



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Hoste og infeksjoner

Vi har sett på TV og lest i aviser om den farlige nye sykdommen SARS. Mange har ment at SARS-smitte skjer gjennom dråpe-smitte, det vil si når man hoster eller nyser.

Jeg ber nå leseren å foreta et eksperiment: Jeg ber Dem å hoste sterkt. Nå er spørsmålet: Hvordan har De hostet? Har De hostet rett i luften, slik de fleste gjør? Har De plassert hånden foran munnen, slik at hostedråpene ikke skal spre seg ut i luften? Hvordan har De holdt hånden?

Har De satt den innerste håndflaten foran munnen, for å dekke munnen, eller har De satt håndbaken tett til munnen, eller har De hostet inn i albuehasen?

Gjennom 40 år i allmennlegepraksis har jeg gjort den erfaring at de fleste av mine pasienter enten har hostet rett i luften eller lagt håndflaten foran munnen, slik at når man tar på ting, dørhåndtak for eksempel, eller gir hånden til andre, kan infeksjon overføres.

Jeg ble som barn i Ungarn før krigen opplært av min mor til å holde min venstre håndbak tett til munnen når jeg hoster eller nyser, slik at jeg hindrer dråpesmitte, og når jeg bruker hånden for å stille en nesekløe, til å gå og vaske hendene mine. Dette har vi lært i Ungarn av dr. Ignaz Semmelweis, som beviste hvor viktig det var å vaske hendene for å hindre barsel-feber og andre infeksjoner.

Jeg tror at ved å lære opp befolkningen og spesielt helsepersonellet til å hoste, nyse og klø seg i nesen på en riktig måte ville vi kanskje kunne minske forekomsten av sykehusinfeksjoner.

Imre Hercz
Høvik

Fondet for danske medisinske studenter

I 1945 fikk 120 norske studenter muligheter til å studere medisin i København og Århus. Fra 1980-årene har de ferdige leger samlet inn midler for danske medisiner fra København til et studieopphold på Beitostølen Helsesportsenter i Valdres. Her har de deltatt som hjelpeinstruktører i det mangslungne opplegg for klienter med forskjellige medisinske lidelser. Danskene har deltatt både i innen- og utendørsaktiviteter og har lært en god del handikapmedisin. De har fått kontakt med studenter fra

mange faggrupper. Fondets styre er svært takknemlig overfor Beitostølen Helsesportsenter, dets styre og overleger.

Fondets styre har tidligere i Tidsskriftet og ved kontakt med givernes foreslått et nytt styre der barn til studentene fra 1945 som har studert medisin i Danmark, kommer med i styret. Vi har også ønsket at Aarhus Universitet skulle komme med i ordningen. I samarbeid med avdelingsoverlege Håkon Dalen ved Beitostølen Helsesportsenter kommer det fra 2004 tre danske studenter til Valdres til en lærerik uke.

Fondets kapital var 31.12. 2002 på 263 030,26 norske kroner.

Carl Severin Albretsen
Asker

Turnustjeneste i psykiatri

I Tidsskriftet nr. 11/2003 tar president Hans Kristian Bakke opp spørsmålet om turnustjeneste i psykiatri (1). Psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Østfold hadde gleden av å ha turnusleger fra 2000 til 2002 som del av tredelt turnustjeneste. Flere av dem er kommet tilbake som leger under spesialisering. Forventninger om økt rekruttering til faget var derfor stor da Helsedepartementet tidligere i år gikk ut med at turnustjeneste i psykiatri skulle innføres. Desto større var skuffelsen da vår egen president sammen med helseminister Dagfinn Høybråten allikevel gikk inn for å utsette innføring av ordningen, i påvente av nok en utredning (1).

Pasienter med psykiatriske lidelser utgjør en betydelig andel av allmennpraksis. Depresjoner nærmer seg hjerte- og karsykdommer hva angår mortalitet og morbiditet og er viktigste årsak til leveår med funksjonstap, med derpå følgende utslag på sykefraværstatistikken. I tillegg til spesi-fikk kunnskap om de enkelte psykiatriske lidelser vil psykiatritjeneste kunne bidra til større innblikk i selve lege-pasientforholdet og øke forståelsen for betydningen av god kommunikasjon. Alle leger som senere skal arbeide med pasienter i klinisk praksis vil være tjent med dette.

Mye av motstanden blant leger innen somatiske fag mot å innføre av turnustjeneste i psykiatri knyttet seg til reduksjon av kirurgi og medisin fra seks til fire måneder. Fire måneder er også snaut, enten det dreier seg om kirurgi, medisin eller psykiatri. Det bør være fag og kvalitet som råder grunnen,

ikke varierende prognoser på fremtidig legetilgang. Det bør være plass til seks måneders turnustjeneste både innenfor psykiatri, medisin og kirurgi. Veilederkapasiteten er ikke uvesentlig, men for å komme videre med oppbygging av faget, må vi jobbe fra bunnen av, og turnustjeneste virker rekrutterende. I Sverige og Danmark må en kommende allmennpraktiker gjennom femårig blokkutdanning med seks måneders tjeneste innenfor de fleste kliniske disipliner. Her i Norge kan man slå seg ned på hjørnet etter 18 måneders turnustjeneste.

Takstsystemet i allmennpraksis honorerer først og fremst forskjellige tekniske intervensjoner. Er det «for lite penger» i psykiatriske pasienter? Hvis mye av problemet ligger her, er det grunn til å revurdere avlønningssystemet for fastlegene for å få mer fastlønn og mindre takstsinntekter. Hvorfor er vår egen president, selv allmennpraktiker, ikke i stand til å innta en mer offensiv holdning for oppgradering av faget psykiatri?

Jarle B. Johansen
Sykehuset Østfold

Litteratur

1. Bakke HK. Turnustjenesten – hva skal innholdet være? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1575.

Presidenten svarer:

Min leder i Tidsskriftet nr. 11/2003 (1) var ikke ment som en argumentasjon mot innføring av psykiatri som del av turnustjenesten. Tvert imot mener jeg det er god grunn for å gjøre det som er nødvendig for å se om det er mulig å innføre slik tjeneste innenfor de rammer som er satt for turnustjenesten. At slik tjeneste både vil kunne innebære nyttig faglig ballast for kommende allmennleger og virke rekrutterende til faget psykiatri, er det også bred enighet om. Det er også stor grad av enighet om at turnustjenesten ikke bør utvides utover dagens 18 måneder og at seks av disse skal være i allmennmedisin hvor man møter, og får veiledning i forhold til, et bredt spekter av sykdommer, inkludert en ikke liten del psykiske lidelser. Et begrenset og for lite antall turnusplasser i tillegg til at det er ferdige spesialister helsevesenet først og fremst vil mangle i årene som kommer, er viktige grunner til at man ikke ønsker en utvidelse.

Jeg er imidlertid av den oppfatning at man ikke må bli så offensiv i arbeidet med

å finne plass til psykiatri i turnus at man taper formålet med tjenesten (1) av syne. Nødvendig erfaring med akutte tilstander er fortsatt en viktig del av formålet, også for dem som senere skal bli allmennleger. Før vi eventuelt går inn for en endring, ønsker Legeforeningen å vite om dette kan ivaretas samtidig som man bruker noe av tiden på psykiatri.

Beskrivelsen av norske allmennmedisinerne som «slår seg ned på hjørnet etter 18 måneders turnustjeneste» er jeg uenig i. De som starter som allmennleger i dag søker en hjemmel. De må i løpet av få år også ha veiledet tjeneste i 1,5 år utover turnus for å kunne arbeide selvstendig for trygdens regning, og regelen er at de straks starter sin spesialistutdanning i faget allmennmedisin. Denne spesialistutdanningen bygger på andre prinsipper enn i Sverige og Danmark, men jeg tror ikke det kan hevdes at den faglig står tilbake for det som er etablert i våre naboland.

Det er ikke umiddelbart lett å se hva avlønningsform og takstsystem for allmennlegene har med denne saken å gjøre. Det kan imidlertid nevnes at vi i arbeidet med å utvikle systemet de siste årene nettopp har prioritert takster i forhold til arbeid med psykisk syke og pasienter med rusproblemer. Vi har måtte kjempe hardt for dette i forhandlingene, men jeg vil hevde at vi har hatt en viss suksess og dette har klart hatt prioritet foran «tekniske intervensjoner».

Hans Kristian Bakke

Den norske lægeforening

Litteratur.

1. Bakke HK. Turnustjenesten – hva skal innholdet være? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1575.

En lønnsparodi?

Det er en vanlig torsdag – en solfin juni-kveld, om enn litt kjølig. Det er noe eget med frikveld, selv om man etter 25 år som spesialist fortsatt elsker jobben. Vel, ikke helt fri. Arbeidsgiver leier ut PC til kr 832 per måned, så temperaturen gjør at man sitter foran denne og ser over litt beleggstatistikk. Rødvinsglasset som skal sikre evig liv, har man latt stå pga. litt ugreie i gastrointestinaltractus.

Telefonen ringer. Det er en kollega som har vakt. Bemanningen er jo marginal på vakter, så nå er da den ikke helt uvanlige situasjon igjen oppstått. Kollegaen er opptatt med tvillingforløsning, og det er et akutt keisersnitt som må gjøres. Man bor ganske nær, så bilen triller raskt de 2,5 kilometerne. Verre er det med parkeringsplass. Parkeringsetaten på sykehuset er nidkjær. Man tar sjansen på plassen til blodgiverne, og i kveld går det bra. Ingen bot på kr 400 denne gangen.

Keisersnittet går lett og greit, det òg. Til tross for at det var akutt, så er det frisk mor

og friskt barn. Marginene var på vår side denne gangen, heldigvis. Før det er gått en time er man igjen hjemme. Det er tid for å sende datafilene til sykehusmaskinen som man slipper å lease, og så å skru av.

Nå vel, man må ta seg tid med det økonomiske. Man slår opp. En time «tilfeldig overtid». Det er 0,08 % av basislønn, finner man ut. Kalkulatoren regner fort ut: kr 395 brutto. Fem kilometer biltur. For lite til å bry med reiseregning. Man er ikke smålig. Gudskjelov at man ikke fikk parkeringsbot.

Ingolf Flateland

Sykehuset Østfold Fredrikstad

Viktige spørsmål om fastlegeordningen ennå ikke stilt

I Tidsskriftet nr. 10/2003 presenteres interessante tall fra evalueringen av fastlegeordningen. Til tross for at han fant en signifikant reduksjon i den generelle tilfredsheten blant allmennleger bare ett år etter innføringen av fastlegeordningen, konkluderer Høgne Sandvik med at «erfaringene med fastlegeforsøket indikerer likevel optimisme på vegne av fremtiden» (1). I en engelsk undersøkelse var andelen allmennpraktikere som hadde til hensikt å slutte med direkte pasientkontakt økt fra 14 % i 1998 til 22 % i 2001; årsaken var nettopp lavere jobbtillfredshet (2). I en omtale av studien i Tidsskriftet uttaler Per Hjortdahl at «norske undersøkelser har vist at strukturelle forhold som lang arbeidstid, mindre autonomi og økonomi påvirker allmennpraktikerens tilfredshet» (3). Det er etter min vurdering grunn til å stille spørsmålet: Er det noe som evalueringen av fastlegeordningen ikke har fanget opp?

Fastlegeordningen handler ikke bare om listestørrelse, listetak, henvisningspraksis og antall konsultasjoner per uke, men også om kommunale bistillinger og legevakt. Steinar Westin har rett i at avstanden til den eller de ansvarlige er blitt betydelig kortere (4). Nettopp ansvarliggjøringen av allmennlegen er blitt fremhevet som en av fastlegeordningens største fordeler. Problemet er at det samme veldefinerte ansvaret er i ferd med å sette allmennleger gjentatte ganger i en vanskelig, om ikke umulig situasjon. Man skal til enhver tid ha ansvar for pasienter på egen liste, ikke bare under ferie- og kursfravær, men også under eget fravær i kommunal tjeneste. Man har imidlertid ikke anledning til å leie inn vikar ved fravær i kommunal tjeneste. Arbeidet skal gjøres av andre leger på kontoret, noe som er vanskelig når kommunen samme dag sender en lege på helsestasjon og en annen på tilsyn i sykehjem. Samtidig skal man delta i legevakt, en ordning som ikke lenger betjener øyeblikkelig hjelp-behov i ordets

egentlige betydning, men mer fungerer som allmennpraksis med utvidet åpningstid (5).

Vektlegging av deltakelse i legevakt er en viktig del av en total evaluering av fastlegeordningen. Forsatt har allmennleger totale arbeidsøkter på opptil 32 timer. Vaktbelastning er sett på som en av viktigste årsakene til manglende rekruttering og stabilisering av legetjenesten i Vesterålen, skrev Anders Svensson nylig i Utposten (6). Evalueringen av fastlegeordningen må gjøres mer grundig og belyse flere strukturelle forhold enn det som er gjort til nå. Det er grunn til å spørre hvorfor jobbtillfredsheten er synkende.

Bjørn Otterlei

Molde

Litteratur

1. Sandvik H. Fastlegeordningen – forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1319.
2. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 2003; 326: 22–4.
3. Hem E. Flere allmennpraktikere vil slutte. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 5: 596.
4. Westin S. Virker fastlegeordningen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1318.
5. Tollefsen LH, Amundsen A, Kolstrup N. Fastlegeordningens betydning for legevaktøkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1327–9.
6. Svensson A. Hvorfor Vesterålen ikke har interkommunal legevaktssentral. Utposten 2003; 32, nr. 3: 29.

S. Westin svarer:

Bjørn Otterlei har selvsagt rett i at en evaluering som ikke stiller spørsmålene bredt nok, kan gi villedende svar. Poenget med min lederartikkel i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1) var nettopp å peke på at ordningen ikke bare bør vurderes ut fra hvordan den rene pasientbehandlingen fungerer. Ordningens innvirkning på samarbeidsrelasjoner, på forholdet til kommunene og på de samfunnsmedisinske oppgavene, bør også settes under lupen. Problemet er at disse spørsmålene ikke er helt lette å besvare, om de i det hele tatt stilles. Det er ikke lett å evaluere det usynlige: Godt samfunnsmedisinsk arbeid er best når det er usynlig, når de grep vi står bak bidrar til at folk ikke blir syke. Det kan være grunn til å frykte at privatiseringselementet og den sterke stykkprisinnretningen i fastlegeordningen kan svekke blikket for arbeid som retter seg mot grupper og samfunn.

Den type knirk i samarbeidet med kommunen som Otterlei nevner, bør det være lettere å måle. Men spørsmålet er om slike vansker egentlig skyldes fastlegeordningen? En fungerende legevaktordning må befolkningen ha i alle fall og legetjenesten ved sykehjemmene må dekkes. I det hele tatt: Når arbeidsøktene blir for mange og for lange – og det er de mange steder – da er det rekrutteringen og bemanningen i primærhelsetjenesten vi må ta for oss, ikke