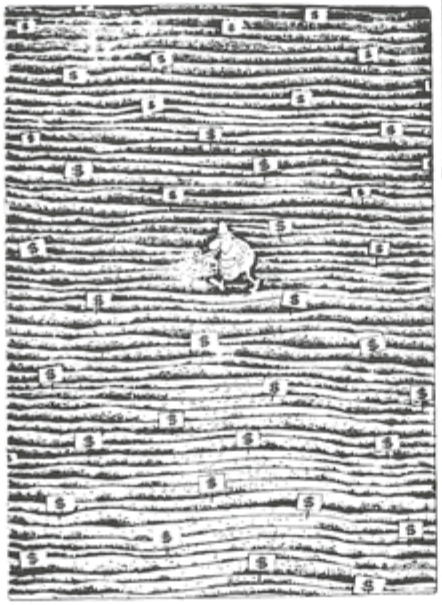
5 Ofstad O. Legene i Moss-området de første som har fått de viktigste reglene. Sosial trygd 1986;74:16-7.

6 Tellnes G. Evaluering av en prøveordning med trygdepermer til behandlende leger i Moss og Rygge. Foredrag på Rikstrygdeverkets møte for rådgivende leger, Geilo 1987.

7 Borchgrevink CF. NSAM-referat fra årsmøtet. Tidsskr Nor Lægeforen 1986;106:72-3.

8 Westin S. Utdanningshåndbok for almenpraktikere. Oslo: Gyldendal, 1985.

9 Nylenna M. Kreft-almenpraktikerprogrammet: En modell for samarbeid, utdanning og fagutvikling. Nord Med 1986;101:14-5.



Tertium non datur:

Enten lang eller kort

Jon Erik Bakken
trygdesjef i Rindal
Ola Lilleholt
kommunelege i Rindal

Det følgende er en analyse av trygekontorets statistikk over sykemeldingstilfeller i Rindal i de tre åra 1981-83. De diagnostiske gruppene er satt opp i samsvar med trygedkontorets behov for øye. Medisinsk sett er noen av gruppene således temmelig heterogene. Framstillinga tar bare for seg de funn som er gjort når det gjelder sykemeldingenes lengde.

Rindal er en landkommune med ca. 2300 innbyggere. Ca 40% av de yrkesaktive henter si inntekt fra landbruket, ca. 20% fra industri (trevare og skiproduksjon) og ca. 20% fra offentlig og privat tjenesteyting.

I 1981 var det i hele landet gjennomsnitt 49,7 sykepengedager pr. sykemeldingstilfelle, mens det i Rindal var 49,9 dager.

Tilbakemelding til lege om utfall av trygdesak

Bjørn I. Walmann
avdelingsdirektør i Rikstrygdeverket

Bjørn I. W. er cand. jur fra 1966. Siden 1966 har han arbeidet i ulike avdelinger i Rikstrygdeverket. Har tidligere ledet Uførhetsavdelingen og deretter Pensjonsavdelingen og er nå avdelingsdirektør i Generell avdeling. Har i perioder vært utlånt til Sosialdepartementet for utredningsarbeid. Har bl.a. vært medlem av utvalg for trygdefinansiering og pensjonsutredningen. Har ledet flere utvalg, bl.a. utredningen "Yrkesbetingede helseskader og folketrygden", (NOU 1976:16).

■

Når en lege uttaler seg i en trygdesak, kan han ha behov for å bli underrettet om sakens utfall. Ta for eksempel en uførepensjonssak der det er sparsomt med objektive og registrerbare medisinske funn. Kjennskap til saksutfallet vil gi legen kunnskap som kan komme til nytte i senere vurdering av parallelle saker. Fikk saken et for legen overraskende utfall, kunne han ønske innsyn i saksdokumentene og se hva i andres vurdering - eller i regelverket - som medførte det uventede resultat. Mulighetene for slik tilbakemelding og innsyn vil i praksis konsolidere den interesserte leges trygdemedisinske kompetanse.

Hva så med trygdekontorets taushetsplikt? Den er fastslått i folketrygdelovens §18-4 og gjelder enhver som i medhold av loven har høve til å bli kjent med noens private forhold. Det at legen selv har taushetsplikt gir ikke uten videre grunnlag for fri informasjon fra trygdekontoret til lege om trygdesakens utfall. Med andre ord står taushetsplikten i utgangspunktet så vidt sterkt at selv ikke pasientens lege kan gis beskjed om saksutfallet.

Annerledes er det hvis legen allierer seg med pasienten og får dennes samtykke til å forespørre om resultat og eventuelt om ytterligere innsyn i saken. Og selvsagt kan legen be pasienten om å bli underrettet når vedtak foreligger i trygdesaken.

Etter flere henvendelser fra interesserte leger har Rikstrygdeverket tatt opp forslag om dispensasjon fra taushetsplikten med sikte på at behandlende lege kan få tilbakemelding om resultat i stønadssaker der legen har avgitt erklæring etter anmodning fra trygdeadministrasjonen. I forslaget, som ble tatt opp med Sosialdepartementet, ble det pekt på at legen spiller en sentral rolle når det gjelder trygdeytelser, og at det må være i trygdens interesse at legen har best mulig trygdemedisinsk kompetanse. Det anses i denne sammenheng nyttig og ofte nødvendig å få vite sakens utfall og eventuelt få vite hvilke momenter det ble lagt vekt på ved avgjørelsen.

Rikstrygdeverket ønsker et generelt dispensasjonsvedtak slik at behandlende lege kan underrettes om resultatet i bestemte saker og uten å ha innhentet pasientens samtykke. Men Rikstrygdeverket ønsker ikke en helt automatisk tilbakemeldingsrutine for alle saker der leger har avgitt erklæringer. Dette kunne medføre et ikke ubetydelig merarbeid for trygdekontorene, og en papirflom også til leger som ville møte denne med moderat eller ingen entusiasme.

Rikstrygdeverkets forslag har vært forelagt Helsedirektoratet og Den norske lægeforening som har sluttet seg til dette. Sosialdepartementet stiller seg positivt til forslaget og til det at legen utover tilbakemelding om resultatet får adgang til å se saksdokumentene. Også departementet mener at det i første omgang ikke bør åpnes for automatisk tilbakemeldingsrutine. Departementet presiserer at bare uttalelser/erklæringer som blir honorert av folketrygden bør gi grunnlag for tilbakemelding, og antyder at bare den lege som har utferdiget endelig erklæring bør ha tilbakemelding.

På dette grunnlag blir det nå utformet et generelt dispensasjonsvedtak og et rekvisisjonsformular der legen i tilknytning til utferdigelse av erklæring/uttalelse ved et kryss kan markere interesse for å bli underrettet om utfallet av saken.

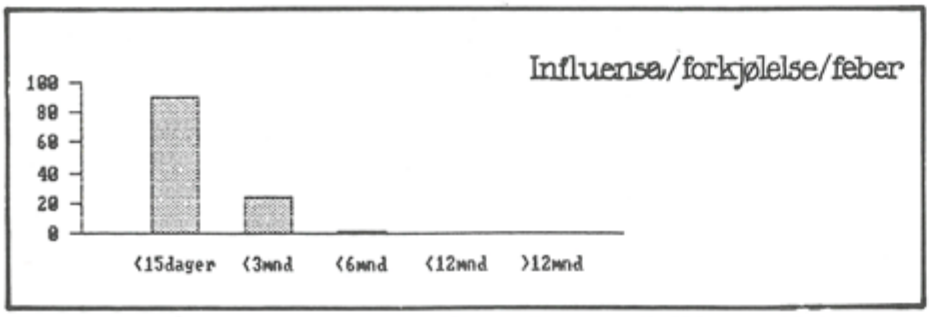
I Rikstrygdeverket håper vi at det blir interesse for ordningen når den kommer i gang ut på høsten■

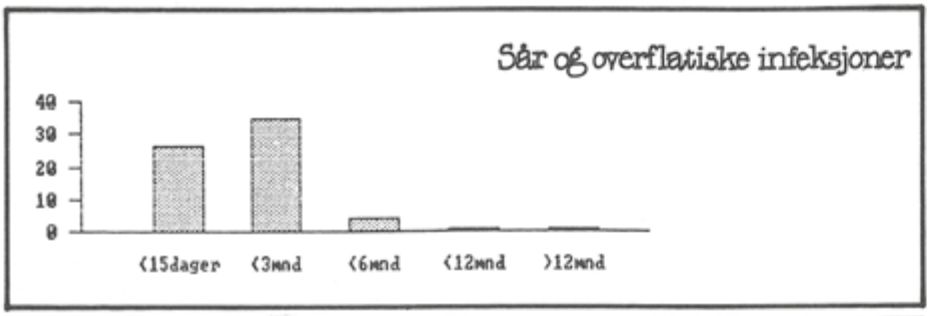
sykemelding i Rindal

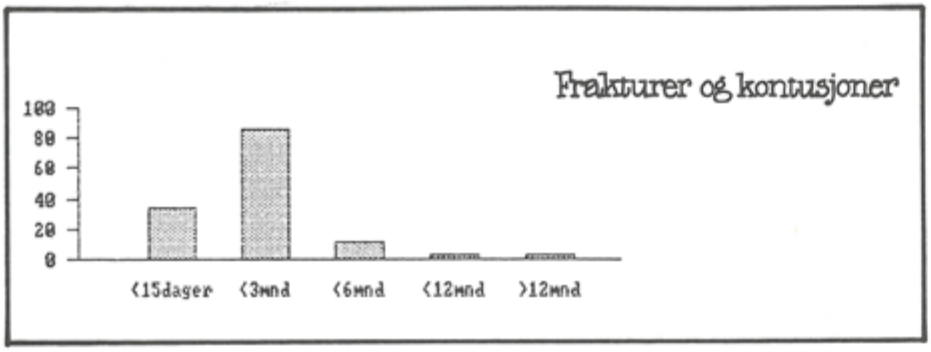
Fylkeslegen i Møre og Romsdal har i sin årsmelding for 1985 tatt med statistikk over sykepengetilfeller i de forskjellige kommunene. I gjennomsnitt var det i Møre og Romdal fylke en incidens på 101 pr. år pr. 1000 innbyggere i alderen 16-66 år. Tilsvarende tall for hele riket var 115 og for Rindal 73. Det foreligger også statistikk for sykepengedager blant arbeidstakere. Rindal hadde i 1985 2570 dager pr. år pr. 1000 innbyggere i alderen 16-66 år. Tilsvarende tall for fylket er 4279 og for riket 5052. Forbruket av sykepenger ligger i Rindal altså omtrent på det halve av det en finner i storsamfunnet.

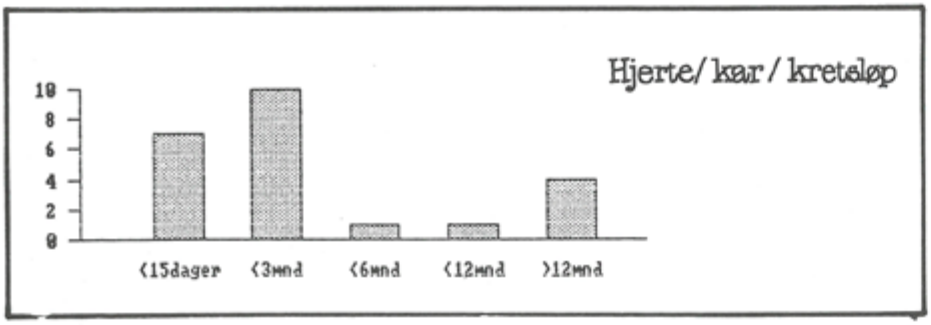
En undersøkelse fra Norsk Institutt for Sykehusforskning for 3-4 år sia viste at rindalingene sammen med innbyggerne i Norddal kommune forbruker minst sykehustjenester av samtlige i Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag, nemlig 73% av gjennomsnittet i de tre fylkene.

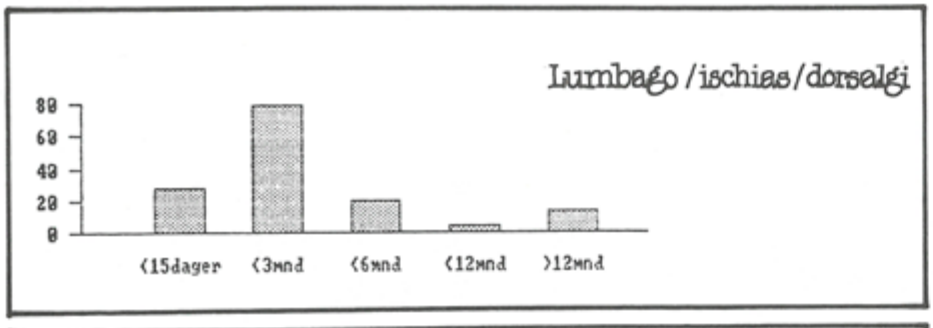
På bakgrunn av disse dataene kan man filosofere over om rindalingene har gjennomgående bedre helse enn folk i andre bygder, men det får betraktes som en hypotese.

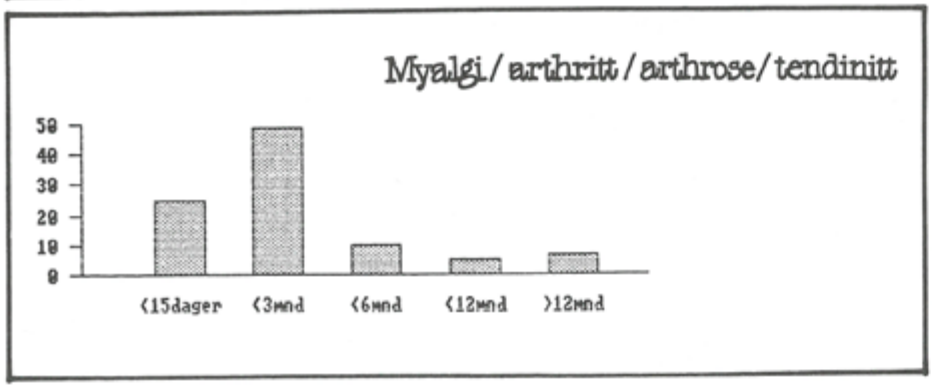












Terskelen for å bli sykmeldt er nokså høy for sjølstendig næringsdrivende i landbruket. Det er nok mange som "kryper" ut i fjøset og lar anna arbeide ligge i forbindelse med kortere sykefilfeller. Men en ser altså at ansatte også har et forbruk av sykepengedager som ligger på det halve av landsgjennomsnittet.

Kanskje er det også en faktor at kommunen har hatt en stabil legetjeneste uten vakanser i ca. 40 år.

Kommentar til figurene

For korthets skyld er enhetene på X-aksen angitt noe forenklet. "< 3 mnd." betyr at sykemeldinga er 15 dager eller lenger, men altså mindre enn 3 mnd. Tilsvarende gjelder for angivelsene "< 6 mnd.", "<12 mnd." og ">12 mnd." Y-aksen viser antall sykemeldingstilfeller i hver gruppe.

Den grafiske framstillinga av sykemeldingsperiodene avslører et tydelig felles mønster i gruppene ryggplager og hjertekarsykdommer. Her ser en at sykemeldingene angår to populasjoner: en stor gruppe sykemeldinger inntil 3 måneder, nesten ingen sykemeldinger som varer fra 3 til 6 måneder og deretter et stigende antall lengre sykemeldinger.

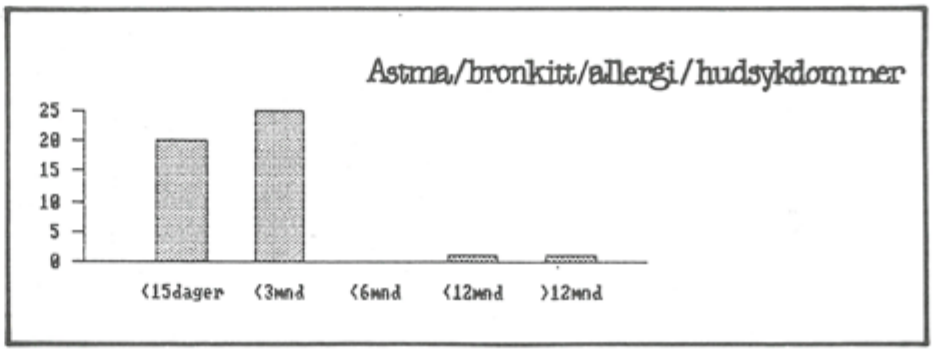
Tilsvarende mønster, om enn i noe mindre grad sees også i figurene for sykdommer i muskler/sener/ledd, psykiske lidelser, astma/bronkitt/allergier og mage/tarm/urogenitallidelser.

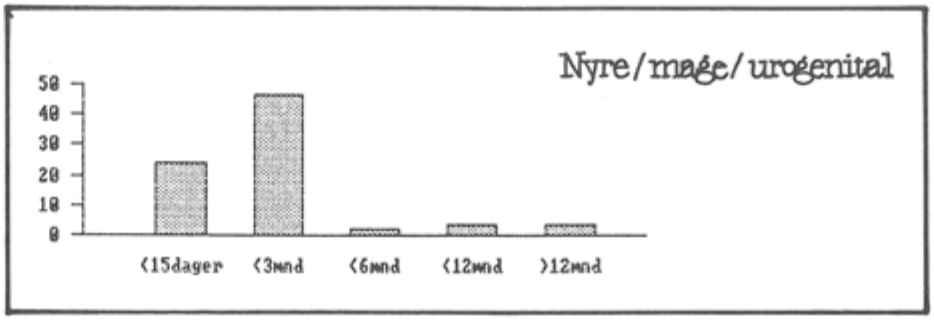
De øvrige figurene viser et mønster som faller sammen med det en ville forvente når en tenker på lidelsenes karakter.

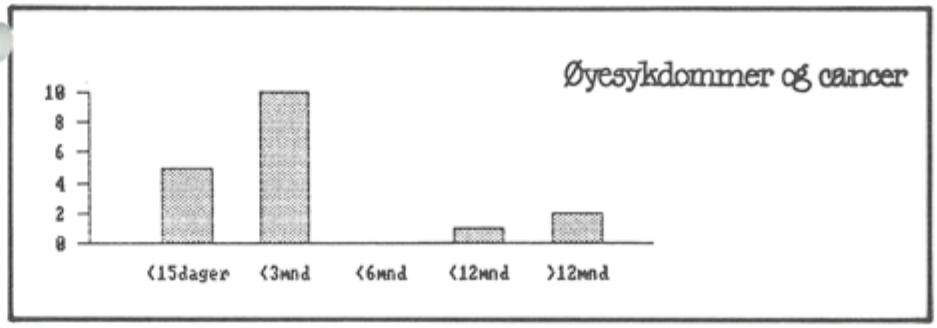
Diskusjon

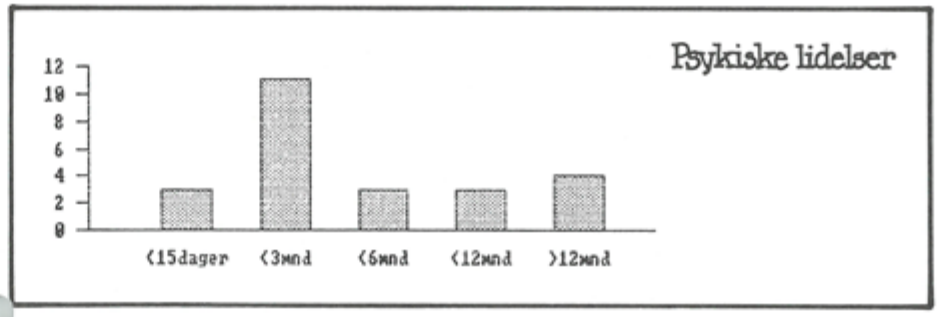
Fra disse figurene aner vi konturene av to populasjoner på tvers av de diagnostiske gruppene. Det ene er en stor gruppe med sykemeldinger inntil tre måneder, og den andre er mye mindre og omfatter sykemeldinger på mer enn 6 måneder. Forenklet kan en si at enten er en sykemelding kort, eller så er den lang. En kan også formulere det slik at dersom den sykemeldte ikke er kommet i arbeide etter 3 måneder, så er risikoen stor for at sykemeldinga også blir mer enn 6 måneder. Dette gjenspeiler naturligvis både tempoet i kroppens egne helende prosesser og effekter av medisinsk behandling.

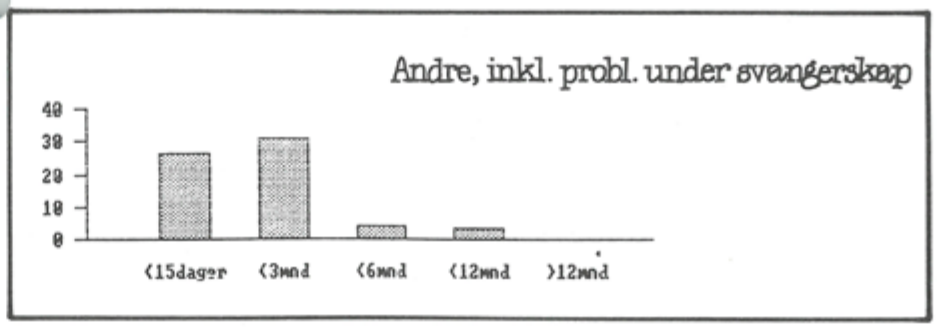
Ville det være mulig å identifisere allerede på sykemeldings-

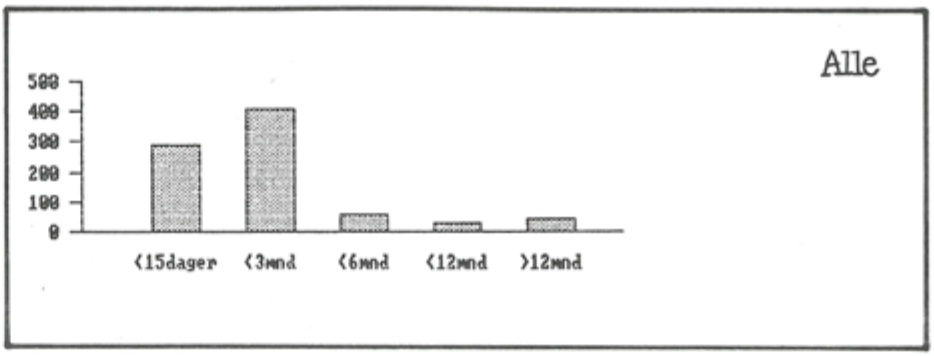












tidspunktet hvem som hører hjemme i den ene eller andre gruppa? Kanskje er de fleste av de langtidssykmeldte "tapte slag" allerede fra første stund? Samtidig tror vi vel alle at det blandt dem finnes noen som ikke skulle være "tapt". Hvordan skal vi finne fram til disse siste?

Vi kan ikke se at noen har påpekt lignende mønster i sykemeldingstilfellenes lengde. Er rindalingene unike, eller vil Gunnar Tellnes finne samme mønster i "Sykmelding i almenpraksis" fra Buskerud, omtalt annet sted i denne utgaven av Utposten? ■

Pasientene, fysioterapeutene, legene og folketrygda:

Perspektiv på fysi

"UTPOSTEN" har henvendt seg til Norske Fysioterapeuters Forbund for å få synspunkter på legers utfylling av rekvisisjon til fysioterapeut. I våre kretser er jo dette et stadig tilbakevendende tema. Vi vil derfor tillate oss først å gå litt bakover i tiden for å se på hvorfor dagens ordning er som den er. Deretter vil vi si litt om hvorfor rekvisisjonsordningen og taksystemet kan endres for å imøtekomme dagens krav, samt litt om fysioterapi og de langtidssykmeldte. Tilslutt vil vi gi noen synspunkter på "UTPOSTEN"s andre utfordringer; nemlig ordningen med at enkelte pasientgrupper gis full refusjon for utgiftene til fysioterapi.

Norske Fysioterapeuters Forbund
v/ forbundsleder
Inger Marie Veening

Rekvisisjonsordningen

Lov om fysioterapeuter og mensendieckgymnaster av 13. juli 1956 er en videreføring av loven for 1936 om offentlig autorisering av sykegymnaster. §1 lyder:

"Rett til å kalle seg fysioterapeut og å utøve virksomhet som fysioterapeut eller virksomhet som går ut på å gi massasje som behandling av skader eller sykelige tilstander har bare den som er godkjent som fysioterapeut av Kongen etter denne lov, jfr. dog §11. Rett til å utøve legevirksomhet her i riket".

Når det gjelder ansvarsforhold til legene, har denne lov av 1956 en mye "strammere" utforming enn 1936-loven. Man mente at dette ansvarsforhold ikke bare kunne reguleres i forskrifter, men det måtte inn i selve lovteksten. §7 har følgende ordlyd om ansvarsforholdet:

"Fysioterapeuter må ikke uten forordning av lege behandle skader eller sykelige tilstander".

Verken lov av 1936 eller 1956 kan sies å ha vært noen bremse for at fysioterapeutene selv kunne bestemme hvilke behandlingsformer som burde benyttes.

I 1967 ble Lov om folketrygd innført. I 1971 ble syketrygdeloven inkorporert i folketrygdloven, og utgiftene til fysikalsk behandling dekkes nå etter denne lov's paragraf 2-5 nr. 2a med forskrifter. I forbindelse med denne lovendring ble den nåværende omstridte §2 inntatt i forskriftene:

"Ved forskriving av fysikalsk behandling må legen oppgi nøyaktig diagnose samt resultat av foretatte undersøkelser. Videre må legen oppgi hvilken behandlingsform, behandlingstid og hvor mange behandlinger trygdede skal ha".

Disse forskriftene gjelder for fysikalsk behandling som refunderes over trygden etter takstpris-systemet.

Bestemmelsene om tid, form og antall ble adskillig mer detaljerte enn tidligere. Riktignok kan dette sies å ha vært en formalisering av eksisterende praksis i privat virksomhet etter takstoppsettet fra 1936, men det har fått klare, uheldige konsekvenser for fysioterapeutenes faglige selvstendighet og utøvelse av fysioterapi etter pasientens behov.

Dermed kan det hevdes at folketrygdloven med forskrifter har ført til en begrensning av fagutøvelsen i forhold til Lov av 13.

oterapiens plass

juli 1956 om fysioterapeuter og mensendieckgymnaster. Denne begrensning gjelder bare fysikalsk behandling som refunderes av trygden p.g.a. de detaljerte henvisningsbestemmelsene om tid, form og antall. Disse reglene er først og fremst fastsatt for å regulere trygderefusjonene for fysikalsk behandling ut fra trygdepolitiske hensyn (refusjonens størrelse), inntektspolitiske hensyn (takstnivået) samt mulighet for kontroll med det fysikalske behandlingsforbruket.

Den sistnevnte kontrollfunksjoner er pålagt legen. Legers spesielle posisjon i dagens samfunn har bl.a. ført til at de har fått kontroll med andre helsepersonellgrupper av samfunnsøkonomiske grunner, jfr. rett til å sykemelde, tilrå uføretrygd, rekvirere tekniske-, ortopediske hjelpemidler, forskrive legemidler samt henvise til spesielle tjenester o.l..

En spredning av dette samfunnsrelaterte koordineringsansvar på flere yrkesgrupper kan virke faglig uheldig av hensyn til pasientene. Bl.a. er pasientene tjent med et helhetlig medisinsk ansvar for behandlingsopplegget, og henvisningsordningen for fysioterapi må sees som en del av dette. Norske Fysioterapeuters Forbund har derfor på det nåværende tidspunkt ingen innvendinger til at leger fortsatt skal forordne behandling hos fysioterapeut.

Den spesifiserte rekvisisjonsordningen etter trygdeforskriftene er imidlertid mer dominert av økonomiske kontrollhensyn enn hensyn til pasientene. Legen skal bestemme form, tid og antall på et tidspunkt hvor fysioterapeuten ikke har sett eller vurdert pasienten, og dette til tross for at de fleste leger selv angir å ha utilstrekkelig kunnskap til behandlingsformene de ordinerer. Tidsrelaterte takster har gjort det umulig å gi et fullverdig fysioterapitilbud til pasienter som foruten å ha behov for god tid i selve behandlingssituasjonene, også ofte har behov for andre tiltak som ikke er refusjonsberettiget, f.eks. vurdering av hjelpemidler, hjelp i skolesituasjonen, arbeidsplassutforming m.v.. Dette kan gjelde pasienter med sammensatte problemer og/eller mer omfattende kroniske lidelser, funksjonshemmede barn, eldre, pasienter med større trafikkskader, nevrologiske lidelser m.v. Et annet hinder for fleksibel bruk av fysioterapi er at legens rekvirering av antall og tid, oppfattes av pasienter som en rettighet som kan komme i konflikt med fysioterapeutens vurdering av pasientens reelle behov for behandling.

Ved sykehus, andre helseinstitusjoner og ved fastlønnsordninger for fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten, har henvisningsordningen for fysioterapi ingen økonomisk kontrollerende hensikt. Her virker hele det faglige miljøet som kontrollinstans på helsepersonellets, herunder fysioterapeutens fagutøvelse. Under disse samarbeidsforholdene kreves heller ikke noen spesifisert henvisning til fysioterapi.

Ved innføring av fysioterapitjenesten som en organisert del av kommunehelsetjenesten, er også privat fysioterapipraksis blitt integrert i samarbeid med annet hjelpepersonell. NFF mener derfor at tiden er inne til å endre nåværende stramme rekvisisjonsordning for fysikalsk behandling som refunderes fra trygden, slik at legehenvisning til "Fysioterapi" er tilstrekkelig.

De faglige hensyn til pasienten burde være mer avgjørende enn mistanken om at fysioterapeuter, eventuelt andre yrkesgrupper, ikke skulle vise ansvarlighet overfor bruk av offentlige trygdemidler.

Norske Fysioterapeuters Forbund har i alle år ansett det som riktig at lege skal rekvirere fysioterapi når det gjelder kurativ virksomhet. Begrunnelsene har dels vært at leger har lengre og bredere utdanning, og derved større mulighet for å stille differentialdiagnose (spes. kontraindikasjoner), dels at fysioterapeuter ser nødvendigheten av et koordinert helsetilbud.

Når det gjelder rekvisisjonsform og fysioterapeutens faglige ansvar, er det samsvar mellom norske fysioterapeuters oppfatning og den praksis som finner sted i de fleste land som det er naturlig å sammenligne seg med (Sverige, England, Canada, Australia, deler av USA), nemlig at legen har det overordnede medisinsk-faglige ansvar for den behandling som skal gis.

Takstene

Takstsystemet som er i bruk i dag, er produktet av forhandlinger mellom Rikstrygdeverket og Norske Fysioterapeuters Forbund i 1936. Systemet består av en lang "smørbrødliste" med tilsammen 36 forskjellige takster som brukes enkeltvis eller i enkle kombinasjoner. De fleste har vel hørt om varmepakninger, massasje og øvelser; takstnr. Alb + 23a? NFF har siden 1978 aktivt arbeidet for en forenkling av systemet. Ennå er man ikke kommet til enighet med Rikstrygdeverket. Etter at kommunehelseloven ble innført, ble det ennå mer synlig at nå-

værende ordning fungerer dårlig i forhold til de krav og utfordringer helsetjenesten blir stilt overfor. Vi mener at et nytt, enklere takstystem vil åpne for større fleksibilitet, et bedre redskap m.h.t. å ivareta et helhetlig helsetilbud til den enkelte pasient og til grupper av pasienter. NFF har overfor Rikstrygdeverket kommet med forslag om å forenkle dagens 36 takstgrupper til et system med 5 takstgrupper (vurdering/undersøkelse, almene behandlingsformer, elektroterapi/apparatbehandling, gruppebehandling og spesielle fysioterapiformer).

Selv dette forslaget ivaretar dårlig f.eks. hjelp i skolesituasjonen, arbeidsplassutforming, vurdering av hjelpemidler, tiltak i hjemmesituasjonen for eldre, HVPU, kravene til primærhelsetjenesten på grunn av kortere liggetid i institusjonene m.v.. Men forslaget ivaretar likevel funksjonene bedre. Privat praksis ved siden av et utbygget fastlønnssystem, vil imidlertid gi kommunen et utmerket redskap til å ivareta det helhetlige helsetilbudet den er pålagt.

Fysioterapifaglig ansvar

Vanskeligheten med å forenkle takstsystemet ligger i at vi ikke har fått aksept i Den Norske Lægeforening for prinsippet om eget faglig ansvar. Fysioterapifaglig ansvar er knyttet til den offentlige autorisasjon som gis den enkelte fysioterapeut i henhold til fysioterapiloven. I selve fagutøvelsen, med unntak av dem som er i forebyggende virksomhet, vil alle fysioterapeuter være underlagt henvisningsbestemmelsen i §7 i samme lov. Dette betyr at henvisende lege er ansvarlig for at fysioterapi er hensiktsmessig og at behandling ikke er kontraindisert. NFF mener at fysioterapeuten har ansvar for funksjonsundersøkelse som er knyttet til fysioterapeutens spesielle faglige kompetanse, valg av behandlingsformer, utøvelse og gjennomføring av behandlingsopplegget, samt vurdering av effekt og progresjon for den fysikalske behandling. Fysioterapeuten har rett og plikt til å nekte å utføre en behandling som han/hun mener er faglig uforsvarlig eller ikke hensiktsmessig. Likeledes har fysioterapeuten rett og plikt overfor ordinerende lege å gi uttrykk for avvikende oppfatning av ordinasjonen.

Når Den norske Lægeforening står så steilt i sin holdning til at legen har ansvar også for den fysioterapifaglige delen av helsetjenesten, mener NFF at lægeforeningens medlemmer ikke oppfyller legelovens §25 som sier at en lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig. Pr. i dag er det fremdeles ikke gjort noe for å bedre legens kjennskap til fysioterapi gjennom grunnutdanning i medisin.

NFF håper at en ny generasjon leger snart vil se det hensiktsmessige i å kunne henvise til fysioterapi, og så i samarbeid med fysioterapeuten komme fram til egnede tiltak for pasienten!

NOU nr. 22

Mange av de langtidssykmeldte får fysioterapi i en eller annen form. I de fleste tilfeller vil det være et godt samarbeid mellom l ge og terapeut til tross for dagens rekvisisjonsordning.

NFF har overfor Sosialdepartementet reagert på at fysioterapi/fysioterapeuter ikke er nevnt i NOU nr. 22. Vi tillater oss å referere deler av vårt brev av 12.12.86 til departementet:

"Vi betrakter omlegging til prognostiske kriterier og innføring av sykemelding II blankett som positivt tiltak. Vi antar imidlertid at en stor del av langtidssykmeldte er henvist til fysioterapi, og mener at fysioterapeutene vil kunne bidra med nyttige tillegg til legens medisinske vurdering av pasientenes tilstand, og plassering av pasienter i "prognosegrupper". Fysioterapeutens tilleggsopplysninger på et skjema ville være følgende:

- en totalvurdering av funksjon av dagliglivets aktiviteter

- vurdering av pasientens arbeidsplass/arbeidsmiljø

- oppfølging av teknisk/ortopediske hjelpemidler.

Det er nevnt at det er av sentral betydning å gripe inn tidlig i et sykemeldingsforløp. Like viktig er å holde den videre kontakten med en langtidssykmeldt pasient.

Samarbeidsteamet, lege, trygdeetat og arbeidsmarkedsetat, bør utvides med fysioterapeut der den er trukket inn i arbeidet fra før. Hovedvekten på tiltakene skal være aktiv i forhold til pasienten. Pasientene må stå sentralt, ikke lovverket med sine passive hjelpetiltak. Vi ser det naturlig at legen i teamet er den behandlende lege.

Når Norske Fysioterapeuters Forbund har vurdert denne NOU 22, har vi lagt mye vekt på de langtidssykmeldtes sykdomsbilde. Av utredningen går det fram at belastningslidelser, muskel- og skjelettsykdommer utgjør 50% av primærdiagnosen, og 50% av bidiagnosen. Altså 75% av langtidssykmeldte har plager i muskel-/skjelettsystem. Med dette som bakgrunn og fysioterapeutens kunnskaper og erfaringer når det gjelder vurdering, behandling, rehabilitering og forebygging av muskel- og skjelettsykdommer, er det underlig at yrkesgruppen ikke en gang er nevnt i denne NOU 22.

Samarbeid mellom etater og bedriftshelsetjeneste er ikke nevnt. Bedriftsintern attføring blir nevnt som et meget effektivt redskap i oppfølging av langtidssykmeldte. Kanskje tiden er inne til å satse på fremtid, istedetfor å satse på opprustning av etablerte ordninger som har vært ineffektive.

En koordinering og systematisering av informasjoner mellom forskjellige yrkesgrupper, mellom bedriftshelsetjenesten, bedriftsintern attføring og etater sees som et viktig element i fremtiden. For å kunne gjennomføre dette bør en satse på de yrkesgrupper som kan bidra i en positiv retning til minskning av langtidsfravær på grunn av sykdom. Dette betyr at en blant annet bør utdanne flere fysioterapeuter til å takle problemene generelt, og på selve arbeidsplassene".

Full refusjon

Full godtgjøring av utgifter til fysikalsk behandling (full refusjon) gis idag i henhold til forskrifter til folketrygdloven til pasienter med visse medfødte lidelser, pasienter med kronisk infektiøs leddreumatisme, følgetilstander etter poliomyelitt, cerebral barneparese og enkelte organiske nervesykdommer i sentralnervesystemet, samt til behandling i inntil tre måneder etter større kirurgiske inngrep/hjerteinfarkt.

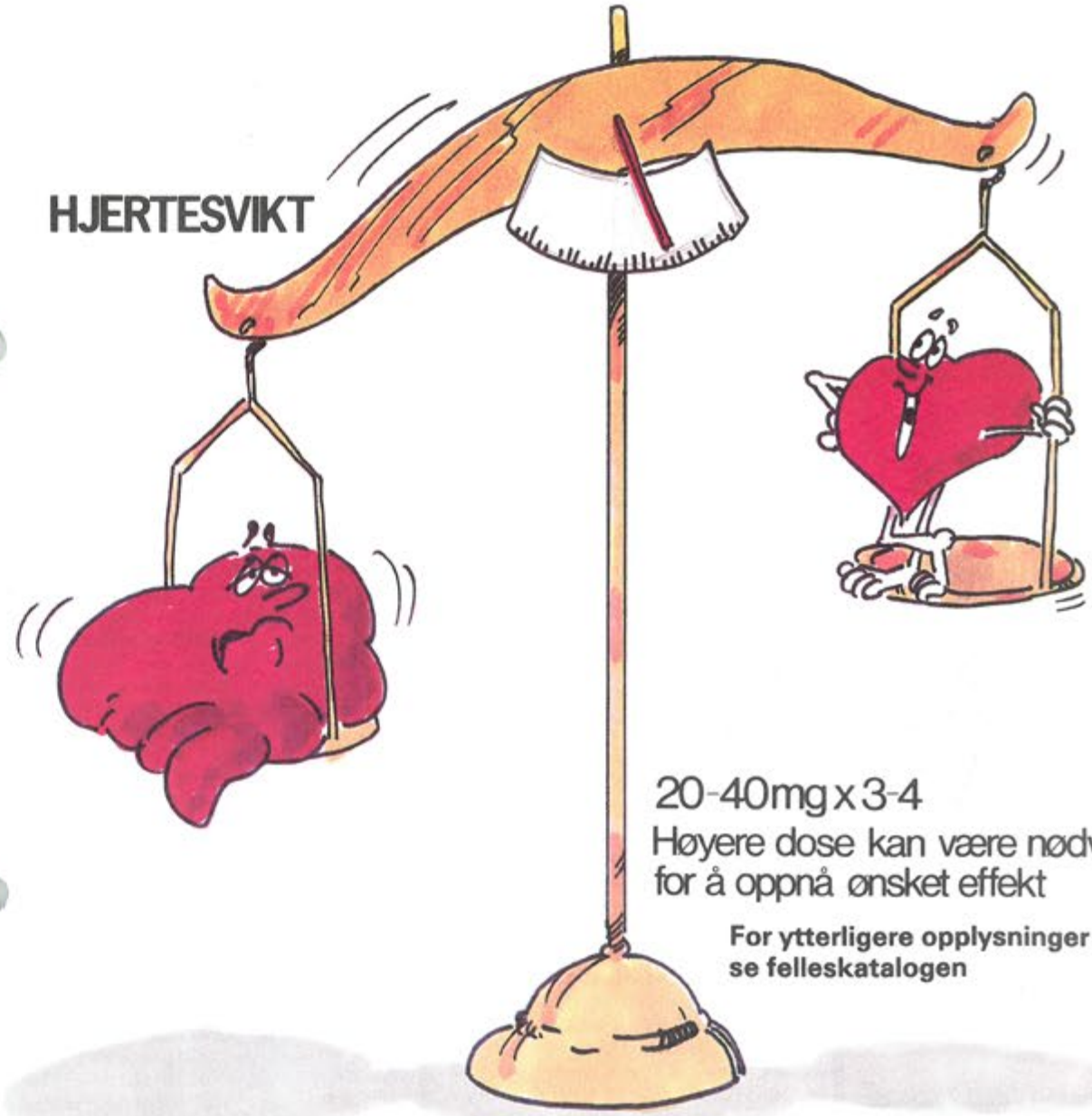
Som vi ser av denne listen, gir ikke belastningslidelser eller muskel/skjelettsykdommer (75% av de langtidssykemeldte) rett til full refusjon. Barn eller minstepensjonister/uføretrygdede har heller ingen automatisk rett til full refusjon.

NFF mener tiden er moden til å revidere kriteriene for hvem som skal få full refusjon. Pasienter med belastningslidelser vil f.eks. i mange tilfeller være

SORBANGIL®

ISOSORBIDDINITRAT

HORNBURG & OTTERLEI AS



20-40mg x 3-4

Høyere dose kan være nødvendig for å oppnå ønsket effekt

For ytterligere opplysninger se felleskatalogen

KabiVitrum

arbeidsføre i langt lengre tid dersom de fikk tilpasset arbeidsplass/arbeidsmiljø. Kanskje "full refusjon" burde komme de forebyggende tiltakene til gode? Ikke alltid vil et snev av polio i femtiårene gi behandlingstrengende tilstander i årevis.

Vi vet idag mye om hvor viktig det er for barns normale utvikling at de stimuleres til fysisk aktivitet på et tidlig tidspunkt. Kanskje helsekronene burde vært rettet mer inn på å få den oppvoksende slekt til å ta bedre vare på og føle ansvar overfor kropp og helse?

Det er helt klart at det alltid vil være grupper av pasienter som ikke skal påføres utgifter til fysioterapi. Men etter NFF's mening, er det på høy tid å diskutere og fremme forebyggende helsearbeid på en meget mer omfattende og strukturert måte enn i dag, bl.a. for å redusere antall langtidssykmeldte.

Generelt sett burde kanskje både barn under 16 år og eldre over 65 år ha adgang til den medisinske service som ligger i tiltak som kan gi bedre kvalitet både m.h.t. å ta vare på egne ressurser og å få anvisning til å utnytte disse slik at normalfunksjoner opprettholdes lengst mulig. Ville ikke det være god helseøkonomi i årene fremover? ■

Litteratur/bakgrunnsstoff

- NFF's innstilling om fysioterapifaglig ansvar særlig sett i forhold til medisinskfaglig ansvar i helsetjenesten, 13. november 1985 inkl. dennes litteraturhenvisninger.

- NOU 1986:22 Oppfølging av langtidssykmeldte.

Tanker omkri
rådgivende leg

Hans-Jacob Lerkerød
rådgivende lege i Østfold

Hans-Jacob L. er cand. med. fra Oslo 1964. Etter turnustjeneste i Kongsvinger og Dalen i Telemark drev han almenpraksis på Eidsvoll og i Sarpsborg 1966-1977. Almenpraktiker DNLF 1973. Fra 1977 heldagsansatt som rådgivende lege i Østfold. Tiltrer som overlege i Rikstrygdeverket om et par måneder. Fra 1982 formann Norsk trygdemedisinsk forening.

■ Rikstrygdeverket har i dag ansatt ca. 70 rådgivende leger spredt rundt i hele landet. Noen få leger har heldagsstilling, mens de langt fleste har deltidsstillinger helt ned til 6 arbeidstimer i gjennomsnitt pr. uke.

Trygdemedisinen som spesialfag har nytte av denne variasjon i stillingsstrukturen, både når det gjelder trygdevurderinger og medisinske synspukter.

Alle trygdekontor i landet har en rådgivende lege tilgjengelig for innhenting av medisinske råd. Bykontorene har oftest besøk av sin rådgivende lege minst en gang pr. uke. Ved de mindre trygdekontorene er det sjeldnere besøk og noen trygdekontor er mest betjent gjennom post og telefon. Foruten trygdekontorenes størrelse er det mye rådgivende leges arbeidstid og de geografiske forhold som bestemmer hvordan trygdekontoret betjenes.

Ut fra den foreliggende arbeidsinstruks skal rådgivende leges aktivitet ha tre retninger; Mot trygden, pasientene og de behandlende leger. Overfor disse tre grupper skal den rådgivende lege være rådgiver i alle spørsmål av medisinsk art som oppstår under behandling av trygdesaker.

Langt det meste av rådgivende leges arbeid skjer på anmodning fra trygdekontorene. Men selv om trygdekontoret er den direkte oppdragsgiver, vil den aktuelle trygdemedisinske problemstilling indirekte kunne gi grunnlag for å gi råd til behandlende lege eller pasient.

I hovedsak er det opp til det enkelte trygdekontor å vurdere hvilke saker som skal forelegges for medisinsk rådgivning, men både Rikstrygdeverket og den

ing

gers arbeidsoppgaver

enkelte rådgivende lege kan påvirke hva som skal og bør forelegges. Rådgivende lege fungerer kun som rådgiver og har ikke vedtaksrett. Vedtak fattes av trygdekontor eller høyere trygdeorgan. Trygdekontorenes skjønn og hvordan de vurderer behovet for medisinsk rådgivning er forskjellig, og det kan være en ganske stor variasjon i bruken av og nytten av rådgivende legefunksjon rundt om i landet. Det er en målsetting at en over noen tid skal få til mer likhet på dette punkt.

Arbeidsoppgaver

Gjennom de saker, problemstillinger og legeuttalelser som forelegges, får den rådgivende lege etter hvert et ganske godt inntrykk av hvordan den enkelte behandlende lege fungerer.

Hvordan skjer den primære sykmelding? Er dette i hovedsak på pasientens egne premisser, eller er det etter en personlig undersøkelse av pasienten, der det er påvist sykdom som er til hinder for at pasienten skal kunne utføre sitt vanlige arbeid helt eller delvis?

Hvordan er avtalen mellom lege og pasient med hensyn til ny konsultasjon/kontroll? Er travelheten i praksis så stor at dette er til hinder for at neste undersøkelse skjer på det medisinske antatt riktige tidspunkt? Vil derved sykmeldingsvarigheten eventuelt være lenger enn medisinsk nødvendig?

Hva med forholdene ved langtidssykmeldinger? Skjer det rimelig grad av medisinsk undersøkelse og kontroll underveis, eller skjer fornyelse av sykepengeattest på forværelset?

Tar behandlende lege konsekvensen av sine egne undersøkelser og vurderinger, eller synes han/hun i for stor grad å måtte støtte seg til spesialistuttalelser? Da gjerne fra flere spesialister, oftest med lang ventetid og derav følgende langvarig sykmelding, kanskje er den lite medisinsk begrunnet?

Rådgivende lege kan gjennom sitt arbeid sitte med mange inntrykk og oppfatninger, kanskje også feilaktige inntrykk, da premissene oftest er de legeattester og erklæringer som foreligger. Legeattester kan være mangelfullt utfylte, være preget av hastverksarbeid og derved kunne gi et noe feilaktig inntrykk av det reelle forhold.

Medisinske opplysninger

Ut fra sin stillingsinstruks skal rådgivende lege bistå med å påse at de trygdede får de ytelser og den behandling som de har krav på og samtidig bistå med å påse at ytelser mottas rettmessig. Når det foreligger mangelfullt utfylte forespørselsvar/legeattester, lite opplysninger om resultat av kliniske undersøkelser og medisinske data, men mer en personlig meningsytring uten at medisinsk begrunnelse fremgår, er det meget vanskelig å foreta en medisinsk vurdering og gi et medisinsk begrunnet råd til trygdeorganet. Jeg har det håp at kvaliteten på legeuttalelser til trygden skal bli bedre enn hva som en ofte kan se i dag. Dette kan bedres ved å få en god kommunikasjon mellom de behandlende leger og de rådgivende leger. I det hele bør det skapes en større forståelse for at trygden har behov for adekvate medisinske opplysninger, slik at de trygdede (pasientene) kan sikres de ytelser de rettmessig har krav på.

Når det foreligger gode medisinske opplysninger om en pasient, vil rådgivende lege mer kunne være behjelpelig med å vurdere om det foreligger medisinsk grunnlag for andre mulige ytelser fra trygden. Jeg tenker på grunnstønad, hjelpestønad, tekniske hjelpemidler eller kanskje fritak av arbeidsgiveransvar i forbindelse med sykefravær.

Rådgivende leges forbindelse med pasientene er på denne måten for det meste indirekte og ut fra de premisser som er kommet fra behandlende lege. I en del tilfeller vil det likevel bære behov for at rådgivende lege innkaller den trygdede (pasienten) til personlig samtale/undersøkelse for å få den medisinske tilstand bedre belyst.

Dette skjer i variabel utstrekning, ofte på anomodning fra behandlende lege, at han/hun ønsker en "second opinion" om pasienten. Sjeldnere er det at pasientene tar direkte kontakt med rådgivende lege for å komme til samtale/undersøkelse. I regelen vil ikke dette effektueres uten i samråd med pasientens behandlende lege.

Kontakt med behandlende leger

Også kontakten mellom rådgivende lege og de behandlende leger er i hovedsak indirekte. Behandlende lege får ofte kopi av rådgivende leges uttalelse i trygdesakene og blir derved delaktig i de vurderinger som foreligger og de eventuelle spørsmål som saken reiser. Mindre skjer en direkte kommunikasjon. Det er dessverre ikke lett å nå inn til alle legekontorer pr. telefon slik at en kan drøfte en konkret sak. Fra rådgivende leges side vil det være ønskelig med mer direkte kontakt, men min erfaring er at de leger

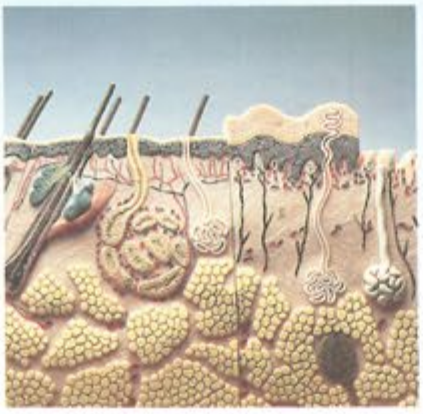
Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL

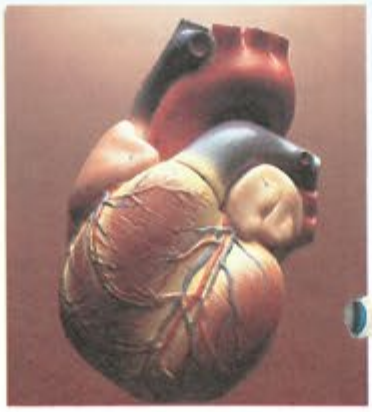
– det nye p-pillegesta
nærmest naturlig pro

Monofasisk, enkel for pasienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4).[13]



Ingen androgen effekt forventes[19, 20, 21, 22] og bedring av eksisterende androgene symptomer er rapportert[21, 21a, 21b]



Gunstig lipidprofil med positiv virkning på HDL.[39, 40, 41]

Marvelon «Organon»

Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinylestradiol 0,030 mg. Constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklyskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol. *Virkningsmekanisme:* 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermiernes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorbsjon:* Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon Desogestrel: 0,8–1,3 timer. Etinylestradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16–21 timer. Etinylestradiol: ca. 26 timer. *Metabolisme:* Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. *Utskillelse:* Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Roton-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arterielt hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. Relative: Ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboemboler (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mattelighet, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arterielt hypertensjon kan oppstå. Oppfattes tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodular hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling instituerer grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, knoppsvekt, blodtrykk, bryst og bekkenorganer, bein og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Oppfattes tegn på tromboemboler under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboserisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykosetoleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske cykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt borttallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har glemt å ta. Er borttallsblødning uteblitt 2 påhverandre følgende cykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diarré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 68,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1985

en gjerne skulle konferere med er de travle leger som det er vanskelig å få tak i.

Generelt tas det sikte på å nå legene samlet gjennom å arrangere egne legemøter i trygdens regi. Fra trygdens side vil det bli lagt opp til at slike møter skal bli arrangert minst en gang årlig i hvert distrikt, men en må nok fortsatt regne med at noe tid vil gå før en har nådd denne målsetting. Det er og et spørsmål om det skal være obligatorisk fremmøte for legene på slike møter.

Rådgivende lege vil alltid være interessert i kommunikasjon og vil være tilgjengelig for å kunne besvare spørsmål og gi råd til de behandlende leger. Kollegene oppfordres derfor til å orientere seg om treffetid e.l. for stedets rådgivende lege.

Norsk trygdemedisinsk forening

Alle rådgivende leger tilbys medlemskap i Norsk trygdemedisinsk forening. Dette er en spesialforening under Den norske lægeforening og den skal ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Medlemskap oppnås gjennom søknad og det kreves medlemskap i Den norske lægeforening.

I og med at medlemmene er spredte rundt hele landet og medlemstallet er relativt lite, har vi dessverre ikke mulighet for vanlige medlemsmøter. Vi møtes en gang årlig til årsmøte. Dette legges sammen med Rikstrygdeverkets årlige møte for alle ansatte rådgivende leger.

Vi har i noen grad forsøkt å arrangere kurs i trygdemedisin, der også andre leger har hatt mulighet til å delta, men aktiviteten har for det meste vært rettet innad i foreningen med det siktemål å samordne synsmåter og vurderinger innen trygdemedisinen.

Arbeidet som rådgivende lege vil oftest være interessant og meningsfylt, men det kan periodevis være frustrerende dersom en ikke får relevante og adekvate opplysninger fra behandlende lege innen rimelig tid. Jeg vil sterkt oppfordre til at de behandlende leger viser kvalitet også på denne delen av sitt daglige arbeide. Selv om utfylling av legeattester kan føles som et ork og være lavt prioritert er også dette et arbeid som tjener til pasientens beste■

Normalt liten eller ingen vektforandring[13]

God cykluskontroll

88,1% i tredje og 90,9% i sjette cyklus hadde ingen uregelmessige blødninger.[13]

REFERANSER

13. Weijers M. J. Clinical Therapeutics 1982, 4 No 5, 359–366.
19. Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1982, 111, 47–54
20. Hammond, G. L. et al. Fertility and Sterility 1984, 42, 44–51
21. Paletsi, R. et al. Acta Derm Venereol (Stockh) 1984, 64, 517–523
21. a) Dewis, P. et al. Clin Endocrinol 1985, 22, 29–36
21. b) Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195–202
22. Cullberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229–243
39. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477–485
40. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61–72
41. Sømsloe, G. Contraception, 1982, 25, 487–504

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65

Organon

Hvorfor er ikke dette på blå resept?

Torgny Farbrot
rådgivende lege, Lyngdal

Hvor mange ganger har vi ikke hørt dette spørsmål fra pasienter som slett ikke synes at trygdens regelverk passer for deres situasjon? Vi opplever også som rådgivende leger at kolleger ikke kan godta at deres pasient ikke blir den refusjonen til del som de ofte selv i uvitenhet har lovet pasienten.

Refusjon for legemidler har en lang tradisjon i trygdesystemet. det var med allerede i den tidligste yrkesskadelovgivning og er så delvis blitt utbygget, delvis nedbygget i betydning som stønadsmengde i del av de totale trygdeutgifter. Tallene for i år er ikke klare, men det er vel rimelig å anta at trygdens totale utgifter til medikamenter ligger på rundt regnet 1 milliard kroner. Selv om dette er en forsvinnende del av den totale del som passerer trygdekontorenes datamaskiner, er jo likevel en milliard kroner ikke småpenger. Derfor skal jeg ganske kort gjøre rede for refusjonsmulighetene innen trygdesystemet for medikamenter og hvordan søknader skal fremmes.

Hoveddelen av refusjonene både i antall og kroner er jo de blå reseptene. Dette systemet er velkjent både for leger og pasienter. Her er et stort sett små problemer for trygdekontorene og de rådgivende leger. Husk bare: Ikke skriv ting på blå resept som ikke hører hjemme der. I visse tilfeller kan medikamenter som ennå ikke er kommet med på RTV-lista foreskrives med hjemmel i §10.2 med henvisning til gjeldende medikamentgruppe. Her er det nok ved tvil fornuftig å kontakte trygdekontoret eller rådgivende lege direkte.

Det blir straks vanskeligere når vi kommer over i medikamenter refundert etter §2. dette er en lang liste utgitt av RTV med opplisting av tilstander av relativt sjelden type, ofte med kostbar medikamentell behandling. Her er det tale om diverse endokrine sykdommer og for eksempel transplantasjonsproblematikken. Dersom legen ikke kjenner listen, lønner det seg å kontakte trygdekontoret. Både når det gjelder §2 samt etterfølgende §2.13 og §2.13 med full refusjon, har de fleste trygdekontorene ferdigtrykte skjemaer som stort sett fyller behovene for plass til å gi de nødvendige medisinske opplysninger.

Med hjemmel i §2.13 kan trygdekontoret etter medisinsk vurdering av rådgivende lege gi delvis dekning for medikamenter som etter en skjønnsmessig vurdering må antaes å være særlig tyngende for pasienten. Her gjelder visse grenser for hvor mye pasienten må dekke selv. Disse regler forandres stadig.

Som hovedregel må det understrekes at det ikke gis tilskott etter §2.13 til smertestillende medikamenter og de lette psykofarmaka.

Her er det ett viktig unntak. Ved cancer eller kroniske, alvorlige smertevoldende tilstander som kan sidestilles med det, gis det dekning etter §2.13 med full refusjon.

Det viktige i alle disse sakene er derfor:

- Ikke lov pasienten dekning for annet enn det du vet vedkommende har krav på.

- Gi fyldige medisinske opplysninger ved søknad om tilskott.

- Snakk med trygdekontoret først dersom du er i tvil. Det vil i det lange løp gjøre livet enklere både for pasienten, trygdekontoret og deg selv. Kanskje kan det vel hende at at pasienten også har krav på noe du ikke vet eller kommer på. Benytt deg derfor av trygdekontorets ekspertise og benytt den opplysningsplikt de har overfor pasientene. Det er nærmest utrolig hva trygdekontoret kan gi stønad til. På samme måte er det for oss leger ofte utrolig at det ikke godtgjøres for mye som vi oppfatter som en selvfølge. Det er dessverre slik at mye av regelverket på dette området er styrt mer av budsjettmessige begrensninger enn av medisinske behov.

Til slutt det beste råd jeg kan gi:

SPØR TRYGDEKONTORET!

Elfride Børsum
kontorsjef, Rikstrygdeverket

omtale, se side 210

Trygdekontorenes oppfølging av langtids-sykemeldte

BAKGRUNN FOR INTERESSEN FOR OPPFØLGING AV LANGTIDSSYKEMELDTE

Siden innføringen av sykepengereformen har det nokså kontinuerlig pågått en debatt om sykefravær. Debatten gikk mest på økningen av korttidsfraværet, ikke minst fra arbeidsgiverens side. Det er forståvidt forståelig, fordi det er korttidsfraværet - dvs. fravær inntil 14 dager - som arbeidsgiverne blir økonomisk belastet med.

Langtidssykefravær har på langt nær stått i samme fokus. Men bekymringen var tilstede i Rikstrygdeverket og Sosialdepartementet. Også Finansdepartementet begynte etterhvert å bli interessert p.g.a. utgiftsveksten ikke bare på budsjettposten for sykepenger, men også attføringspenger. For trygdeetaten var det ikke like naturlig å gå til pressen med sine bekymringer, ikke minst med misbruksdebatten om uførepensjon som vi har hatt i begynnelsen av 1970-årene i minne.

Men bekymringen var velbegrunnet. Sykepengeutgiftene steg, om ikke direkte urovekkende når man tar hensyn til lønnsøkninger. Det som var bekymringsfylt var at de lange sykefravær økte. Dette ga seg utslag i en meget betydelig økning i utgifter til attføringspenger under medisinsk behandling, som er en form for forlengede sykepenger.

Jeg blir hver gang noe oppgitt når jeg leser forskningsrapporter hvor samfunnsforskere fastslår at det etter 1978 ikke har vært noen økning av sykefravær i nevneverdig grad. De bygger sine konklusjoner på Norsk Arbeidsgiverforenings fraværsstatistikk. De ser da helt bort fra at arbeidstakere med sykefravær på 6 måneder eller mer som oftest går ut av arbeidsgiverens statistikk - enten fordi de blir sagt opp eller de sier opp selv.

Noen fakta om utviklingen av langtidssykefravær

NAF's fraværsstatistikk viser en total økning av sykefraværet for mannlige arbeidere på 19% og for kvinnelige arbeidere på 19,8% i perioden 1978 til 1986. Ser man bare på fraværet opptil 3 dager (egenmeldingsperioden) er økningen ennå større, henholdsvis 20,3 % for menn og 24,1% for kvinner.

Rikstrygdeverket har bare statistikk fra 1980 som kan sammenlignes. Dette skyldes tidligere stønadsregler og overgangsregler som gjaldt ved innføringen av sykepengereformen. Ifølge denne statistikk har lengden av sykepengetilfellene som varer utover 14 dager (arbeidsgiverperioden) økt med 17,8 % fra 1980 til 1985. Den gjennomsnittlige lengden av sykepengetilfelle som varer utover 14 dager har i 1985 vært 44.9 sykepengedager eller 11 uker (inklusive arbeidsgiverperioden).

Ser man på utgiftene til attføringspenger under medisinsk behandling, viser disse en økning på 57% i perioder 1980 til 1984 og 12% fra 1984 til 1985. Ved beregningen av økningen er det tatt hensyn til økningen av grunnbeløpet.

Til sist vi jeg nevne at antall uførepensjonister fra 1980 til 1985 har økt fra 160.000 til 188.000, dvs. en økning på 17,5%.

Det er klart at det finnes forskjellige forklaringsmuligheter for denne utviklingen, som arbeidsmarkedssituasjonen, eldrebølgen m.v. Men jeg vil hevde at også sykepengereformen fra 1978 har bidratt til dette. Full lønn under sykdom til alle i ett år gir ingen ansporing til - hverken for den sykmeldte eller legen - å tenke over hvilke konsekvenser lange sykemeldinger kan få for den enkelte.

Hva gjorde trygdeetaten med denne utviklingen?

Med noen få unntak gjorde ikke trygdekontorene noe med dette og for den saks skyld heller ikke Rikstrygdeverket.

Forklaringen til dette er etter min mening flere.

- Folketrygdloven er en rettighetslov i motsetning til, f.eks. lov om sosial omsorg. Når vilkårene for en ytelse, f.eks. sykepenger er oppfylt, så utbetaler trygdekontoret ytelsen. Spørsmål om vilkåret om arbeidsuførhet pga. sykdom utover i sykepengeperioden fortsatt er oppfylt, anser mange trygdefunksjonærer å være legenes ansvar.

- I Folketrygdlovens sykepengekapittel har man ingen bestemmelser om at yrkesmessig attføring

Sobril®
Oxazepam

fjerner angst, uro og spenning med minimal sedering.

Sobril® "KabiVitrum"
Oxazepam

Tranquillizer. Indeks: N05B A04

TABLETTER: *Hver tablett inneh.:* Oxazepam. 10 mg, med delestrek, resp. 15 mg og 25 mg, const. q.s.

Egenskaper: *Klassifisering:* Benzodiazepinderivat med spesifikk angstdempende virkning og med mindre muskelrelakserende effekt enn f.eks. diazepam. *Absorpsjon:* Langsommere enn diazepam ved peroral tilførsel, med mindre tendens til høye innledningskonsentrasjoner. Maks. serumkonsentrasjon etter 2-4 timer. *Proteinbinding:* 95-96%. *Halveringstid:* Biologisk halveringstid er vanligvis 10-15 timer, hvilket gjør at kumulasjon i kroppen ved gjentatt dosering blir av vesentlig mindre betydning enn for andre benzodiazepinderivater. *Metabolisme:* Enkel metabolisering uten aktive metabolitter. *Utskillelse:* Ca. 80% utskilles via nyrene, hovedsakelig som glukuronid. Fullstendig utskillelse i løpet av 2-3 døgn. *Overgang i placenta:* Passerer placenta. *Overgang i morsmelk:* I noen grad.

Indikasjoner: Neuroser og psykosomatiske lidelser preget av angst, uro og spenning. Søvnvansker. I kombinasjon med tricykliske antidepressiva ved engstelig/agiterte depresjoner.

Kontraindikasjoner: Sjokktilstander og koma ved intoksikasjoner med alkohol og medikamenter.

Bivirkninger: Tilvenningsfare. Tretthet og søvnighet kan forekomme initialt. Muskelsvakhet, ataksi, svimmelhet, kvalme, utslett, nedsatt potens, hodepine, økt apetitt. Paradoksale reaksjoner i form av excitasjon, eufori kan forekomme. Sjeldne bivirkninger er tåkesyn, blodtrykksfall, søvhet og uklar tale, hukommelsestap, tremor, inkontinens og konstipasjon.

Forsiktighetsregler: Pga. faren for tilvenning bør preparatet gis i et begrenset tidsrom. Det advares mot bruk av preparatet hos narkomane og narkomanidisponerte. Pga. individuell varierende følsomhet bør det utvises forsiktighet ved bilkjøring og betjening av maskiner. Toleransen overfor alkohol og andre sedativa og hypnotika kan være nedsatt og kombinasjon med Sobril bør unngås. Må brukes i fortrinnsvis kortere tid, og etter nøye vurdering til alkoholikere, da disse pasienter ofte risikerer tilvenning og avhengighet av slike midler. Det bør utvises forsiktighet i medikasjonen hos barn, hjerneskadde, eldre og pasienter med kardiorespiratorisk svikt, da oxazepam tolereres svært forskjellig. Abstinenssymptomer evt. i form av kramper kan forekomme etter lang tids bruk av høye doser og med påfølgende brå seponering. Må benyttes med forsiktighet ved mistanke om latente psykoser. Særlig forsiktighet utøves ved behandling av pasienter med myasthenia gravis. Oxazepam har ikke vist noen teratogen effekt ved dyreforsøk. Sedvanlig forsiktighet bør naturligvis iakttas ved tilførsel til gravide. Oxazepam går over i morsmelk, men i så små mengder at risikoen for at barnet skal påvirkes ikke behøver å foreligge ved bruk av terapeutiske doser. Kort halveringstid (T ½ hos nyfødte ca. 20 timer), ingen aktive metabolitter og langsom passasje over lipidmembran gjør at kumulasjonen i fosteret blir av vesentlig mindre betydning enn f.eks. for diazepam. Kan anvendes uten ulempe hos pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi.

Interaksjoner: Interaksjoner kan sees med CNS-depressiva bl.a. alkohol og neuroleptika. (I:55E hypnotika/sedativa, benzodiazepiner).
Dosering: Ved lettere urotilstander: 10 mg 3-4 ganger daglig. Normaldosering: 15 mg 3-4 ganger daglig, som ved behov kan økes til 25 mg 3-4 ganger daglig. Ved angst og uro i forbindelse med depresjoner: 25 mg 3-4 ganger daglig. Til gamle og svake pasienter: 10 mg 2-3 ganger daglig, ved behov en forsiktig økning til 15 mg 3-4 ganger daglig. Ved søvnvansker: 15-25 mg 1-2 timer før man legger seg. Ved premedisinering før operasjoner: 25-50 mg om kvelden dagen før. Doseringen er den samme for pasienter med parenkymatøse leversykdommer eller uremi. Absorpsjonen er også uavhengig av samtidig fødeinntak.

Overdosering/Forgiftning: Oxazepam skiller seg kjemisk fra klordiazepoxid, diazepam og nitrazepam ved en aktiv OH-gruppe som formidler hurtig glukuronsyrebinding, resulterende i redusert toksisitet. LD_{50} for oxazepam gitt peroralt til mus og rotter er høyere enn 5000 mg pr. kg. kroppsvekt. Ved omfattende laboratorieundersøkelser har oxazepam ikke vist noen skadelig innvirkning på blodbilde, lever eller nyrefunksjon. Symptomer forekommer først i kombinasjon med andre sentralt virkende farmaka. Behandling: Ventrikeltømming. Kull. Symptomatisk behandling.

Pakninger og priser: *10 mg:* 25 stk. 17,90, 100 stk. 49,80. *15 mg:* 25 stk. 22,90, 100 stk. 65,85, 250 stk. 142,60. *25 mg:* 25 stk. 25,85, 100 stk. 77,15, 250 stk. 153,80. (Pr. 1/3 87)

KabiVitrum

Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

skal vurderes under en løpende sykmeldingsperiode. Retninglinjer i rundskriv helt tilbake fra 1967 - om at attføring skal vurderes snarest mulig og senest etter 3 måneders sykmelding, har ikke hatt den samme gjennomslagskraft som muligens en lovbestemmelse ville ha hatt.

- Trygdefunksjonæren har en overdreven diskresjonsfølelse overfor de sykmeldte og mindreverdighetskomplekser overfor andre profesjoner - ikke minst leger og sosionomer. Rikstrygdeverket har heller ikke vært flinke nok til å oppmuntre og motivere trygdekontoret til å påta seg en aktiv rolle i oppfølgingsarbeidet.

- Til slutt men ikke minst: Trygdekontorene har fått flere og flere arbeidsoppgaver, antall saker har steget betraktelig, og regelverket er blitt mer komplisert. Trygdekontorene har ikke fått kompensasjon for dette og er etter manges mening rett og slett underbemannet og ikke tilstrekkelig skolert for denne oppgaven.

I all offentlig virksomhet er det en stor svakhet at administrasjonsutgifter ikke sees i sammenheng med utgifter på andre budsjettposter. En større satsing på personalressurser i trygdekontorene vil kunne redusere trygdebudsjettets utgiftsposter for sykepenger, attføringspenger og uførepensjon. Likeledes vil en større satsing på sykehussektoren for å korte ned ventetiden kunne få en slik effekt.

Tiltak for å begrense sykepengeutgiftene

Fra 1980 og utover ble det vedtatt flere lovendringer som hadde til hensikt å begrense sykepengeutgiftene. De fleste av dem var etter min mening en bortluking av utilsiktede utslag av regelverket eller en rimelig begrensning som ikke ga noen usosiale utslag. Dette førte da heller ikke til noe begrensning av utgiftsveksten, men har demmet den opp i en viss grad.

I de siste 3-4 år har derfor oppmerksomheten blitt rettet på årsaken til utgiftsveksten. Det var da nærliggende å se på hvilken betydning lange sykefravær har for den sykmeldtes "trygdekarriere".

Hva vet vi om de langtidssykemeldte?

Det ble i de senere år satt i gang flere utrednings- og forskningsprosjekter som skulle belyse

hvem de langtidssykmeldte er og hvilken betydning fraværets lengde og hjelpeapparatets intervenering har.

Her vil jeg spesielt nevne Espen Dahls undersøkelse om langtidssykmeldte. - Hvor kommer de fra, hva slags hjelp får de, hvor går de? Han fokuserte i sin undersøkelse spesielt på hjelpeapparatets plass og betydning i klientiseringsprosessen. Hans undersøkelse gir dessuten interessante opplysninger om de langtidssykmeldtes sosiale bakgrunn og hvordan de sykmeldte selv oppfatter situasjonen. Hans materiale omfatter 900 personer som var sykmeldt i over 3 måneder.

Hovedtrekkene ved de langtidssykmeldte etter Dahls undersøkelse er at

- nesten halvparten er over 50 år, de har svært kort almenutdannelse og arbeider i fysisk belastende yrker,

- nesten halvparten lider av muskel- og skjelettsykdommer,

- de fleste oppfatter det som negativt å være sykmeldt (over halvparten synes det er kjedelig, 30% savnet arbeidskollegaer, 25% mistet selvtillitt og 20% følte seg mistenkt), bare få ga uttrykk for et positivt syn på sykmeldingen og

- de har minimale forventninger til trygdekontorene om attføringshjelp.

Faktisk hadde de sykmeldte også liten kontakt med trygdekontorene, bare 10% ble innkalt til samtale på trygdekontoret og 5% til rådgivende lege, de fleste mot slutten av sykepengeperioden. Her må det innskytes at undersøkelsen ble foretatt i 1982-83, dvs. før oppmerksomheten generelt ble fokusert på oppfølgingen.

Ett år etter sykmeldingen var 60% i arbeid igjen, mens 40% var yrkespassive, de fleste med attføringspenger og uførepensjon.

Når skjedde det noe i trygdeetaten?

Fra 1983 og utover har Rikstrygdeverket fokusert på behovet for og betydningen av trygdekontorenes oppfølging av de langtidssykmeldte. Dette skjedde i form av temakurser og nye retningslinjer. Pga. den vanskelige arbeidssituasjonen og innføring av EDB i trygdeetaten, og det som det førte med seg av merarbeid i innkjøringsfasen, har Rikstrygdeverket ikke gitt direkte pålegg, men har heller forsøkt å motivere og å skape nye holdninger til oppfølgingsarbeidet.

På trygdebudsjettet for 1986 ble det bevilget midler til 10 prosjektkonsulenter som skulle være øremerket for oppfølgingsarbeid og fra 1987 fikk vi midler til ytterligere 20 oppfølgingskonsulenter. Erfaring fra arbeidet til disse konsulentene har gitt og vil gi nyttig informasjon og forhåpentligvis en bekreftelse på at oppfølgingsarbeid har effekt, ikke bare for den sykmeldte, men også for samfunnet.

Våren 1986 ble det nedsatt en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe hvor bl.a. legestanden var sterkt representert fra Den norske lægeforening, Helseavdelingen i Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og rådgivende leger. Til og med Finansdepartementet stilte med lege som representant. Undertegnede var med som representant fra Rikstrygdeverket. Arbeidsgruppen fikk som mandat å komme med forslag til retningslinjer som kan gjøre oppfølgningsarbeid mer effektivt. Arbeidsgruppens innstilling er publisert i NOU 1986 nr. 22. Den som har lest utredningen vil sannsynligvis kjenne igjen en del av synspunktene i denne artikkel.

Hvorfor oppfølging av de langtidssykemeldte

Retten til arbeid er grunnlovfestet og jeg legger til grunn at ethvert menneske ønsker og anser det som et gode å ha et arbeid og kunne klare seg selv økonomisk.

Kort sagt mener jeg oppfølging av sykmeldte har tre formål:

- Få flest mulig sykmeldte tilbake til arbeidslivet så raskt som mulig

- Korte ned og forenkle saksbehandlingen i trygde- og arbeidsmarkedsetaten.

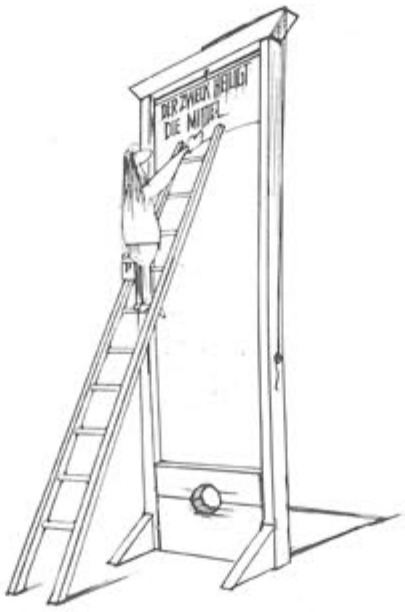
- Forhindre urettmessig bruk av trygdemidler.

Tidsfaktoren er i denne forbindelse av vesentlig betydning. Jo lengre en person bare går passivt sykmeldt, desto større er faren for at vedkommende pga. passiviteten

- stivner i sykerollen og mister selvtilliten og yrkesidentifikasjon,

- får svekket motivasjon for attføring og

Elfride B. er født og oppvokst i Østerrike hvor ho også studerte og tok sin juridiske embetseksamen. Flyttet jeg til Norge i 1965. Etter noen år med småbarnsomsorg og halvdagsstillinger har ho fra 1971 arbeidet i Rikstrygdeverket, først Uførhetsavdeling og senere i Sykestønadsavdeling, fra 1978 som kontorsjef. Ho har vært med på gjennomføringen av sykepengereformen i 1978 og senere revisjon av ordningen. Videre har ho vært aktivt med i arbeidet med oppfølging av langtidssykmeldte og var Rikstrygdeverkets representant i arbeidsgruppen som avga sin innstilling om "Oppfølging av langtidssykmeldte", publisert i NOU 1986 nr. 22. Ho ledet arbeidet med innføring av egenandelsordning i 1984 og er nå med i et utvalg som skal vurdere følgene av ordningen. For tiden leder ho et prosjekt om "Nytt innkjøps- og formidlingssystem for tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede".



- blir uførepensjonist.

Det er klart at yrkesmessig attføring og tilbakeføring til arbeidslivet vil være avhengig av både de helsemessige, sosiale og personlige ressurser til den sykmeldte. Det er neppe noe uttrykt mål å presse en utslitt arbeidstaker som er kommet opp i årene tilbake til arbeidslivet for enhver pris.

Saksbehandlingstiden er vesentlig både for ikke å miste verdifull tid når det gjelder å sette i verk attføringstiltak, men også for behandlingen av uførepensjonssaker. Saksbehandlingen kan bli betydelig enklere og kortere når relevante opplysninger blir fremskaffet på et tidlig tidspunkt og rutinene legges opp individuelt etter hvor enkel eller komplisert en sak er.

Til slutt må man også være villig til å vedkjenne seg at det alltid vil være noen som utnytter sykepengeordningen.

Hvordan skal trygdekontorene drive oppfølgingen

Rikstrygdeverket har våren 1984 gitt nye retningslinjer for oppfølgingsarbeid som i hovedtrekk går ut på følgende:

- Oppfølgingen bør starte senest etter 8 uker.

- De medisinske forhold og attføringsbehov bør kartlegges ved innhenting av opplysninger fra behandlende lege (forespørsel til behandlende lege på blankett 3.04) og fra den sykmeldte (innkalling til samtale og/eller utfylling av blankett 3.13).

- Behandlingen av mere sammensatte tilfelle bør skje i samarbeidsteam, hvor trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten og rådgivende lege, eventuelt behandlende lege deltar.

Generelt anbefaler Rikstrygdeverket at trygdekontorene skal arbeide for et bedre samarbeid med legene, f.eks. ved å holde informasjonsmøter. Videre anbefales at det opprettes samarbeidsteam i alle kommuner.

Selv om Rikstrygdeverket gikk ut til trygdekontorene med en sterk anmodning om å prioritere oppfølgningsarbeid, var vi likevel klar over at ikke alle trygdekontorene pga. den vanskelige arbeidssituasjonen ville kunne makte det.

Som jeg har nevnt fikk vi bevilget midler til 10 oppfølgningskonsulenter. Rikstrygdeverket har utarbeidet en prosjektplan som inneholder rammebetingelsene for oppfølgingsarbeidet, men som likevel gir den enkelte saksbehandler ganske store friheter til å legge opp arbeidet individuelt. Prosjektkonsulentene kom i gang utover i 1986 og de fleste har nå holdt på i omkring ett år. Også de nye 20 konsulentene er nå kommet på plass.

Hvilke erfaringer har vi høstet så langt

Det er spesielt i de kontorene hvor det er ansatt oppfølgingskonsulenter at Rikstrygdeverket har hatt muligheter for å følge spesielt med. Konsulentene sender hvert kvartal en enkel rapport til Rikstrygdeverket og vi har hatt en samling i begynnelsen av året for å utveksle erfaringer.

Det generelle inntrykket er at arbeidet i disse kontorene er kommet godt i gang og at erfaringene stort sett er positive.

Samarbeid med legene

Samarbeidet med legene synes å være bra. I alle kontorene har det vært holdt informasjonsmøter. Oppmøte er stort sett bra, men likevel slika at legene som trygdekontorene har mest problemer med - f.eks. sene svar på forespørsel på 3.04 - heller ikke møter på informasjonsmøtene. Det er også større problemer i større kommuner.

Samarbeid med den sykemeldte

Innkalling til samtale på trygdekontoret oppfattes av de fleste sykmeldte som positivt. De sykmeldte oppfatter det som et tilbud og ikke som kontroll. Avhengig av størrelsen på trygdekontorene blir mellom 10 til 50% av de sykmeldte som blir fulgt opp innkalt og møter opp til samtale.

Det er overraskende mange av de sykmeldte som benytter seg av tilbudet om å møte i samarbeidsteamet når deres sak skal behandles.

Samarbeidsteam

I alle kontorene med oppfølgingskonsulenter er det opprettet samarbeidsteam - de fleste kalt basisteam. Her vil jeg innskyte at slike team er opprettet i langt flere kommuner enn der det er ansatt spesielle oppfølgingskonsulenter. Sammensetningen kan variere en del.

Erfaringer fra denne virksomheten - sålangt vi har fått tilbakemelding om det - er stort sett meget bra. Behandlingen av sakene i disse teamene bidrar til klarere ansvarsfordeling og raskere saksbehandling.

Som nevnt deltar ikke sjeldent også den sykmeldte på møtene slik at beslutningen kan tas i samråd med klienten selv. Etterhvert er det også flere leger som møter opp i teammøtene. Spesielt fra ett trygdekontor har vi fått rapport om at legene selv i økende grad ber om at sakene tas opp i teamet og møter også selv.

Arbeidskontorene - med visse unntak - synes også å være positive til opplegget. Fra deres side fremheves spesielt fordelen ved å få klienter etter at de bare en kortere periode har vært ute av arbeidslivet. De fleste sykmeldte er da ennå ivrige etter å komme i gang med noe nytt.

Samarbeid med arbeidsgiverne

Flere av konsulentene har gått ut med informasjon om oppfølgingsprosjektet til arbeidsgiverne med tilbud om bistand enten ved generell informasjon eller i konkrete saker.

Noen av konsulentene deltar i attføringsutvalgene ved større bedrifter.

Konkrete attføringstiltak - alternativt nytt arbeid

Konkrete attføringstiltak er blitt satt i verk i sykmeldingsfasen mellom 3-5% av tilfellene som ble fulgt opp, mens 2-3% ble skaffet nytt arbeid. I hvilken grad det har skjedd omplassering på arbeidsplassen har vi ikke oversikt over.

Innsparinger på trygderegnskapet

Vi har foretatt en sammenligning av utgifter til sykepenger til arbeidstaker og attføringspengre under medisinsk behandling i de første 4 måneder i 1987 med tilsvarende utgifter og periode i 1986 på landsbasis og i 9 av de 10 oppfølgingskontorene (For ett kontor manglet vi sammenlignbare tall). Beløpene for 1986 ble korrigert med lønns- og sysselsettingsøkning og grunnbeløpsendring.

Størst innsparing har man oppnådd på attføringspenger - 8,9%. Når det gjaldt sykepenger, sparte man 1,3% i forhold til de første 4 måneder i 1986. Uttrykt i beløp var innsparingen i den perioden

Geangin®

verapamil

Kalsiumantagonist mot høyt BT

HORNBURG & OTTERLEI AS

2 ganger daglig.

Geangin®

KALSIUMANTAGONIST **ATC-nr.: C02D E01**

INJEKSJONSVÆSKE: 2,5 mg/ml: 1 ml inneh: Verapamili hydrochlorid 2,5 mg, natrii chlorid 8,5 mg. aqua ad iniect. ad 1 ml.

TABLETTER: Hver tablett inneh: Verapamili hydrochlroid. 40 mg, resp 80 mg og 120 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioxid.

EGENSKAPER: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Effekt på supraventrikulære arytmier. **Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatt muskulatur i blodkar, virker ikke på skjelettmuskulaturen. Totalt nedsettes hjertets arbeid og oksygenbehovet minsker. Vasodilatasjon med nedsettelse av perifer karmotstand medfører nedsatt «afterload» og senkning av blodtrykket. Negativ inotrop effekt er observert i in vitro- og in vivostudier i høye doser, derimot ikke i terapeutiske doser da en reflektorisk sympatikus stimulering synes å kompensere for dette (pga. blodtrykksfallet). Perifer vasodilatasjon senker blodtrykket særlig hos pasienter med hypertensjon, mens det påvirkes lite hos pasienter med normalt blodtrykk. Den vasodilaterende effekt på koronarkarene medfører at oksygentilførselen til myokard ytterligere forbedres, og at evt. spasmer løses opp. Supraventrikulære arytmier:
Kalsiumantagonismen fører til forsinket impulsoverledning ved at den effektive refraktærperiode i AV-knuten forlenges. Ved paroksystisk supraventrikulær tachykardi gir intravenøs verapamilbehandling ved anfall som regel omslag til sinusrytme, og peroral verapamilbehandling er ofte effektiv som residiv-profylakse. Dette gjelder også pasienter med WPW-syndrom. (Dette gjelder dog ikke hvis WPW-syndromet er ledsaget av anfall med atrieflimmer. Geangin kan da – i likhet med digitalis – forårsake ventrikulære tachyarytmier). Kan gi rask reduksjon av ventrikelfrekvensen ved atrieflimmer og -flutter, men gir sjelden omslag til sinusrytme. Preparatet kan anvendes hos pasienter med obstruktiv lungesykdom. **Absorpsjon:** Rask. Omfattende 1 pass metabolisme. Den biologiske tilgjengelighet er lav, varierende og øker ved gjentatt dosering. (Ca. 20% etter oral enkeltdose.) Tilgjengelighet kan også øke ved hjerte- og leversykdom. **Proteinbinding:** Høy (ca. 90%). **Halveringstid:** Ca. 3 – 7 timer etter oral enkeltdose. Ved gjentatt dosering kan halveringstiden øke, muligens grunnet metning av enzymsystemet i leveren og/eller reduksjon i den initalt forhøyede blodgjennomstrømning. Halveringstiden kan også øke ved hjerte- og leversykdom. **Metabolisme:** Omfattende metabolisme i lever, bl.a. til norverapamil med noe farmakologisk aktivitet. **Utskillelse:** Verapamil og dets metabolitter utskilles hovedsaklig via urinen. 50% utskilles renalt i løpet av 1 døgn.

INDIKASJON: Angina pectoris Variant-angina (Prinzmetals angina). Hypertensjon. Forsøksvis ved hypertensive kriser. Paroksystisk supraventrikulær tachykardi (også WPW-syndrom). Atrieflimmer og -flutter hvor en rask reduksjon av ventrikelfrekvensen er ønskelig.

KONTRAINDIKASJONER: Kardiogent sjokk. AV-blokk grad II og III, sinusknutedysfunksjon (sick sinus syndrome). Dårlig kontrollert hjertesvikt.

BIVIRKNINGER: Som regel av mild og forbigående natur. Mest vanlig er moderat obstipasjon. Hodepine, kvalme, ansiktsrødme, hudreaksjoner og perifere ødemer er rapportert. Meget sjelden kan intravenøs injeksjon gi hjertesvikt, hypotensjon, hjerteblokk og asystole. Det er rapportert mulig sammenheng med reversibel leverskade.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ved AV-blokk I, sinusbradykardi og hypotoni bør intravenøs bruk eller tilførsel av høye orale doser (>480 mg daglig) vurderes kritisk. Pasienter med hjertesvikt bør være digitalisert på forhånd. Bør ikke brukes ved WPW-syndrom ledsaget av atrieflimmer eller atrieflutter. Verapamil og betablokkere har synergisk virkning på AV-knuten. Preparatet bør derfor ikke gis til pasienter som står på behandling med beta-blokkere. Også i kombinasjon med øyedråper er muligheten for bradyrkardi til stede. Verapamil kan gi alvorlig bradykardi evt. hjertestans hos nyfødte og spebarn og må derfor bare brukes på strenge indikasjoner injiseres meget langsomt og under kontinuerlig overvåkning av hjerteaksjonen. Bør ikke gis til gravide, uten ved tvingende indikasjoner.

INTERAKSJON: Ved samtidig tilførsel av verapamil og farmaka som virker kardidepressivt og/eller hemmer AV-overledningen, bør man være oppmerksom på additive effekter. Ved pasienter som behandles med antihypertensiva bør Geangins blodtrykksenkende effekt tas med i betraktning (I:57 e verapamil).

DOSERING: Voksne: Tabletter: Individualiseres. 80 – 120 mg 3 - 4 ganger daglig; ved hypertensjon 120 – 240 mg 2 ganger daglig som vedlikeholdsdose. Ved langtidsbehandling bør man forsøke å unngå døgndoser >480 mg over lengre tid. **Injeksjonsvæske:** 1 ampulle (5 mg) injiseres langsomt intravenøst (i løpet av 2 - 3 min). **Barn: Tabletter:** 1 - 2 mg/kg kroppsvekt 3 ganger daglig. Injeksjonsvæske: Gis intravenøst:

Nyfødte:	0.75 – 1 mg (=0,3 – 0,4 ml)	
Spebarn:	0,75 – 2 mg (=0,3 – 0,8 ml)	Se forsiktighetsregler
Barn 1 – 5 år:	2 – 3 mg (=0,8 – 1,2 ml)	
Barn 6 – 14 år:	2,5 – 5 mg (=1,0 – 2,0 ml)	

Ofte kan effekten oppnås med lavere doser enn dem som er angitt ovenfor. Injeksjonen gis kun til effekten inntrer. Intravenøs tilførsel bør skje under observasjon av pasienten med samtidig EKG-overvåking. Ved behov kan dosen gjentas etter 5 – 10 min. **Infusjon:** Geangin injeksjonsvæske kan blandes til f.eks. isoton natriumkloridinfusjonsvæske eller isoton glucoseinfusjonsvæske i konsentrater svarende til 0,01 – 0,1 mg verapamilklorid pr. ml (10 – 100 mg/liter infusjonsvæske). Ved infusjon gis initalt 0,05 – 0,1 mg/kg/time. Ved manglende effekt kan denne dosen økes fra 2 til flere ganger med intervaller på 30 – 60 min. Den gjennomsnittlige totaldosen bør ikke overskride 1,5 mg/kg/dag.

PAKNINGER OG PRISER:
Injeksjonsvæske: 5 amp. á 2 ml kr. 18,20.

40 mg	100 stk. kr.	41,75
80 mg	100 stk. kr.	82,10
	250 stk. kr.	171,50
120 mg	100 stk. kr.	123,85

T:12

6/87

KabiVitrum
Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

7.9 millioner kroner.

Dette innebærer at en investering på 600.000 kroner (9 x 200.000 kr. :3) ga en avkastning på 7.9 mill. kr.

Hvordan skal oppfølgingen skje fremover?

I NOU 1986 nr. 22 foreslås spesielt 4 tiltak som er nye i forhold til dagens retningslinjer.

- Sykemelding II etter 8 uker.

- Oppfølging individuelt etter den enkeltes prognose (Inndeling av de sykmeldte i prognosegrupper A-E).

- Samarbeidsteam obligatorisk i alle kommuner.

- EDB-støttede saksbehandlingsrutiner i oppfølgingsarbeidet.

Sykmelding II skal erstatte den første forespørselen til behandlende lege på 3.04. Denne skal legen uoppfordret fylle ut senest etter 8 ukers sykmelding. Inndeling av de sykmeldte i prognosegrupper har til hensikt å tilpasse oppfølgingsarbeidet til den enkeltes utsikter og behov (En slik individualisering av oppfølgingen skjer også i dag, men er ikke satt i system).

De gode erfaringer som man har høstet med samarbeidsteamene tilsier at slike team bør være obligatoriske i alle kommuner. Sammensetningen og organisering bør imidlertid kunne variere i de enkelte kommuner etter lokale forhold og behov.

Oppfølgingsarbeidet er meget ressurskrevende. Rikstrygdeverket har da også i sin høringsuttalelse til NOUen krevet et bestemt antall stillinger for at etaten kan påta seg dette. Ved å ta i bruk EDB-støtte i saksbehandlingen, kan antall stillinger som er nødvendig reduseres en del.

Avsluttende bemerkninger

Jeg har stor tro på oppfølgingsarbeidet og har hatt det lenge. Denne type arbeid går inn som en naturlig del av trygdeetatens servicemålsettinger. Dette arbeidet vil være til gagn for de sykmeldte og for samfunnet samtidig som det er en meget interessant og engasjerende arbeidsoppgave for trygdesektorene. Jeg håper at politikerne innser betydningen av dette arbeid og bevilger de nødvendige midler til det. Trygdebudsjettet for 1988 vil vise det ■

TEMA SLUTT

LEGEVAKT:

Rett/plikt Både/og Enten/eller

Eiliv Rytter
Oslo helseråd

Diskusjonen mellom Toft og Brekke i Utposten nr. 3/87 etterlater hos meg kun et spørsmålstegn - vesentlig utløst av Tofts umotiverte vrede: Hva er de egentlig uenige om?

Otterstads innlegg derimot etterlater et utropstegn: Ja, akkurat!

Jeg føler meg kallet til å gi en kommentar til denne problemstillingen, vesentlig fordi jeg som leder av almenlegevaktordningen i Oslo gjennom de siste 5 år og deltaker i den samme ordningen de siste 15 år har fått en del erfaring med både organisering og praktisk utførelse av almenlegevaktarbeid i en storby, og dessuten er en av de sannsynligvis ytterst få leger i dette landet som har organisering av almenlegevaktarbeid som hovedstilling.

Jeg gjorde også en undersøkelse vedrørende legevaktarbeidet i større byer - før jeg begynte i jobben som overlege for almenlegevakten. Et spørreskjema gikk til alle byer med over ca. 20 000 innbyggere og ga tilbake vesentlige data om forbruket av legevakttjenester.

Denne undersøkelsen var ikke av publiseringsverdig kvalitet, men ga likevel ett interessant resultat: Oslo kommune - med de enorme mulighetene som der forelå for å rasjonalisere vaktarbeidet - hadde et forbruk av legevakttjenester som lå helt på topp, også i forhold til kommuner hvor en større del av vakttiden var beredskapstid.

Jeg har aldri vært i tvil om hvorfor det var slik. Tradisjonelt hadde almenlegevakten i Oslo vært en tjeneste helt og fullt på legenes premisser - bemannet vesentlig av yngre sykehusleger og forskere, samt enkelte byråkrater som jeg selv var da jeg startet i ordningen. Ordningen var hovedsakelig utformet som en inntektskilde for de legene som deltok. Almenpraktikere deltok så og si ikke.

En av legenes interesser var selvsagt at det ikke skulle settes noen begrensninger i tilgjengeligheten - dette ville jo redusere markedet. Folk ble gjennom år vant til at det er bare å ringe - legevakten kommer. Ikke så rent få brukte legevakten som eneste legekontakt, med de konsekvenser dette har og som det ikke er nødvendig å gå nærmere inn på - bortsett fra at jeg gjennom årene har truffet atskillige narkomane som vesentlig har legevakten å takke for sitt misbruk.

Gjennom de siste fem årene har vi i Oslo arbeidet med å gjøre almenlegevakten til det den skal være - nemlig en del av den almenmedisinske hverdag. Et stykke på vei har vi lykkes. Vi har av forskjellie grunner ikke komplette statistikker for virksomheten, men de tallene vi har viser at antallet sykebesøk utført i den sentrale ordningen har gått ned med nær 50% de siste 8 årene. Samtidig er en økende del av de faste deltakerne i den sentrale ordningen almenpraktikere.

Det meste av nedgangen i aktiviteten i den sentrale legevaktordningen kom før noen av de nye, private tilbudene som smykker seg med betegnelsen "legevakt" ble etablert. Verken Ring eller Oslo-akutten har æren for dette. Derimot har vi satt i gang lokale vaktordninger som dekker halvedøgnet unntatt i weekendene, og hvor bare lokale almenpraktikere deltar. Bortsett fra de pasientene som selv oppsøker den stasjonære almenlegevakten i Oslo sentrum, og de som på grunn av alarmerende symptombeskrivelser får ambulanse direkte, får alle

som melder et øyeblikkelig hjelpbehov mellom 0800 og 2000 dekket sitt behov gjennom lokale vaktordninger. Alt overtidsarbeid i disse ordningene foregår på fast, kommunal timelønn, mens regningene til trygden refunderes til kommunen.

Det inngås for tiden ikke faste avtaler om deltagelse i almenlegevakten med andre enn leger i primærhelsetjenesten (i denne forbindelse medregnet bedrifthelsetjeneste, helsestasjonsvirksomhet og sykehjemsleger), men leger i kommunale sykehus taes inn som vikarer.

Hva har vi oppnådd med dette?

For det første er ikke den totale arbeidsinnsatsen redusert, den er nok heller litt økt. Det er færre pasientkontakter pr. tidsenhet. Flere pasienter blir undersøkt på legekontorene, færre får sykebesøk. Nedgangen i antall sykebesøk i den sentrale ordningen representerer sannsynligvis langt på vei bare en forskyvning av vaktarbeidet til lokalvaktens funksjonsperiode.

Almenlegevaktvirksomheten er altså totalt sett ikke redusert vesentlig, men ca. halparten av den overtatt av lokale almenpraktikere, og en god del av det sentraliserte vaktarbeidet utføres nå av folk som har almenmedisin som daglig arbeidsområde.

De sykehuskolleger jeg har hørt uttale seg, og som ikke selv deltar i ordningen, sier legevakten fungerer bedre sett fra deres synspunkt, med færre tvilsomme innleggelser og bedre kontakt med primærapparatet i forbindelse med innleggelse og utskriving.

De deltakende almenpraktikere er relativt enstemmige i at ordningen er bedre enn den vi hadde, men mange synes vakten er en belastning. Dette gjelder særlig privatpraktiserende kolleger i vaktdistrikter med få deltakere. Dette må antas delvis å skyldes at vaktene blir hyppige og derfor innvirker mer på det daglige arbeidet på kontoret, delvis at de privatpraktiserende legene i motsetning til bydelslegene ikke kan avspasere vakttiden - men også til en viss grad at disse legene er de som mest merker at vaktarbeidet salderer manglende almenpraktikerkapasitet i området. Denne onde sirkelen føles selvsagt ekstra belastende.

Enkelte sykehuskolleger som deltar i vaktsystemet selv har lett for å la seg provosere når deres forhold til legevakten diskuteres. Det er vanskelig overfor denne gruppen å få gjennomslag for det syn at legevakt i sin natur er almenmedisinsk virksomhet, at almenpraktikerne gjennomgående vil gjøre en bedre jobb, og at det å påpeke dette ikke innebærer noen nedvurdering av sykehuslegenes kliniske ferdigheter eller yrkesmoral.

Jeg er sikker på at sykehusleger med en viss erfaring i sin spesialitet på det mest bestemte vi benekte at en almenpraktiker med sporadiske vakter kan gjøre en like god jobb som de selv ved deres avdeling, og jeg er sikker på at de fleste almenpraktikere med noe selvkritisk sans vil erklære seg enige i dette.

Det undrer meg derfor at enkelte sykehuskolleger er så opphengt i at legevakt nærmest er noe de har rett til å være med på, og at hvem som helst med medisinsk embetseksamen gjør dette arbeidet like bra. Sykehuskollegene bør kunne innrømme at legevakten skal og bør være almenmedisinernes hjemmebane, og at denne erkjennelse overhodet ikke innebærer noen vurdering av generell klinisk dyktighet.

Legevakt er dødsseriøst medisinsk arbeid. Egentlig er legevakten almenmedisinens utstillingsvindu: det er her vi kan være når det virkelig er bruk for oss, når folk roper hjelp enten de trenger det eller ikke. Her kan vi bruke våre kunnskaper om medisin, om sosialvesen, om våre samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten, hvorledes de fungerer og hva de kan tilby. Hva mener vi egentlig med faget vårt hvis vi gir bort vår beste PR-mulighet til folk som til daglig arbeider innenfor en helt annen referanseramme?

Når det gjelder den økonomiske siden av saken, er det mange ømme tær som bare venter på å bli tråkket på. For egen del har jeg gjort legevaktarbeid på fritiden i 15 år for å tjene mer penger. Jeg kommer aldri til å forstå sykehus - og forskerkolleger med nye hus og BMW med mobiltelefon som forsøker å gi inntrykk av at det egentlig er av faglig interesse de bruker natten til ekstravakter - og som i tillegg blir fornærmet når man ikke tror på dem.

Behovet for å tjene penger til livets opphold og det man måtte ønske i tillegg er et av de rensligste motiver jeg vet om for å stille sin arbeidskraft til disposisjon. Det er overhodet ingen grunn til å angripe noen fordi de ønsker å øke sine inntekter på ærlig vis.

En helt annen sak er det at den som skal organisere en tjeneste, må gjøre det ut fra andre motiver enn de økonomiske behovene til de som tilbyr arbeidskraft. Spørsmålene er svært enkle:

- Hva ønsker vi?

- Hvem er best i stand til å gi oss det vi ønsker?

- Hvilken pris er rimelig å betale dem for i gi oss dette?

For meg er svarene like enkle, enten jeg tar på med Oslo kommunes eller Den norske lægeforenings dress:

- Vi ønsker en almenhelsetjeneste organisert slik at akuttjenester innenfor faget kan ytes ved behov hele døgnet og med optimal kvalitet.

- Almenpraktikere er best i stand til å gi dette, bedre jo nærmere kontakt de til daglig har med befolkningen og miljøet

- Rimelig pris er den prisen man blir enige om i forhandlinger mellom representanter for kjøpere og selgere av arbeidskraft.

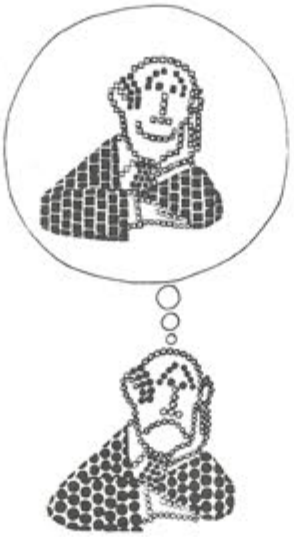
Det som er synd, og det er her Toft bommer så stygt i sitt innlegg, der at vår fagforening altfor lenge har ridd altfor mange hester. Det går ikke langer an samtidig å gå inn for kortest mulig arbeidstid, høyest mulig grunnlønn, færrest mulig forpliktelser - og samtidig opphevelse av enhver restriksjon når det gjelder retten til å tjene penger på fritiden. Når Den norske lægeforening en gang forstår at

- retten til å konkurrere med seg selv på fritiden er en tapt sak,

- fortsatt høy grunnlønnsplassering forutsetter vilje til å definere arbeidsoppgaver og forpliktelser (om ikke arbeidstid) vidt,

kan Toft løfte fanen påny, uten å ha vår fagforenings håpløse dobbeltmoral å stri med ■

Reisebrev fra Øst-Europa – et bidrag til diskusjonen om fastlønnssystemet?



Jens R. Eskerud
Institutt for allmennmedisin, Oslo

I tiden 23. til 26.6. 1987 hadde jeg den glede å være observatør for Aplf's fagutvalg ved SIMG-kongressen i Praha. For interesserte var det innlagt mulighet til å besøke et av Prahas helsesentre. Besøket var meget interessant, og jeg vil gjerne formidle noen inntrykk til Utpostens lesere.

Vi var en gruppe på ca. 30 som ble fraktet med buss til en av Prahas nyere drabantbyer. Vi ble ønsket hjertelig velkommen av senterets ledelse, men selve besøket virket ikke spesielt godt forberedt. Det ble ikke gitt noen generell orientering, men vi hadde rikelig anledning til å stille spørsmål i løpet av de ca. 2 timene befaringen varte. Inntrykkene baseres derfor på en rekke mer og mindre tilfelding spørsmål fra deltagerne, slik at fremstillingen nok kan være litt uryddig. I tillegg må jeg ta forbehold for eventuelle misforståelser på grunn av språkproblemene. En av de deltagende leger fra Nederland fungerte som tolk. Omvisningen ble ledet av stedets "viseadministrerende direktør". Vi fikk servert kaffe, og ikke helt uventet fikk vi like mye ut av å spørre hjelpepersonellet som den som egentlig ledet omvisningen.

Mest fikk vi faktisk ut av hun som kokte kaffe til oss!

Bemanning ved 3. poliklinikk, Praha 8

Ikke urimelig hadde man valgt å vise oss den største og nyeste av poliklinikkene. Etter norske forhold minnet poliklinikken mest om et lite sykehus med flere etasjer. Poliklinikken var bygget i 1984. Tilsammen arbeidet det 60 leger der, hvorav kun 8 var almenpraktikere. De 52 spesialistene betjente et nedslagsfelt på 70.000 mennesker, mens det bodde 40.000 i det området som almenpraktikerne skulle dekke. Mange av de 40.000 i området hadde imidlertid sin primærlege annet sted, f.eks. på arbeidsplassen, slik at den reelle dekning var 26 almenpraktikere i alt. Vi fikk inntrykk av at nesten alle vanlige spesialiteter var dekket: kirurgi, pediatri, indremedisin, gynekologi, nevrologi, øye, røntgen og laboratorium. I tillegg var det fysioterapeut og tannlege. Psykiatri var imidlertid ikke inkorporert i senteret. Til tross for sitt umiskjennelige sykehuspreg, var det overhodet ingen sykehussenger, slik at hverken primærleger eller spesialiteter kunne legge inn pasienter til observasjon.

Organisering av primærhelsetjenesten

Vi fikk inntrykk av at primærhelsetjenesten i byene gjerne besto av større poliklinikker, mens det utover landsbygda rimeligvis var mindre enheter. Det som gikk igjen var tydeligvis en almenpraktiker, en pediater, en gynekolog og en tannlege. Sammenlignet med forholdene i Norge er den tsjekkiske almenpraktikers arbeidsoppgaver i ikke ubetydelig grad redusert. Det er nemlig pediaterne som er primærkontakter for alle under 14 år. I aldersgruppen 14-18 år er det spesielle "ungdoms-leger". Almenpraktikeren tar seg altså kun av de som er 18 år og eldre. Alle kvinner med underlivsplager går primært til gynekolog. Gynekologene tar seg også av all svangerskapskontroll og prevensjonsveiledning. Denne skjedde også på poliklinikken, før fødsel i sykehus. All helsekontroll av barn var organisert for seg i samme hus. Denne tjenesten ble i sin helhet dekket av pediaterne.

Det er vanlig med almenpraktikere på de større arbeidsplassene. Systemet er slik at de som har lege på arbeidsstedet skal bruke denne legen. Familielegeprinsippet, slik vi kjenner det i Norge, forekommer derfor ikke. Ut fra alder og problemets karakter fungerer altså både pediatere og gynekologer som primærkontakter for pasientene. Til øvrige spesialister fikk vi opplyst at det ikke var noen egentlig henvinsningsplikt, men en så helst at pasienten gikk via almenpraktiker.

Arbeidsforhold

Bygget hadde relativt høy standard, og legekontorene var romslige. De var rimelig bra utstyrt, men det hele virket jo litt spartansk i forhold til forholdene i Norge. Skrivemaskinene var av god og gammel manuell type, men ikke verre enn

jeg selv har påtruffet i bydelshelsetjenesten i Oslo! Hver almenpraktiker har knyttet til seg 2 sykepleiere som har eget forkontor. Journalnotater skrives enten av lege eller av sykepleier. Arbeidstiden var 8,5 time hver dag. 2,5 time var avsatt til sykebesøk, skriving av henvisninger o.l.. I en del tilfeller, f.eks. oppfølgning og behandling av eldre, kunne legen sende en av sykepleierne i sykebesøk. Selv foretok legene i gjennomsnitt 3 sykebesøk daglig. Alle sykebesøk til barn ble dekket av pediater. Det var også egen legevaktordning for barn. Vaktbelastningen for primærlegene var rimelig, en vakt pr. måned i forbindelse med helg, og to hverdagsvakter i gjennomsnitt. Alle spesialistene deltok i denne primærlegevaktordningen. Noen fleksitid-ordning var det vel neppe snakk om, men senteret var åpent for vanlige konsultajoner i tiden 07-19. Timebestillingssystem hadde vært forsøkt, men var avskaffet med den begrunnelse at ventetiden da ble så lang!! Det ble sagt at man bestrebet seg på at pasientene skulle komme tilbake til den legen de hadde vært hos, men jeg forsto ikke helt hvordan de fikk dette til.....

Det er vanlig at hver almenpraktiker har ansvar for ca. 1700 pasienter. Innenfor de 6 timene med konsultasjoner tar den tsjekkiske almenpraktiker i gjennomsnitt hånd om 50-60 pasienter. Arbeidsmåten må derfor rimeligvis være nokså annerledes enn det vi er vant til i Norge. Utenom sykepleieren som kokte kaffe til oss, fikk vi ikke snakke med noen av dem som arbeider "på gulvet". Det ble opplyst at det er dobbelt så mange kvinnelige som mannlige tsjekkiske almenpraktikere.

Pasientens rettigheter

Hele systemet er basert på at pasienten skal ha fri adgang til helsetjenester. Hver enkelt har et krav på å bli tatt hånd om, og det er ikke anledning til å avvise pasienter.

Egenandeler

Tsjekkerne behøver ikke å betale mellomlegg for konsultasjon eller sykebesøk. Det eneste de må betale for er fornyelse av resept. Dette koster 1 KCS, etter offisiell kurs ca. 1 norsk krone. Etter svartebørskurs (f.eks. i drosje) tilsvarer beløpet imidlertid ikke mer enn 30 norske øre.

Lønninger

Avhengig av kompetanse og ansiennitet varierer almenpraktikerens månedslønn mellom 3.200 og 4.600 KCS. I tillegg er det mulig å oppnå månedlig bonus oppad begrenset til 1.000 KCS. Dette er premie for eventuell ekstra innsats, bestemt av poliklinikkens leder! Almenpraktikerne lønnes omtrent som spesialistene, idet disse får 4.200 KCS etter første eksamen og 4.600 etter annen. Disse kan få en bonus på inntil 10% pr. måned.

"Alt såre vel"

Poliklinikken var stor, ja nærmest kjempediger, og virket ganske maskinell. Systemet virket velordnet, med forskjellige piler og luker. Noen negative sider eller ulemper ved systemet fikk vi naturlig nok ikke høre fra ledelsens side, men jeg fikk da spurt en av de andre om de ikke hadde misfornøyde pasienter. Offisielt hadde de ingen klager, men når vi fikk snakket litt nærmere om dette, fremkom det jo at det selvfølgelig også er misfornøyde pasienter i Tsjekkoslovakia. Det ble sagt at klager alltid ble forsøkt håndtert ut fra prinsippet om at det er pasienten som har alle rettigheter.

Vel tilbake i Norge

En slik tur til Øst-Europa gir en alltid mye å tenke på. Vel tilbake i gamlelandet har jeg forsøkt å oppsummere mine inntrykk og refleksjoner. For meg er det tankevekkende at den sosialistiske primærhelsetjenesten i Tsjekkoslovakia forsøker å bygge på prinsippet om at "kunden har alltid rett"! På min tankevandring har jeg forsøkt å finne tilsvarende forhold i Norge. Pussig nok har jeg kommet til at et vel faktisk er Ringsenteret i Oslo som ligner mest på Tredje poliklinikk i Praha!!■

Eutanasi i Nederland:

Er vi i ferd med å forlate prinsippet om livets ukrenkelighet?

Jan Eyvind Rekvig
kommunelege i Hol

■

En liten gruppe norske deltakere opplevde interessante og inspirerende dager under SIMG-kongressen 1987 i Praha.

Et foredrag om eutanasi i Holland ved Jaap van Hooidonk vakte oppsikt. Han berettet om omfattende eutanasipraksis, noe han selv gav tilslutning til, og selv også hadde utført.

Fra det 30 minutter lange foredraget skal her kort refereres følgende:

Utdrag av nederlandsk lov

Drap på oppfordring er straffbart. Strafferamme 12 år fengsel. Medvirkning til suicid er straffbart. Strafferamme 3 år fengsel. Taushet omkring utført eutansi er straffbart.

Definisjon

Eutanasi er enhver handling med den hensikt å avslutte en persons liv på hans/hennes eksplisitte anmodning. Eutanasi er ikke:

- å avslutte en medisinsk nytteløs behandling.

- å hindre smerte med forkortelse av livet som sideeffekt.

- avbryte medisinsk behandling på anmodning.

Før eutanasi skulle i følge foredragsholderen følgende kriterier være oppfylt:

1. Frivillighet

2. Vel overveiet ønske

3. Langvarig ønske

4. Uholdbare lidelser

5. Konsultasjon med kollega før handlingen utføres.

Det ble antatt å være ca. 3000 anmodninger om eutanasi hvert år i Nederland, hvorav 1500 ble etterkommet. Av de utførte tilfeller ble omlag 50 rapportert til helsemyndigheter og politi, men praktisk talt ingen av de rapporterte tilfeller førte til rettsforfølgelse og straff. Kfr. tidligere om gjeldende lovverk.

Avslutningsvis anmodet foredragsholderen om at alle tilfeller ble rapportert, med nøyaktige og omfattende opplysninger, slik at rådende praksis bedre skulle bli kjent for offentligheten. Han måtte forstås slik at han ønsket lovverket liberalisert og derved tillempet den praksis som allerede råder på dette felt, uten at dette ble sagt eksplisitt.

Så langt foredragsholderen.

Selv om lite er skrevet om eutanasi i Norge, antas slik praksis å være lite utbredt, om det overhode forekommer. Fra offentlige debatter er inntrykket at norske leger skiller klart mellom passiv og aktiv dødshjelp - og aksepterer det første og forkaster det siste.

En økende aksept av aktiv dødshjelp - eutanasi - for i siste instans å åpne for dette i lovverket, vil være et alvorlig anslag mot prinsippet om livets ukrenkelighet, og redusere menneskeverdet. Dette er den alvorlige konsekvens av utviklingen mot legal eutanasi.

Selv om vi forstår at mennesker lever - lenge eller i en kort periode mot slutten, tilsynelatende meningsløst og med store lidelser, må vi holde i hevd de eldgamle ideer om å lege, lindre og trøste, og avstå fra tiltak for aktivt å avslutte menneskelivet.

Det skal også i denne sammenheng fremheves at vi har større ressurser enn noen gang til å ta vare på de svake og lidende, og at det den senere tid er gjort store fremskritt innen feltet smertebehandling. Det er derfor paradoksalt at eutanasi skal liberaliseres nå. Og når først eutanasi er akseptert, er det lett å tenke seg at grensen for "verneverdig" liv ytterligere forskyves. Det er nærliggende å tenke på dem med varig svekket bevissthetsgrad, psykisk utviklingshemmede, hjerneskadde, barn med store misdannelser osv.. Jeg vil også anta at mange eldre på institusjoner vil føle liberal eutanasi som en relativ trussel, "skal jeg tilby min plass til andre med et mer leveverdig liv?"

Abort-debatten skal ligge i denne omgang. Jeg vil her bare peke på den slående likhet i strategi for liberaliseringsprossessen:
Restriktiv lov - økende liberal praksis, som fremtvinger liberal lov. Den hollandske foredragsholderen la opp til nøyaktig samme strategi. Jeg vil her ikke unnlate å minne om at gårsdagens abortmotstandere advarte mot det neste som ville komme når abortslaget var tapt: blant annet liberal eutanasi. Idag aksepteres abortus provocatus etter 12-ukers grensen dersom det foreligger kromosomfeil. Vi ser tendenser til manipulasjon av gener, befruktede egg gjøres til rene forskningsobjekter uten mulighet for videre utvikling. Listen over de aktuelle medisinsk-etiske konfliktområder kan gjøres lang.

I løpet av meget kort tid, et par ti-år, har vi forlatt de alltid gjeldende ideer om menneskets verdi. Det som i all historisk tid har vært sant, er i løpet av meget kort tid ikke lenger sant. Dette er tankevekkende. Hvis forskjellen på lov og praksis stadig fremheves hva angår eutanasi, slik foredraget på SIMG-kongressen var eksempel på, tilsier erfaringen hva som vil skje: Loven tilpasser praksis, og ikke omvendt - dessverre - med mindre det reises debatt og opinion mot en slik utvikling.

Praha var en vakker by, men budskapet fra Nederland var alarmerende■

Etter førti år i nåde - AIDS

Berit Tveit
Fyllingsdalen

Sykdommen er ille nok. Men debatten gjør meg engstelig. For jeg undres: Vet vi egentlig hva vi snakker om, når vi slår hverandre i hodet med ord som anonymitet, registrering, kontroll, massetesting, isolasjon, tvangstiltak og opplysning. Har førti år med penicillin, og meget få tilfelle av farlig smittsom sykdom, fått oss til å glemme hva smittekamp er? Eller trenger vi debatten for å få utløp for sorg og sinne, før vi samler oss til fornuftig handling?

Det dempet min opphisselse å lese i Axel Strøms "Lærebok i hygiene" -utgitt i 1947, men skrevet før 1945 - altså før penicillin kom. Jeg vet ikke om han fikk vite så mye om AIDS før han døde i 1985. Han ville nok sørget med oss, men også anbefalt flere å gjøre som jeg: Å hente boken ned fra loftet.

For kapitlene om smittsomme sykdommer samler og systematiserer over åtti års erfaring med organisert smittekamp. De er ikke skrevet som historie, men som nødvendig pensum for leger i deres daglige arbeid. Her fins tvil, usikkerhet og en viss sorg over bakteriers uregjerlige oppførsel. Men ingen panikk. For slik hadde menneskenes liv vært i årtusener: Mange forskjellige og meget alvorlige smittsomme sykdommer, - og ingen virksomme medikamenter. Den eldste vaksinen er bare tohundre år gammel (koppevaksinen).

Likevel er boken preget av optimisme, og med god grunn. Resultatet var imponerende. I 1890 var infeksjons-sykdommer årsak til 30% av alle dødsfall. I 1939- knapt femti år etter - var tallet 13%.

At tallet nå er så lite at avisene ikke interesserer seg for det, etter førti år med penicillin, tuberkulosemidler og en gjennomvaksinert befolkning, - det skal ikke få ta fra våre forfedre og -mødre deres fortjente ære. Når de klarte så mye, er det kanskje grunn til å tro at vi kan følge deres oppskrift. Tross alt er AIDS bare én sykdom. De slåss mot mange: Tuberkulose, difteri, skarlagensfeber, kopper, tyfoidfeber og syfilis var bare noen av de mest vanlige.

Axel Strøms beskrivelse er tindrende klar, nøktern og varmt menneskelig slik han selv var. "Smittekamp" er ikke et enkelt tiltak, men en kombinasjon av mange virkemidler, faktisk er hele samfunnet engasjert. De gamle ville nok smilt litt av oss, når vi krangler om "opplysning eller isolasjon". For de visste at bare den brede satsing kunne sette igang en "god sirkel", med færre syke og døde. Oppsporing av smittekilder, isolasjon av syke, kontroll og atter kontroll. Opplysning av utdannelse om smittestoffer og hygiene - vannverk og kloakker - bedret kosthold - bedret økonomi - bevilgninger til bedret helsevesen - mer oppsporing og mer opplysning.

De hadde en fordel som vi ikke har: Farlig smittsom sykdom var ikke noe diffust spøkelse, men en realistisk trusel i hver eneste familie. Slagord som "Vask hendene" og "Host ikke på andre!" fikk nokså dyp mening og ble lette å huske når mor døde av tyfoidfeber og tenåringen av tuberkulose.

Likevel var det nødvendig å ha lover som ga helsevesenet rett til maktbruk, og straffansvar for slurvete pasienter. Like nødvendig som trafikkovervåkning er idag, - med inndragning av sertifikat for synderne.

Axel Strøm nevner helsepersonell som en risikogruppe for tuberkulose. Kanskje det var ham - den kloke hygieneprofessor - som sto bak regelverket. De medisinske studenter ble noe forbløffet når de oppdaget det: "Uten skjermbilde og Pirquet - ikke noe studiekort". Men vi måtte beskjemmet innrømme at kunnskaper ikke hindret oss i å somle og rote. En forsinket student fikk fresende sarkasme fra tuberkuloselegen: "Du tror vel ikke det er din helse vi tenker på? Du er sterk som en hest og kan ta knekken på noen TB. Men mens du gjør det, er du smittebærer og livsfarlig for pasientene!" At vi samtidig lærte noe om verdien av kontroll og registrering, var en god, men neppe tilsiktet bivirkning.

Axel Strøm snakker mye om isolasjon. Han peker på at allerede Sundhetsloven av 1860 var svært "menneskevennlig", og siterer §21: "Personer som lider av ondartede sykdommer, hvis videre utbredelse ved smitte kan være å befrykte, skal være forpliktet til, når helserådet eller øvrigheten påstår det, å la seg behandle i et sykehus, såfremt de ikke uten opphold kan skaffe seg en etter legens formening betryggende pleie i hjemmet eller en annen privat bolig."

Tiltakene må alltid rettes mot den reelle fiende: Smittestoffene. Når de ikke kan drepes uten samtidig å ta livet av pasienten, er det ingen vei utenom: Den syke må skaffes skikkelig mulighet for å begrense sykdommen til seg selv.

Isolasjon var ikke internering, men et vidt spekter av tiltak, nøye avpasset etter smittestoffets art, farlighet og smittemåte. Så langt som mulig bygget de på opplysning og samarbeid.

Hvis det var nok med håndvask, så var det nok. Men de betenkte seg ikke over å stenge skoler, forby møter, - eller nokså bokstavelig talt sette kniven på magen til tyfoidbærerne: "Galleblæren ut, eller mange år til uten å kunne gå på andre toaletter enn ditt eget." ▶

Blandingen av nøktern skepsis og tro på folks fornuft, av varm hjelpsomhet og klare krav kommer godt frem i reglene for opplæring av smittebærere: Pasientene måtte underskrive et skjema med leveregler. Et eksemplar ble hos pasienten - et ble sendt Helserådet. Det hadde ikke bare rett, men plikt til å kontrollere og veilede - og trøste.

Prinsippene for å stoppe epidemier blir grundig gjennomgått. De kunne dette, de gamle leger, og hadde skapt en imponerende organisasjon. Kravene ble stilt både til leger og befolkning: Meldeplikt ved mistanke, og så samtidig en rekke parallelle tiltak: Sikker diagnose, hindre videre smitte, undersøkelse av miljøet, tiltak mot smittebærere og smitteveier - enten det var vann, melk, lus eller mennesker. Arbeidet var ofte vanskelig, og besto av en mengde "trivielle" detaljer. Men det kunne også være spennende som detektivromaner. Et av Axel Strøms eksempler kan illustrere dette:

I 1931 oppsto en epidemi av tyfoidfeber i en liten norsk by. 59 mennesker ble syke, av dem døde 17. (30% dødelighet var vanlig ved tyfoidfeber). I begynnelsen var det usikkert om smitten ble spredd gjennom vann eller melk. De sykes bosted og livsmønster kunne tyde på begge deler. Men så ble en fange i fengslet syk, og han ble "satt på vann og brød". Byens kloakk munnet ut i en betryggende avstand fra vanninntaket, - trodde de. Men en våken ingeniør hadde merket seg at ved sterk sønnavind kunne strømmen skifte retning. Kloakkvannet kom også fra byens fødestue, og en kvinne der hadde ikke bare magesmerter på grunn av fødselen. Hun hadde tyfoidfeber. I et par døgn gikk hennes avføring i kloakken uten desinfeksjon. Og det var sønnavind. Jeg tror ikke at helsemyndighetene ventet med påbud om isolasjon og desinfeksjon til alt dette var klart, eller til alle de 59 var blitt syke.

Så kom etterarbeidet: hvem hadde smittet kvinnen? hvor mange av de gjenlevende pasientene ville bli kroniske smittebærere? Hva må gjøres med kloakken og vannet? Mange, mange avføringsprøver - digre skjema med mange spørsmål: Navn, alder, bosted, yrke, arbeidssted, familie, venner - hvor har du vært? hva har du drukket? Hva slags toalett har dere? Desinfeksjon, instruksjon, og flere prøver, år etter år. Men byen fikk ikke flere tyfoidfeberepidemier.

Tanken på å få stoppet en epidemi uten nominativ melding har tydeligvis ikke streifet hverken lovgiverne eller Axel Strøm. Diskresjon nevnes heller ikke - det var vel for selvsagt. Jeg vet iallfall at kartotekene ble voktet som militæranlegg.

Mange epidemier kunne ikke stoppes på denne måten, bare begrenses. Verst var sykdommer som ga mange friske smittebærere, og smittet ved direkte kontakt: Skarlagensfeber, difteri, tuberkulose. De hadde mer preg av "endemier" -sykdommene eksisterte i samfunnet hele tiden. Den verste morder av alle var pneumokokken. Den lå på lur i annenhver nese, klar til å utnytte alle svakhetstegn: trette, våte, sultne og forkjølte mennesker fikk lett lungebetennelse. Så stor har vår nåde vært, at ordet "krise" ikke lenger er knyttet til denne sykdommen, og vi undrer oss over de gamle legers ærefrykt når de forteller om sin første penicillinsprøyte.

Men Axel Strøm gir streng beskjed om å ikke gi opp. Han bruker resten av sin bok til å beskrive "flanke- og bakholdsangrep" på smittestoffene: Bedret kosthold, arbeidsmiljø, renslighet, boligstandard. Og vitaminer.

Han slutter sin utredning om tuberkulose med følgende:

"Den jevne, sikre tilbakegang av tuberkulosen i Norge berettiger likevel til begrunnet optimisme. Men arbeidet må ytterligere intensiveres, og målet må bli: Alle tuberkuløse og deres miljø under effektiv kontroll og tilsyn. Tilstrekkelig anstaltplasser for behandling og isolasjon. Effektiv etterforsorg for rekonvalesenter. Regelmessig gjennomførte masseundersøkelser av hele befolkningen, med BCG-vaksinasjon av alle de tuberkulin-negative".

Det skrev han i 1945 da antall nye tuberkuløse var ca. 3500 pr. år mot 9300 i 1901. Hva har da vi å klage over? Vi, som bare har en farlig smittsom sykdom som ennå ikke kan behandles med medikamenter eller hindres med vaksine? Tvil og usikkerhet hindret ikke våre forfedre i å slåss. De etterlot en oppskrift. Den er hverken enkel eller billig. Men den virket.

Vår nådetid er over. AIDS eksisterer. Antall syke og smittede er "bare" etpar tusen i Norge. Men jeg har en følelse av at Axel Strøm glor på meg ovre brillene og sier: "NÅ??"■

...fra kurs til kurs...

Vårkurs på Sør-Gjæslingan, Nord-Trøndelag

22.-24. mai 1987

Ytternamdalens nesten fraflyttede fiskevær Sør-Gjæslingan mellom Namsos og Rørvik var stedet for Nord-Trøndelag legeforenings nyskapning - vårkurset, med vekt på kombinasjon av familivennlig opplegg, deltakelse av både primær- og sykehusleger og interessant faglig program i fasinerende omgivelser. Det deltok 27 leger, 17 ledsagere og 41 barn! i tillegg til gjesteforelser Harald Siem og hyggelige representanter fra Draco-Hassle-Astra. Storparten ankom med passasjerbåt fra Namsos, noen få i mer avslappet skøyte nordfra Vikna. Innkvartering i rorbuer, fellesmåltider i Fiskarheimen og medbragt mesterkokke fra Rørvik. Som kulinarisk høydepunkt skalldyraften på Ungdomshuset - bl.a. med lokaldyrkede blåskjell og østers (innslurpes rå, nydelig!).

☆

Henrik Borchmann
kommunelege i Nærøy

■

Sør-Gjæslingan ble nærmest totalt fraflyttet ca. 1976. Det er av de historisk sett store fiskevær langs kysten med store skreiinnsig i perioder. I storsesongen tidligere kunne øyene huse omkring 1500 fiskere. Hovedhuset i væreiergården (påbegynt primo 1800-tallet av daværende væreier Hans Nilsen Hauge), fiskarheim på 250 m2 samt et 10-talls rorbuer har de siste år gjennomgått pietetsfull restaurering i regi av nåværende eier, kystmuseet Woxengs samlinger i Rørvik (bl.a. med Riksantikvarens sysselsettingsmidler). Restaureringen av fiskeværet fortsetter og interessen for å benytte stedet i kurssammenheng, til gruppeutflukter og rorbuutleie er økende.

De hygieniske forholdene i Sør-Gjæslingan var grunnlag for en omfattende og kulturhistorisk verdifull artikkelserie i Tidsskrift for Den norske lægeforening 1902-03 av daværende konstituert distriktslege i Vikten (Vikna) Harald Natvig. Han var i egenskap av Sundhetskommissionens formann innstendig og vedvarende blitt bedt om å gripe inn for å bedre de hygieniske forholdene under vinterfisket. Rapporten er rystende og spennende lesning, anbefales!

Det er fristende å sakse noen av Natvigs observasjoner:

"...som oftest ligger dog fiskerne og driver utover gulvet helt eller halvt paakledt og væltende sig i hinandens spyt, der hensynsløst klyses rundt, foruden i alskens anden urenlighet der drages med op fra fisket...."

"...jeg umiddelbart efter fisket iaar fik 3 fiskere under behand-

ling for tuberkulose, en av dem endog i siste stadium, og jeg er overbevist om, at ingen af disse har sparet sine kamerater for sit spyt..."

Natvig tok til orde for at man fremfor å bygge sykehjem for tuberkuløse burde se til å sørge for en bedre hygiene på fiskeværene. Hver fisker skulle etter datidens anbefalinger ha minst 3 m3 luft hver i arbeids- og soverom. Natvigs nitide oppmålninger viste at svært mange hadde under 1 m3 hver å puste i.

"Man fristes til at spørge.... om rorbodeierne har bestemt belæggets størrelse i analogi med beregningen: Hvormange fiskeboller kan der gaa i en presærvebox?"

"Anden etages tynde gulv med mere og mindre aabne sprækker og nedtrampede bord gjør, at beboerne af anden etage ligefrem ikke kan gjøre rent hos sig uten at al slags griseri, indtørret spyt og søl av enhver art drysser direktned i mad og andet til første etages beboere."

"Inntil 1902 var der paa Sørgjæslingerne ikke opført et eneste privet til bruk for fiskerne. Disse gjorde derfor sine fornødenheder under rorbodernes pælegrund, i fjæren, tæt ved sine vandintag, kortsagt hvor trangen kom på dem eller leiligheden gaves."

Kursdeltakerne kunne knapt kjenne igjen disse redsler. Rorbuene er nå velutstyrte med vann i springen (må kokes), trivelige avtreder og aggregatstrøm. Stedet har en unik atmosfære og Fiskarheimens sal med durende vedovn var en fin ramme rundt den faglige delen av oppholdet.

Forfatteren Kolbjørn Brekstad kåserte om gamle dagers hygieniske forhold i fiskeværene med utgangspunkt i Natvigs artikkel. Harald Siem, som tydelig følte seg hjemme, holdt foredrag med gruppearbeid omkring "Det generelle grunnlag for individrettet forebyggende helsearbeid" og "Program for cervixscreening og mammografi". Thor Eystein Leite ledet en avdeling med almenmedisinske problemstillinger og gruppearbeid omkring kommunikasjon spesielt med henblikk på problemet med hva som når inn til pasientene av den informasjon vi gir og hvordan dette kan bedres. Et lite fagpolitisk møte ble det også plass til samt en orientering om stedets historie ved museets tilsynsmann Henry Nygård.

Det føles viktig med slike samlinger av mange grunner. Å få med familie og barn, treffe kolleger på tvers av almenmedisin/sykehusgrenser, kjenne samhold i et grisgrendt fylke, å se de åpenbare kvalitetene i nærmiljøet vårt. Dertil kommer det faglige utbyttet, kurspoeng og ikke minst henrykte unger som vil tilbake til neste år. All ære til den lokale kurskomiteen ved Steinar Fretland, Inger Finnanger og Jannecke Reymert.

Det er trivelig i Trøndelag. I en bemanningstrøet tid tillater vi oss en aldri så liten markedsføring■

Litteratur

Natvig H. De hygieniske forhold ved Viktens fiskevær og fiskerilovgivningen i Namdalen. Tidskr n lægeforen nr. 22 1902, og 1-3/1903.

Allgemeinmedizin

vil gjerne ha flere norske abonnenter!

Ola Lilleholt

Tidsskriftet Allgemeinmedizin er det offisielle organ for den "europeiske" allmenpraktikerforeninga S.I.M.G.. Det er en fortsettelse av det tidligere "Allgemeinmedizin International"-General Practice. Utgivelsen skjer i samarbeide med de tyske, nederlandske, østerrikske, sveitsiske, ungarske og flamske allmenpraktikerforeningene samt European General Practice Workshop. Bladet er nå helt tysk-språklig og er liksom Utposten inne i sin 16. årgang.

Faglig har bladet en svært solid standard både når det gjelder publikasjoner fra allmenmedisinsk forskning og når det gjelder artikler som diskuterer allmenmedisinske grunnproblemer. En leser med ren norsk medisinsk bakgrunn både imponeres og fortviles over den kontinentale tradisjonen når det gjelder abstraksjon og begrepsdannelse. En får stadig følelsen av å se medisinen fra en ny vinkel. Sammen med det redaksjonelle stoffet finnes rikelig med bokomtaler, kurs- og tidsskriftreferater.

Mange norske leger har sin faglige bakgrunn fra kontinentet. For min del tror jeg at det ville være av stor betydning om disse, og gjerne andre med, holder seg orientert om det som skjer i det store tyskspråklige området som egentlig ligger så nær oss.

Medlemmer av Norsk selskap for almenmedisin er kollektivt tilsluttet S.I.M.G. og har dermed rett til å abonnere på Allgemeinmedizin til redusert pris. Bladet koster i 1987 DM 98.-. Som medlem av NSAM får en 20% avslag på denne prisen.

En ide for legegrupper eller kolleger som ønsker å beholde eller gjenopplive kontakten med kontinental allmenmedisin?

Prøvenummer kan fåes eller abonnement tegnes hos:

Springer-Verlag
Heidelberger Platz 3
D-1000 Berlin 33

S.I.M.G.s vårkongress i Praha 1987

Ola Lilleholt

I dagene 24.-26. juni ble S.I.M.G.'s vårkongress avviklet i Praha. Dette var S.I.M.G.'s 36. internasjonale kongress. Denne gangen var det da også mulig for Østeuropeiske kolleger å delta i stort antall. Vanligvis har de bl.a. på grunn av problemer med utreisetillatelse og vestlig valuta bare kunnet delta i beskjeden grad i de kongressene som har vært holdt i Vesteuropa. Denne gangen var det i alt hundretalls deltakere og foredragsholdere fra Polen, Øst-Tyskland, Romania, Ungarn, Sovjetunionen (Baltikum) og naturligvis et tallrikt oppmøte fra vertslandet. Ellers var det som vanlig kolleger fra Sentraleuropa, De nordiske land, Storbritania, Canada, USA, Italia og en som var kommet helt fra Japan.

Kongressen var svært vellykket både faglig og sosialt. Det var et stort antall foredrag både i plenum og i tilstøtende seminarrom. Hovedtema var "Prevention of heart and vascular diseases" og "Post-graduate education of general Practioners" og "Diagnosis and treatment in general practice". Det var også en posterseksjon med i alt 61 bidrag.

Wenche Telstad presenterte i et foredrag dagens allmenpraktikerutdanning i Norge. Ho hadde også en poster om sin undersøkelse over behandling av restless legs. Tor Anvik hadde en poster om sin publikumsundersøkelse om legens bruk av hvit frakk i arbeidet. Under frie foredrag la Magne Nylenna fram funn fra sin undersøkelse over cancerdiagnostikk i almenpraksis.

Det var mye spennende både å se og høre i møtet med så mange legekolleger. Sjøl om medisinen må være en av de mest internasjonale og åpne vitenskaper, blir en mange ganger under en slik kongress slått av de store forskjellene i organisasjon og pasientbehandling fra land til land. En reiser heim med et bilde av norsk almenmedisin som uformell, pragmatisk og jordnær, ja, nesten uhøytidelig. En blir også slått av at norsk almenmedisin er inne i en livlig vekstperiode både ideologisk og praktisk.

Neste S.I.M.G.-kongress i Trondheim 1988.

S.I.M.G.'s neste vårkongress finner sted i Trondheim i 29.5.-1.6.88. Den blir nok ikke så stort anlagt som kongressen i Praha: et så stort arrangement makter vi nok ikke. Vi får håpe at vi greier å formidle noe av dagens store aktivitet i norsk allmennmedisin til gjestene som måtte finne veien dit■

annonse

Nå i bokform

UTPOSTENs almenmedisinske problemserie -

med seks kliniske oppgaver, løsninger, kommentarer og flere etterfølgende artikler om problemløsning i almenpraksis.

Boka er på 114 sider og kan bestilles for kr. 100,-.(fritt tilsendt) ved innsending av slippen nedenfor til:

"Problemløsning"
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gate 10
7030 TRONDHEIM

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100.- til

Navn

.....

Adresse

.....

Allmenn-praktiker-stipend: NYE REGLER

Almenmedisinsk forskningsutvalg har vedtatt nye regler for søknad om allmenpraktikerstipend. Hensikten med dette er at alle søkere skal ha mest mulig like betingelser for å utforme en tilstrekkelig god søknad slik at Allmenmedisinsk forskningsutvalg har de nødvendige opplysninger når de skal foreta tildeling av allmenpraktikerstipend.

Veiledning ved utforming av søknad til allmennpraktiker

1. Søknadens utforming

Søknaden bør være maskinskrevet på A4-ark. Søknad bør i prinsippet ikke overstige 3-4 sider og bør gi opplysninger om søkeren og om det omsøkte prosjekt. Eventuelle utarbeidede protokoller, litteraturlister etc. bør være vedlegg til søknaden.

2. Om søkeren

Søknaden bør inneholde opplysninger om søkerens personalia, tidspunkt for medisinsk embedseksamen og senere praksis, spesielt spesifisert tjeneste i allmennpraksis. Tidligere forskning/utrednings- og undervisningserfaring og spesiell motivasjon/bakgrunn for det aktuelle prosjekt bør spesifiseres.

3. Om prosjektet

A. Bakgrunn: Det bør anføres hvorfor prosjektet er planlagt og hvilken relevans prosjektet har for allmennpraksis, om ikke dette fremgår av de øvrige punkter.

B. Hensikt: Målsettingen med prosjektet bør formuleres som en kortfattet problemstilling, gjerne som ett eller flere spørsmål. Spesielle geografiske eller faglige forhold som gjør prosjektet særlig aktuelt bør presiseres.

C. Metode: Søknaden bør klargjøre hvilken metode som vil bli benyttet og hvordan prosjektet praktisk tenkes gjennomført.

D. Omfang: Prosjektets størrelse og ambisjonsnivå må klarlegges. Behov for ressurser (kompetanse, utstyr, penger) bør klargjøres og en estimert tidsramme bør oppgis. Dersom allmennpraktikerstipendiet er en delfinansiering, bør andre finansieringskilder oppgis.

Når det gjelder søknader vedrørende rene undervisningsprosjekter, må bakgrunnen for prosjektet klarlegges og målgruppen beskrives. Der det ikke klart fremgår, må prosjektets relevans for allmenmedisin presiseres.

The Jerusalem International Doctors Orchestra

The next WONCA World Conference of Family Medicine will take place in Jerusalem 28 May to 2 June, 1989. One of the innovations planned is the formation of an INTERNATIONAL DOCTORS ORCHESTRA which will give its permiere at the Conference, hopefully under the baton of a well-known conductor.

Doctors are herewith invited to volunteer for this orchestra. Family members of the doctors, as well as nurses and others in the doctors' team will also be considered.

Registration fee for all members selected for this orchestra will be substantially reduced.

Please write to:

Dr. Tomi Spenser, WONCA Orchestra, KENES, P.O. Box 50006
TEL AVIV 61500, ISRAEL

annonse

OPPBEVARING av legemidler!

A og B preparater - stempler
reseptblokker - private ting

Husqvarna
sikkerhetsskap

Valgt av POLITIET
Brukes av FORSVARET

FG - godkjent av forsikrings-selskapene

JA! Send brosjyre, pris og andre opplysninger om Husqvarna Sikkerhetsskap

Navn:

Adr:

Til Solnør Gaard • 6260 Skodje • Tel: 071-75 285

S.I.M.G. - JANSSEN PREIS 1987

SIMG - JANSSEN-prisen utdeles årlig og er opprettet for å stimulere til forskning i almenpraksis. Almenpraktiserende leger eller legegrupper fra Europa kan søke om prisen. Søknaden må være avfattet på tysk, engelsk eller fransk, og inneholde et resyme av protkollen på inntil 1000 ord. Prosjektet må være av betydning for almenmedisinen og ev. også kunne være gjennomførbart av tilsvarende enkeltleger eller legegrupper i andre land.

Prisen består av 30 000 Bf i forbindelse med at den blir utdelt og 20 000 Bf etter at arbeidet er avsluttet. Det er forutsatt at prosjektet skal være avsluttet innen 2 år etter utdelinga. Det er også forutsatt at mottakeren skal foredra resultat av prosjektet ved en SIMG-kongress.

Søknader sendes innen 30. november 1987 til:

Prof. Dr. R. De Smet
Jury Sekretar
Centrum voor Huisartsopleiding
Rijksuniversiteit Gent
Academisch Ziekenhuis
De Pintelaan, 185
B-9000 Gent (Belgie)

Norsk selskap for almenmedisin innbyr med dette medlemmer og ikke-medlemmer til kurs om

FORSKNING I ALLMENNMEDISIN

i Stavanger torsdag 15. oktober og fredag 16. oktober 1987.

Kurset er åpent for alle leger. Det er godkjent som emnekurs for spesialiteten allmennmedisin med tilsammen 15 timer. Kurset arrangeres i tilknytning til NSAMs årsmøte som holdes i Stavanger lørdag 17. oktober.

Kurset holdes på Victoria Hotel, hvor det også er muligheter for overnatting. Se bestillingsseddel og prisliste.

PROGRAM

Torsdag 15. oktober 1987

KVALITATIV FORSKNING — VITSKAPLEGE GRUNNLAGSPROBLEM

10.30 — 12.00 Vitskapen om legekunsten — natur — eller kulturvitskap? Overl. dr. med. Henrik R. Wulff Med. Gastroenterologisk Afd. Københavns Amts Sygehus, Herlev.

12.15 — 13.00 Refleksjon og handling — eit forsknings-metodologisk grunnlagsproblem. Professor, dr. philos Hans Skjervheim Filosofisk institutt, Universitetet i Bergen.

14.30 — 15.15 Deltakar og tilskodar — eit allmennmedisinsk dilemma. Hans Skjervheim.

15.30 — 16.15 Deltakande observasjon — ein antropologisk metode. Stipendiat Anne Karen Bjelland, Inst. for sosialantropologi, Universitetet i Bergen.

16.30 — 17.15 Frå observasjon til data — døme frå ein aldersheim. Anne Karen Bjelland

17.15 — 18.00 Paneldebatt — oppsummering.

ca 19.30 Teaterkveld for dei som ynskjer det. Rogaland Teater har lova å setja opp «Romeo og Julie»! Middag på Victoria Hotel etter framsyninga.

Fredag 16. oktober 1987

DEN ALLMENNMEDISINSKE HVERDAG SOM GRUNNLAG FOR FORSKNING.

09.00 — 09.45 Allmennmedisinske betraktninger. Kommunelege Eivind Vestbø, Finnøy.

09.45 — 10.30 Kan slike betraktninger være grunnlag for allmennmedisinsk forskning?

10.30 — 11.15 Paneldebatt — spørsmål.

11.15 — 11.30 Kaffe

11.30 — 13.00 «Allmennmedisinsk høstutstilling», frie foredrag, posters.

13.00 — 14.30 Lunsj

14.30 — 15.15 Presentasjon av det allmennmedisinske forskningspanorama idag, ved instituttene for allmenn/samfunnsmedisin.

15.15 — 15.30 Kaffe

15.30 — 17.00 Etikk, moral, forskning. Etiske sider ved helsebegrepet, og konsekvensene for allmennmedisinsk forskning. Universitetsrektor, dr. theol Inge Lønning, Universitetet i Oslo.

19.30 Festmiddag

Lørdag 17. oktober 1987

09.00 — 12.00 Årsmøte i Norsk selskap for almenmedisin.

Etter lunsj (ca. kl 14.00) blir det anledning til å bli med på KULTUR-TUR MED LEGESKYSSEN I RYFYLKE. Dette blir en kombinasjon av fart og sjøsprut med kulturhistoriske innslag ved **Elling Tjønneland.** Vi regner med at turen vil ta om lag fire timer. Dette er en enestående anledning til å se en for mange ukjent del av landet. Bli med!

Påmelding til frie foredrag ved henvendelse til bydelslege Olav Thorsen tlf. (04) 59 10 52, Kvernevik Helse- og Sosialsenter, 4048 HAFRSFJORD

PRISER

Kursavgift kr 500,-
(inkluderer kaffefe i fire pauser)

Opphold Victoria Hotel	enkeltrom	dobbeltrom
	(pris pr. person)	
Natta 14./15. okt. (frokost)	570	340
Natta 15./16. okt. (lunsj, middag torsdag, frokost fredag)	878	648
Natta 16./17. okt. (lunsj, middag fredag, frokost lørdag)	878	648
Natta 17./18. okt. (lunsj lørdag, frokost søndag)	693	463

Kost	
Middag torsdag 15. okt.	185
Festmiddag fredag 16. okt.	245
Lunsj	123/dag

Alle drikkevarer betales separat.

Teater kr 75,-.
Kultur-tur med legeskyssen i Ryfylke ca. kr 100,-.

PÅMELDING

Undertegnede melder seg herved på til NSAMs kurs i Stavanger i tida 15. oktober — 17. oktober 1987 og ønsker å bestille følgende tjenester gjennom NSB Reisebyrå:

REISE

Fly..... Tog..... Båt.....

Fra ..... Til Stavanger og retur

Ønsket avreisetidspunkt dato..... kl .....

Ønsket avreise fra Stavanger dato ..... kl .....

OPPHOLD

Enkeltrom ..... Dobbeltrom ..... ved Victoria Hotel ønskes

reservert fra ankomstdato ..... til avreisedato .....

FORPLEINING
(anfør antall personer)

	Lunsj	Middag
Torsdag 15.10.	.....	.....
Fredag 16.10.	.....	..... (festmiddag)
Lørdag 17.10.	.....	

TILLEGG

Jeg ønsker å delta på følgende arrangementer som betales ved ankomst til kurset:

	Antall personer
Teaterkveld torsdag 15.10.87	.....
Kultur-tur i Ryfylke lørdag 17.10.87	.....

PÅMELDING TIL KURSET UTEN BESTILLING AV ANDRE TJENESTER.....

Betaling for kursavgift, billetter, opphold og forpleining skjer når regning mottas. Billetter og matkuponger blir deretter tilsendt.

Navn .....

Adresse .....

Postnr. ..... Poststed .....

Tlf. arb. ..... Tlf. priv. .....

Underskrift .....

Påmeldingen er bindende.
Kursavgift kr 500,- inkluderer kaffefe i fire pauser.

Sendes: NSB Reisebyrå, Produksjonsavd., Jernbanetorget 1, 0154 OSLO 1

Grunnkurs i allmennmedisin

SORIA MORIA 7.-10. DESEMBER 1987

Arrangør: Norsk selskap for almenmedisin.

Kursleder og -komite: Herman Anker med veiledningsgruppe. Grunnkurset er obligatorisk for godkjenning som spesialist i allmenmedisin. Kurset vil legge vekt på egenaktivitet i grupper, med forberedelse til enkelte oppgaver.

Kursavgift kr. 900,-.

Påmelding innen 20.10.87 til Norsk selskap for almenmedisin v/May-Brith Mandt, Fr. Stangsgt. 11/13, 0264 Oslo 2. Deltakertallet er begrenset til ca. 40.

Mandag 7.12.87

08.30-09.00 Registrering.
09.00-09.30 Åpning. Presentasjon av deltakerne.
09.30-10.30 Hva er almenmedisin? Marit Hegde Næss/Signe Flottorp. Ole Berg. Christian F. Borchgrevink.
10.50-11.30 Forventninger til allmennpraksis. Fra pasientene: Ann-Marit Sæbønes. Fra myndighetene: Per Eggum Mauseth.
11.30-12.30 Panelsamtale.
14.00-15.15 Gruppearbeid.
15.30-16.30 Etikk og profesjonalitet. Åsa Rytter Evensen og Knut Erik Tranøy.
16.30-17.30 Gruppearbeid.
19.00-20.30 Middag

Tirsdag 8.12.87

09.00-10.00 Kommunikasjon og kultur: Innvandreres møte med norsk helsevesen. Berit Austveg og Willy Shanti.
10.00-10.45 Konsultasjonen og pasientrollen. Jørgen Jørgensen.
11.00-11.45 Konsultasjonen - hvordan gjøre den bedre? Anne Lise Holst.
11.45-12.30 Gruppearbeid med video som hjelpemiddel.
14.00-15.30 Gruppearbeid forts.
16.00-17.30 Gruppearbeid forts.

Onsdag 9.12.87

09.00-09.30 Den utbrente lege: Rapport fra hverdagen. Olav Rutle.
09.30-10.00 Hvordan kan vi ta vare å vår mentale helse? Otto Steenfeldt-Foss.
10.30-12.00 Gruppearbeid.
12.00-12.30 Hvordan holde flammen levende? Ola Lilleholt.
14.00-15.00 Gruppearbeid.
15.00-16.00 Allmennpraksis i kommunehelsetjenesten - trivsel og innflytelse. Peter F. Hjorth og Tor Inge Romøren.
16.30-17.30 Gruppearbeid.

Torsdag 10.12.87

09.00-10.00 Samarbeid og konflikt - er det mulig å samarbeide med almenpraktikeren? Øystein Pihlstrøm, Marit Kise. Kjersti Haug.
10.30-12.30 Gruppearbeid.
14.00-14.20 Hvorfor forske i allmennpraksis? Dag Bruusgaard.
14.20-14.40 Fra ide til prosjekt. Jens Eskerud.
14.40-15.00 Evaluering av egen praksis. Kirsti Malterud.
15.30-16.30 Gruppearbeid.
16.30-17.00 Evaluering - avslutning.

5. nordiske kongress i allmennmedisin i Reykjavik

Frode Heian

Det var med helt spesielle forventninger vi nærmet oss Island på vei til almenmedisinsk kongress. Faglige - etter å ha deltatt på de to foregående kongresser i Tammersfors og Lund. Sosiale - fordi islendinger forekom oss et spennende vertskap. Geografiske og historiske - av grunner alle nordmenn kjenner.

Et glimt ut av vinduet i det vi gled inn over øya ga ekstra næring til forventningene. En forrevet kyst, det golde landskapet med grågrønne sletter og Vatnajøkul i blendende solskinn garanterte liksom allerede for rammen for kongressen. Det samme gjorde mottagelsen i Laugardalslaug, et digert svømmebasseng med rykende vann mot den kjølige forsommerlufta. De fleste kongressdeltagerne hoppet i, og gjensynet med venner og kolleger var artigere enn vanlig. En famlende hilsen mot et undervanns håndtrykk ble fort avløst av en god klem, og med "hangakjøt" og lefse i hendene satte vi oss snart til rette i en av de "heite pottur" langs sidene av bassenget mens praten gikk.

Det nytter selvsagt ikke å gi noe fyldestgjørende referat fra det faglige innholdet. Hovedemnet var forebyggende medisin, men kongressen inneholdt et tverrsnitt av almenmedisinsk virksomhet i Norden nå, fra datasystemer til samtalegrupper, fra smalspektret forskning til erfaringer fra jordnær praksis. Kombinasjonen poster-sessions/plenumsforedrag/seminarer ga muligheter for et mentalt vekselbruk som gjorde det mulig å få med mer i løpet av de få hektiske dagene kongressen varer. Kvaliteten er selvsagt vekslende, men uten å være sjåvinistiske mener vi at de norske bidragsyterne hevdet seg godt. Innholdet i en nordisk kongress er adskillig mer oversiktlig enn f.eks. verdenskongressen i London var, men likevel over grensen for hva hver enkelt deltager kan få med seg. Og selvsagt er det alltid interessante emner som kolliderer i tid slik at man må nøye seg med teksten i abstractheftet og sporadiske referater. Noe av dette problemet ble løst ved at noen av seminarene faktisk ble kjørt to ganger, en god ide.

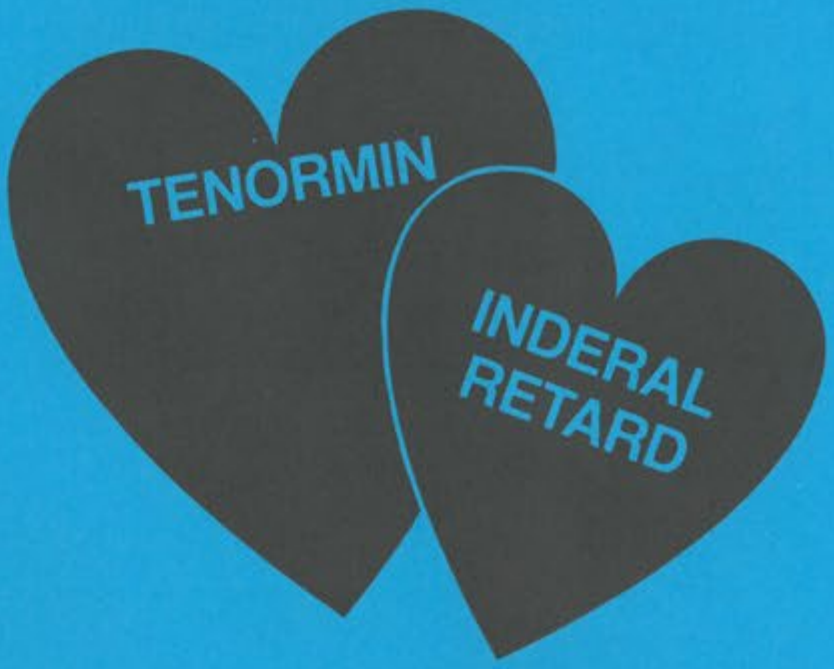
Banketten var som banketter flest, bortsett fra talene som med ett hederlig unntak var overraskende dårlige. Her var det mye å lære av Reykjaviks borgermester som ved mottagelsen i Kjarvalsstadir før middagen virkelig viste hva det er å ha ordet i sin makt, men vi vil tro at nordiske almenpraktikere kan bedre. Kanskje det er en ide å få noen kvinnelige kolleger til mikrofonen neste gang.

Muligheten til å se en del av Island var utvilsomt en sterkt medvirkende årsak til at dette ble den største almenmedisinske kongressen til nå (forøvrig også den største kongressen som noengang er avviklet på Island). Det gir en spesiell stemning stadig å treffe på boblende og sydende vann i jordsprekker langs landeveien, og turene til Geysir, Gullfoss, Tingvellir, Vestmannaeyar m.m. ga sterke inntrykk.

Takk til det islandske vertskapet for et uforglemmelig opphold.

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris



. . . begge er resultater av ICI's
originale legemiddelforskning

ICI

For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.
KAPSLER *150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:*
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk. kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60. 30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakolinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- **Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci.** (2).
- **Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2:**

a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{\text{30 pkn}}{2}$ **til**
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske paramentre ved steady-state for lymecyclin og doxycyklin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostastisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) *Mårdh, Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) *Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecycline and doxcycyline in serum and suction blister fluid, Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) *A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) *Carenfelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) *L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.*

Verakard

(verapamil)

til behandling av bl.a.:

- ***Høyt blodtrykk***
- ***Angina pectoris***

HVORDAN SPARE 44%? NYE PRISER PR. 1/3 - 87.

Pakninger og priser pr. 1.3.87:

Injeksjonsvæske: 5 amp. á 2 ml kr. 18,15.
Infusjonskonsentrat:
6 hettegl. á 20 ml kr. 182,05.
Tabletter:

40 mg:	30 stk. kr.	21,75.
	100 stk. kr.	41,70.
80 mg:	30 stk. kr.	38,15.
	100 stk. kr.	82,05.
	250 stk. kr.	171,05.
120 mg:	30 stk. kr.	55,25.
	100 stk. kr.	123,80.

NYCOMED

Legemidler

Postboks 4284 Torshov, 0401 Oslo 4.
Tlf. (02) 22 62 60.

RK Grafisk A/S

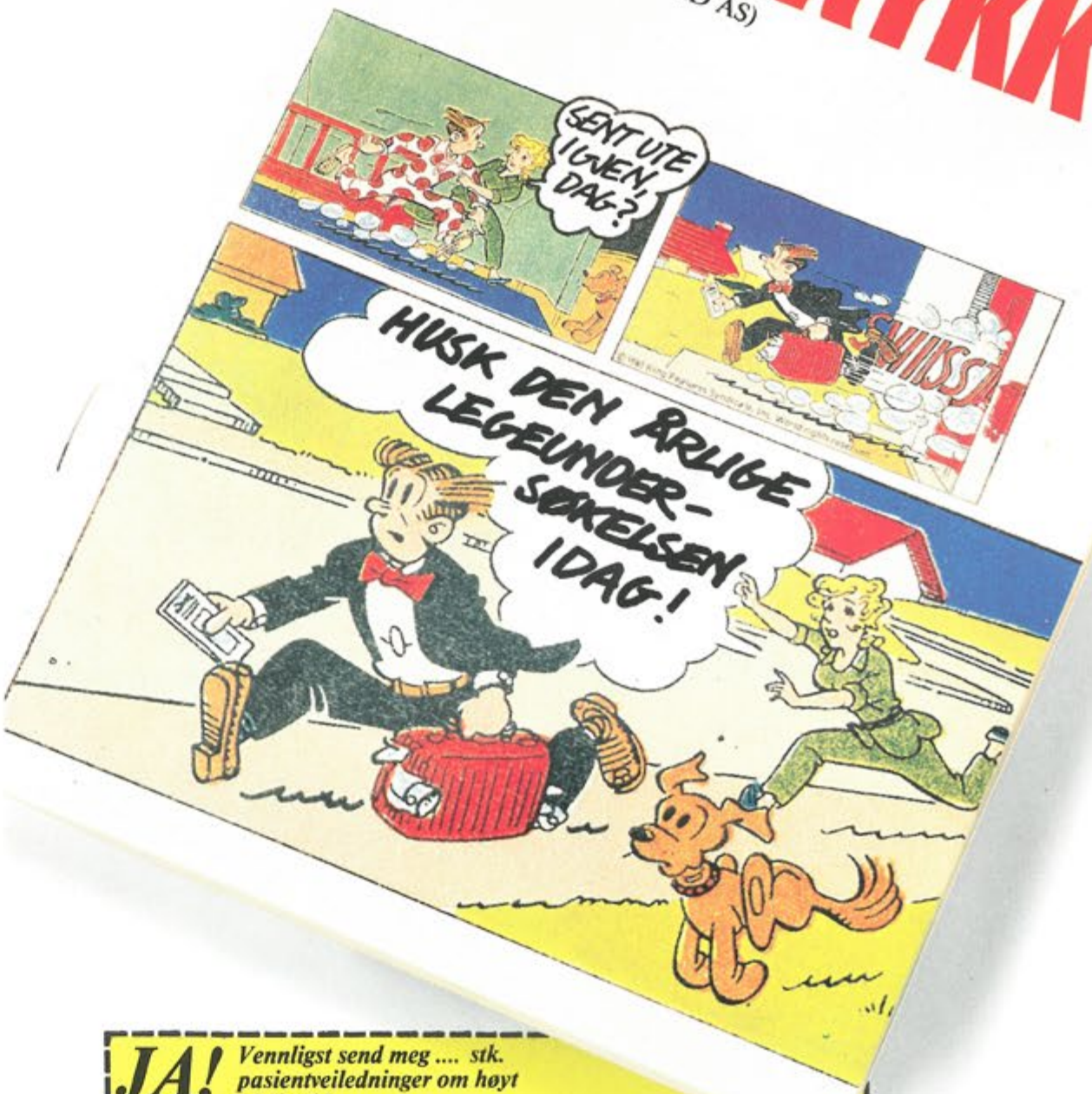
Stendahl RRA 60

Se felleskatalogen.

PASIENTVEILEDNINGEN
er utarbeidet for bl.a. å:
- motivere pasientene til å endre levesettet
- lette helsepersonellets kommunikasjon og arbeid med pasientene

HØYT BLODTRYKK?

(En veiledning fra NYCOMED AS)



JA! *Vennligst send meg .... stk. pasientveiledninger om høyt blodtrykk.*

Navn: _____

Postadresse: _____

_____

Kupongen sendes til Nycomed A/S, Postboks 4284, Torshov, 0401 OSLO 4.

NYCOMED
Legemidler

Postboks 4284 Torshov, 0401 Oslo 4.
Tlf. (02) 22 62 60.