

alle barn i forskjellige aldersgrupper som pr. siste dag i kvartalet er bosatt i distriktet. Disse oversikter har vært til god hjelp, særlig ved innkalling av 2- og 4-åringer til helsekontroll.

EDB er videre tatt i bruk for utskrivning av innkallingsbrev, og ved fastsettelse av fremmøtedag og -tidspunkt.

Oversikt over barnas helseforhold fremskaffes fra Medisinsk fødselsregister som samler og utarbeider et resymé av standardiserte undersøkelser av barna på senere alderstrinn.

Den bruk av EDB som det er lagt

opp til ved Tertnes helsestasjon, letter planleggingsarbeidet, bedrer oversikten over helsestasjonsarbeidet og er arbeidsbesparende for helsesøster.

#### Litteratur

1. Bakketeig, L. & Bjerkedal, T.: Helsekontroll og helseforhold i første leveår. Universitetet i Bergen, Institutt for hygiene og sosialmedisin, 1972 (stensil).

2. Bakketeig, L., Bjerkedal, T. & Heide, T.: Helsekontroll av barn i første leveår. T. norske Lægeforen. 1975, 95, 953-957.

3. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet: Lov om helsestasjoner og helse tiltak blant barn m. v. med forskrifter, retningslinjer og fortolkningsrundskriv m. v. I - 1989, Oslo 1974.

4. Statens Institutt for Folkehelse: System for Vaksinasjonskontroll - SYSVAK, Prosjektnotat nr. 1, Oslo 1974.

5. Steen, J.: 4-årsundersøkelsen ved helsestasjonen, SMM, 1975, 3, 5-9.

6. Østby, L.: Hvem flytter i Norge? Tendenser i flytteeffekten sammenhengende etter 1950, Statistisk sentralbyrå, Artikler nr. 73, Oslo 1975

## Diagnoselister i almenpraksis<sup>1</sup>

De senere år har vi også i Norge sett en økende interesse for registrering av sykdommer og problemer i den primære helsetjeneste. Praktisk brukbare klassifikasjonslister er en forutsetning for slik registrering. Fordi det finnes en rekke forskjellige lister i bruk, har Almenmedisinsk forskningsutvalg tatt initiativ til en analyse av de viktigste og til å vurdere egnede bruksområder. Hensikten er å bidra til at samme type undersøkelse blir gjennomført med samme type klassifikasjonsliste i de forskjellige deler av landet. Et utvalg bestående av Telje, Bentsen og Hjort har arbeidet med dette, og vi gir her en oversikt over problemene.

#### Alternativene

Når man skal velge diagnoseliste for et formål, står man overfor det dilemma at listen bør være både detaljert og enkel. Det er vanskelig å forene disse 2 hensyn, og dette har ført til at det er 3 hovedtyper av lister:

- En liten type med bare ca. 20 diagnostiske hovedgrupper. Av denne typen er det bare ett alternativ.
- En mellomstor type med ca. 400 diagnoser. Det finnes tallrike slike lister, alle mer eller mindre tilpasset almenpraksis, og vi mener at valget står mellom 2 slike lister.
- En stor type med ca. 2 000 diagnoser, spesielt egnet for sykehusmedisinen. Her er det bare ett alternativ.

For norsk primærmedisin mener vi at diskusjonen kan begrenses til 4 hovedalternativer av lister (tab 1).

*Hovedkapitlene* fra den interna-

<sup>1</sup> Utredning avgitt til almenmedisinsk forskningsutvalg

*Jo Telje, Bent Guttorm Bentsen og Peter F. Hjort*

sjonale klassifikasjonsliste (International Classification of Disease = ICD) med 18 diagnosegrupper (13). Eventuelt kan denne utvides til 22 grupper ved å spalte opp kapittel 2 i maligne og benigne tumores, kapittel 6 i nervesystemets sykdommer, øyesykdommer og øresykdommer, og kapittel 10 i urinveienes og genitalias sykdommer. Dette er en enkel, håndterlig og oversiktlig liste. Den er vel egnet i almenpraksis og krever ikke hjelpepersonale eller maskinell bearbeidelse. Det er publisert en rekke undersøkelser som bygger på denne inndeling fra Norge og Europa for øvrig. Ulempen er selvsagt at listen mangler alle detaljer, og det er umulig å hente ut enkeltsykdommer av spesiell interesse.

Den svenske forkortelse av ICD (Diagnoskod för öppen vård) med

ca. 320 grupper (12). Her samles en rekke sjeldne og spesielle diagnoser i samlegrupper, betegnet med R. Listen er under revisjon og vil foreligge i ny utgave høsten 1976. Diagnoselisten er publisert i et lite hefte fra Sosialstyrelsen, og den er enkel å arbeide med. Den nåværende listen mangler imidlertid alfabetisk stikkordregister, noe som er nødvendig når ikke-medisinsk personell skal bruke listen ved koding. En rekke publiserte praksisregistreringer bygger på den svenske diagnoseliste (3-5). Ulempene er i første rekke at den mangler en del viktige diagnosegrupper som ikke er uvanlige i almenpraksis, og som er av interesse ved en rekke forsøksopplegg. Foreløpig mangler den også egne grupper for sosiale problemer.

WONCA's liste, International Classification of Health Problems in Primary Care, forkortet ICHPPC, med 355 grupper + 16 tilleggsklassifikasjoner for sosiale problemer. WONCA er en internasjonal organisasjon av

Tabell 1

	ICD - hovedgrupper	Diagnoskod for åpen vård	WONCA's liste (ICHPPC)	ICD
Antall koder	18, eventuelt 22	ca. 320	355 + 16	ca. 1 900
Antall siffer	2	3	3-4	4, eventuelt 5
Brukes av sykehusene i Norge	-	-	-	Ja
Har med sosialmedisinske diagnoser	-	-	Ja, 16 koder	-
Konklusjon	Kan brukes til enkle registreringer	Disse egner seg til mellomstore registreringer i almenpraksis. Vi foretrekker ICHPPC		Nødvendig for detaljert registrering

almenpraktikerinstitutter (World Organizations of National Colleges, Academies and Academical Organizations of General Practice/Family Medicine).

Den har laget en egen diagnoseliste spesielt beregnet for almenpraksis og poliklinikker. Listen er basert på praksisundersøkelser, og den skulle erstatte hele konglomeratet av forkortede diagnoselister med én gjennomarbeidet liste som kunne vinne internasjonal tilslutning. Utgangspunktet var dels at ICD i for høy grad var tilpasset sykehusmedisinen, og dels at mange problemer i almenpraksis ikke lot seg klassifisere etter denne listen. Eksempler på nye diagnosegrupper er:

Unormal, uforklart biokjemisk prøve, misbruk av tobakk, uteblivelse av ventet fysiologisk utvikling, tumor eller hevelse ennå ikke diagnostisert.

ICHPPC synes nå internasjonalt akseptert, f. eks. har Royal College of General Practitioners anbefalt den. Derimot er den ennå ikke tatt i bruk i Norden. Listen er oversatt til norsk, men mangler foreløpig alfabetisk stikkordregister for diagnosene.

For forskning i almenpraksis er det en ulempe at listen opererer med samlegrupper for mange spesifikke sykdomsenheter. Listen er også så ny at den har visse «barnesykdommer». Brukere av listen må derfor på forhånd gjøre seg kjent med hvilke spesielle diagnoser og diagnosegrupper den ikke fanger opp, og sørge for at dette ikke blir til skade for undersøkelsens formål.

ICD's 8. revisjon med ca. 1900 diagnosegrupper. Denne diagnoseliste utgis i Norge av Statistisk Sentralbyrå under titelen Standard for gruppering av sykdommer, skader og dødsårsaker (13) og er tatt i bruk ved alle sykehus. Det arbeides med en 9. revisjon som blir oversatt til norsk i løpet av 1977, og som blir tatt offisielt i bruk i 1979. Endringene synes å bli relativt beskjedne, bortsett fra kapitlet om helseattester, graviditetskontroller osv., (Y-listen), som blir endret og betydelig utvidet blant annet for å få med sosiale problemer. Listen har detaljert stikkordregister, som gjør at ikke-medisinsk utdannet hjelpepersonell kan benytte den ved koding. Ulempen er først og fremst at listen er svært stor og ofte for spesifisert for almenpraksis, samtidig som den mangler en del tilstander av spesiell interesse. For optimal bruk forutsettes godt kjennskap til listens oppbygning; særlig lett feilkodes symptomdiagnoser, som er plassert i eget symptom-

kapitel og ikke under de respektive organsystemer hvor symptomet har sitt utspring. Listen er så stor at den vanskelig kan brukes i daglig praksis.

### Bruksområder

Valget av en egnet liste avhenger av flere forhold, som omfang av registrering, rutiner ved gjennomføring, arbeidsbelastning, kunnskap om og interesse for sykdomsklassifisering, mulighet for hjelp ved koding og tilgang på EDB-utstyr ved bearbeidelse. Viktigst er imidlertid selve hensikten med registreringen, og vi gir en kort oversikt over noen områder hvor klassifiseringen inngår som en viktig del av undersøkelsen, men hvor krav til spesifisering varierer.

*Praksisbeskrivelser.* Dette er en tradisjonell form for undersøkelse i praksis, og den gir informasjon som er godt egnet til sammenlignende studier. Man kan blant annet identifisere spesielle særtrekk ved en praksis som kan skyldes både legens arbeidsrutiner og praksispopulasjonen. De arbeider som er publisert i Norge, har som regel tatt utgangspunkt i hovedkapitler i klassifikasjonslisten (1, 10, 14), men mer detaljerte lister har også vært brukt (2, 7).

*Diagnosekartotek.* Et slikt kartotek har generell informasjonsverdi i praksis, men også et klart servicepreget aspekt. Pasienter med spesielle lidelser kan identifiseres og gis tilbud om kontroll, helseinformasjon, nye behandlingstilbud osv. For dette formål bør klassifikasjonslisten minst ligge i mellomklassen, dvs. 300–400 sykdomsgrupper.

*Undervisningshensyn.* Både i det medisinske studium og i videre- og etterutdannelsen av almenpraktiserende leger trenges informasjon om sykdomsmønstre i praksis. Dette har både et kvantitativt aspekt; oversikt over de hyppigste lidelser, og et kvalitativt aspekt; oversikt over spesielt alvorlige sykdommer og symptomer. Et eksempel på dette er Hodgkins lærebok i almenmedisin Towards earlier diagnosis (6) og Bentsens store praksisundersøkelse fra Vormsund (2). Klassifiseringen må tilpasses formålet, og det er 3 hovedtyper av undersøkelser:

- «Tracer diseases», hvor man bare er opptatt av noen få utvalgte sykdommer.
- Oversikt, hvor man må velge liste etter formålet. Alle 3 typer av lister kan komme på tale.
- Detaljerte undersøkelser som også omfatter sjeldnere sykdommer,

eventuelt med inndeling i forskjellige stadier etter alvorlighetsgrad, sikkerhet i diagnosen etc. Her kan endog den fullstendige ICD være utilstrekkelig.

*Funksjonsundersøkelser.* Dette er en utvidelse av praksisregistreringer, hvor diagnoser/problemer er en av mange variable i en oversikt over funksjoner i praksis. Hvordan varierer forskjellige diagnostiske prosedyrer og behandlingsmessige tiltak med pasientenes problemer, alder, kjønn, bosted osv.? Her er det som regel ønskelig med mest mulig spesifisert diagnose, f. eks. for å kunne hente ut fra forskjellige hovedkapitler problemer i ett organsystem, men av forskjellig etiologi.

*Epidemiologisk forskning.* Denne type forskning vil ofte konsentrere seg om spesifikke diagnoser og symptomer i bestemte populasjoner. Til klassifisering her synes det ønskelig med en mest mulig detaljert liste. Ofte vil sykehusdata inngå i arbeidet, og man må sikre at klassifiseringene harmonerer.

*Sosialmedisinsk forskning.* En metode er å undersøke sammenhengen mellom forskjellige sosiale variabler og diagnosene, en annen er å følge forløpet av bestemte sykdommer i relasjon til sosial funksjon, og tredje er å registrere mer generelt omfanget av sosiale problemstillinger i praksispopulasjoner. Bare WONCA's liste har i dag egne diagnosegrupper for sosiale problemer i en egen tilleggsklassifikasjon, men dette blir innarbeidet i den 9. revisjon av ICD. Sosialmedisinsk forskning krever imidlertid ofte mer inngående og kasuistikkpregede analyser, og ingen av disse klassifikasjonslistene kan dekke så spesielle behov.

*Helsetjenesteforskning.* Her tenkes på kostnad/nytteanalyser, f. eks. i relasjon til spesielle behandlingsopplegg for bestemte sykdomsgrupper. Hvilke pasientgrupper behandles på hvilke nivåer i servicesystemet, og hva medfører dette av utgifter på de ulike nivåer? Også her vil opplysninger fra sykehus og poliklinikker ofte inngå, og man bør derfor velge en klassifikasjonsliste som samsvarer med disse data.

### Momenter ved valg av klassifikasjonsliste

*Pålitelighet.* I daglig praksis er diagnosen en merkelapp på et problem, og den gir grunnlag for behandling, kontroll og prognose. I forsknings-sammenheng er diagnosen et nødven-

dig redskap for analyse av problemer. Den krever klare definisjoner og standardisering av ord og uttrykk. Diagnosene bygger på en blanding av etiologiske, patologiske, anatomiske og symptomatiske forhold. Ingen av de foreliggende klassifikasjonslister løser disse problemene, som vil kreve omfattende arbeid med definisjoner.

En stor del av diagnosene i almenpraksis er foreløpige og usikre, og klassifiseringen må gi mulighet for å avspeile dette. Målet for enhver klassifikasjon er at diagnosekoden i så høy grad som mulig gir uttrykk for det reelle sykdomsbilde pasienten presenterer for legen. Ved for snevre kodelmuligheter kan resultatet lett bli at sykdomsbildet klassifiseres etter prinsippet «hugg en hæl og klipp en tå», og med tilsvarende lav pålitelighet (8, 11). Når legen selv både diagnostiserer og koder, kan resultatet bli at diagnosene blir tilpasset hans kjennskap til de foreliggende muligheter i den klassifikasjonsliste han bruker. På den annen side vil legens kunnskap om prinsipper og detaljer i kodelisten også kunne virke i gunstig retning og fremme systematikken i den diagnostiske prosess.

*Hvem skal kode?* Hvis det forutsettes at legen både skriver diagnose, klassifiserer denne og foretar analysen manuelt, krever dette en så enkel diagnoseliste som mulig. Erfaringen har vist at de 2 middels store lister er vanskelige å anvende i daglig praksis. Hvis koding skjer i tid avsatt spesielt for dette (ved ukeslutt, ved månedsslutt e.l.), enten av lege eller hjelpepersonale, kan også den mest omfattende liste brukes. Bortsett fra den helt enkle listen med bare hovedkapitler, må man bruke maskinell teknikk ved bearbeiding.

*Økonomi.* Det ser ikke ut til å være nevneverdig forskjell i tid ved koding og bearbeiding av diagnoser enten man bruker de middels store eller den største listen. For ikke-medisinsk utdannet hjelpepersonale som koder, kan det å plasere spesifikke diagnoser i samlegupper ofte by på større problemer enn å finne frem til den spesielle diagnosen i en større liste. Under utprøving av ICHPPC ble hele listen trykt på en enkel kartong, en praktisk detalj som lettet kodingen. Alle de 3 største listene anvender dels 3- og dels 4-sifrede koder.

*Forskjeller i diagnostisk brukbarhet.* Ved samlet vurdering av de 3 største listene er det viktig å understreke at de forkortede listene er oppbygd etter et hierarkisk prinsipp. Det

vil si at samlegupper kan, når det er spesielt behov for det, løses opp med spesifiserte underkoder. De reelle forskjeller i detaljerhet er belyst ved et praksismateriale på 5 967 konsultasjoner kodet etter ICD. I alt 128 diagnoser lot seg ikke innpasse i egen gruppe i WONCA's liste, og dette utgjorde ca. 1 200 konsultasjoner. I tillegg til disse diagnoser var det ytterligere noen som ikke fantes i praksismaterialet, men som det kunne være ønskelig at WONCA's liste hadde omfattet. Eksempelvis kan nevnes en rekke organspesifikke tumores, skader av bestemt årsak eller anatomisk lokalisasjon, og velavgrensede sykdomsgrupper som condylomata/accuminata, iridocyclitt, facialisparese, angina pectoris, claudicatio intermittens, parinaritium, polyartritt, pes planus, hematuri og tagging av cytologisk prøve. Disse diagnosene blir alle maskert under samlebetegnelser<sup>1</sup>. Av større interesse er en sammenligning mellom de 2 middels store klassifikasjonslister. Den svenske listen har ca. 30 spesifikke diagnoser som ikke finnes i WONCA's liste, men omvendt finner vi hele 80 diagnoser i ICHPPC som bare inngår i samlebetegnelser i den svenske listen. Dette er diagnoser som både er viktige og hyppig brukt i almenpraksis. I tillegg kommer så de 16 spesielle grupper for sosiale problemer i ICHPPC<sup>1</sup>.

Det blir selvsagt et skjønnsspørsmål hvor stor vekt man skal legge på om de enkelte diagnoser har en egen betegnelse eller inngår i en gruppebetegnelse. Det kan også reises spørsmål om ikke den store listen til ICD inneholder en del så spesielle diagnostiske enheter at det er vanskelig å skille disse i praktisk arbeid, f. eks. dyspepsi kontra gastritt, bronchopneumoni kontra pneumoni o. l.

*Overensstemmelse med sykehusdata.* Klassifiseringen ved sykehus og poliklinikker foregår i dag etter det såkalte ØMI-system (Økonomisk-Medisinsk-Informasjonsystem). Denne listen er basert på ICD, men med et 5. siffer i tillegg for å dekke sykehuses behov for å registrere detaljer av diagnostisk eller terapeutisk art. Dette 5. siffer har vakt diskusjon og til dels sterke følelser (15). Denne diskusjonen er viktig, men den ligger utenfor vår arbeidsoppgave her. Begge de middels store listene har samlegupper som til en viss grad vanskeliggjør sammenligninger med sykehusdata. Undersøkelser har vist at en ikke ube-

<sup>1</sup> Liste over disse diagnoser fås ved henvendelse til forfatterne

tydelig del av problemer i almenpraksis allerede er diagnostisk utredet ved poliklinikker eller sykehus, og disse bør klassifiseres på samme måte.

## Konklusjon

De forskjellige klassifikasjonslister dekker forskjellige formål, og det er målsettingen for en registrering som først og fremst må avgjøre hvilket spesifikasjonsnivå ved kodingen som er hensiktsmessig. Foreløpig bør man samle så mye erfaring som mulig om hvordan listene dekker behovene i de forskjellige typer undersøkelser.

Når det gjelder de 2 middels store listene, synes det naturlig å velge bare én av disse til vanlig bruk i Norge. Etter en samlet vurdering vil vi anbefale at man her velger WONCA's liste ICHPPC.

Ved alle forskningsopplegg i almenpraksis vil det være gunstig å få en uttalelse om anvendeligheten av den klassifikasjonsliste man har valgt å bruke. Dette vil være til hjelp for det videre rådgivningsarbeid ved Almenmedisinsk forskningsutvalg.

*Forfatternes adresser:* J. Telje, 2640 Vinstra, B. G. Bentsen, Universitetet i Trondheim og P. F. Hjort, Institutt for almenmedisin, Oslo

Litteratur side 1199

## Bokanmeldelse

### Medisinsk statistikk

Bourke, G. J. & McGilvray, J.: **Interpretation and Uses of Medical Statistics.** 2nd ed. 170 s., tab., ill. Blackwell Scientific Publications, Oxford—London—Edinburgh—Melbourne 1975. Pris: £3.50. Anmeldt av J. I. Brevik.

Forfatterne ønsker å gi forståelse av formålet med, resonnementet bak og analyseteknikken som anvendes i medisinsk statistikk. Boken er ikke ment som lærebok.

En rekke begreper presenteres ved eksempler og ved en til dels ordrik beskrivelse. Deler av boken er upresis og utflytende uten å skille tilstrekkelig mellom viktig og mindre viktig stoff.

Eksempelene som brukes til illustrasjon, varierer i kvalitet. I ett tilfelle virker eksemplet direkte misvisende. I et annet tilfelle kunne kanskje en annen analysemetode tenkes å være mer adekvat enn den metoden som blir brukt i eksemplet.

Helhetsinntrykket er at fremstillingen er delvis overfladisk og uklar, slik at stoffet blir unødvendig tilslørt.

viser at bakteriene er bevegelige når de vokser ved 22°C, men ikke ved 37°C.

Bakterien ble isolert både fra blod og spinalvæske hos 3 av våre pasienter, og dette passer med at det er samtidig vekst hos ca. 50 % av pasientene (2). Hos 1 av våre pasienter var spinalvæsken steril, men det var rikelig vekst i blodkultur og i urin (kasus 3). Celltallet i spinalvæsken og det kliniske bilde ga derfor grunnlaget for diagnosen Listeriameningitt.

Listeriosens epidemiologi og patogenese er uklar. Man antar at bakteriereservoaret finnes i dyreriket, men det er ukjent hvordan mikroben overføres til mennesker (3, 9). Bakterien er funnet hos 100 ulike fuglearter og 35 forskjellige pattedyr (7). Den kan også isoleres fra fæces hos friske mennesker. En dansk undersøkelse har vist at ca. 1 % av den urbane befolkning generelt, men 5 % av slakterarbeidere og bønder, var bærere av bakterien. Det ble ikke påvist noen oversykkelighet av Listeria-infeksjoner blant slakterarbeidere og bønder (7).

*Listeria monocytogenes* er en intracellulær parasitt som lever og reproducerer seg i kroppens makrofagsystem. Den celleformidlete immunitet spiller hovedrollen i bekjempelsen av de intracellulære parasitter. Forenelig med dette ser man hyppigst livstruende listeriose hos pasienter med redusert celleformidlet immunitet, f. eks. ved medfødte immundefekter eller maligne sykdommer i det lymforetikulære apparat (7). På denne bakgrunn er det ikke uventet at Listeria-meningitt kan ramme pasienter som får immunosuppressiv behandling f. eks. etter nyretransplantasjon (1, 8). Tre av våre pasienter var nylig transplantert og fikk en relativt kraftig immunosup-

pressiv behandling da meningitten opptrådte.

En av våre pasienter (kasus 4) bekrefter imidlertid at alvorlig listeria-infeksjon kan opptre hos ellers friske personer. De siste årene er det rapportert flere tilfelle av Listeria-meningitt hos pasienter som for øvrig har vært helt friske (6).

Mortaliteten ved Listeria-meningitt er sunket fra 100 % til ca. 20-30 % etter innføring av antibiotika (7). Det angis å være typisk for Listeria-meningitt at det tar relativt lang tid før pasienten blir afebril og symptomfri under effektiv behandling (7). Det kliniske forløp hos våre pasienter viser at Listeria-meningitten fremdeles kan være alvorlig og dødelig, men at behandlingseffekten inntreffer hurtig og like raskt som ved andre meningitttyper. Bakterien er følsom for de fleste vanlige antibiotika (4). Tidligere ble tetracyklin ansett som beste førstevalgspreparat ved denne meningitt, men nyere (små) materialer antyder at store doser penicillin, eller helst ampicillin, er den beste terapi (2, 4, 5). I vårt materiale ble 2 pasienter behandlet med penicillin og 2 med ampicillin i store doser. En av de penicillinbehandlede pasientene døde, men behandlingen ble instituert bare 1 døgn før han døde og 4 døgn etter at sykdommen startet. Vi antar at resultatet var blitt det samme om pasienten hadde fått ampicillin på dette tidspunkt. Det er for øvrig meget viktig at behandlingen startes straks den primære undersøkelse av pasienten er utført og de nødvendige prøver til bakteriologi er tatt. Man kan ikke vente med å starte behandlingen til resultatet av den bakteriologiske undersøkelse foreligger, og ved tvil må man dosere ampicillin på mis-

## Konklusjon

Listeria-meningitt forekommer hyppigst hos pasienter med svekket immunologisk resistens, men kan også forekomme hos ellers friske pasienter.

Spinalvæskefunnene kan variere, og det kan være vanskelig å avgjøre om det foreligger en bakteriell meningitt. Den etiologiske diagnosen må stilles på grunnlag av bakteriologisk undersøkelse. Ampicillin synes å være det beste antibiotikum til behandling av Listeria-meningitt.

## Litteratur

1. Christensen, E.: Clinical listeriosis in renal allotransplantation. *Acta. med. scand.* 1975, 197, 235-239.
2. Corwin, N. D.: Listeria monocytogenes meningitis. *J. med. Soc. N. J.* 1973, 70, 105-109.
3. Kahrs, T. & Weisert, O.: Meningoencefalitt forårsaket av Listeria monocytogenes. *T. norske Lægefören.* 1957, 77, 792-795.
4. Lawetter, A. et al.: Meningitis due to Listeria monocytogenes. *New Engl. J. Med.* 1971, 285, 598-602.
5. Macnair, D. R., White, J. E. & Graham, F. M.: Ampicillin in the treatment of Listeria monocytogenes meningitis. *Lancet* 1968 (I), 16-18.
6. Medoff, G. et al.: Listeriosis in humans: An evaluation. *J. infect. Dis.* 1973, 123, 247-250.
7. Mitchell, L. G. & Killinger, A. D.: Listeria monocytogenes and listeric infections. *Bact. Rev.* 1966, 3, 309-382.
8. Moccetti, T. et al.: Listeriosis nach Nierentransplantation. *Schweiz. med. Wschr.* 1969, 99, 1147-1151.
9. Nordøy, S. et al.: Listeriose; to nye tilfelle. *T. norske Lægefören.* 1960, 80, 991-994.

Litteratur fra side 1216

## Diagnoselister i almenpraksis

### Litteratur

1. Bakken, A. F.: Erfaringer fra almenpraksis i Oslo våren 1970. *T. norske Lægefören.* 1971, 91, 215-218.
2. Bentsen, B. G.: *Illness and General Practice.* Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1970.
3. Berfenstam, R. & Smedby, B.: Sjukvårdsforbruk i Tierpsområdet 1971. SPRI-rapport 9/1974, Stockholm.
4. Grimeland, P., Somby, P. & Harstad, H.: Diagnoseregistrering i primærlegepraksis. *T. norske Lægefören.* 1975, 95, 1859-1863.

5. Gunnarson, C. & Maaths, G.: Produktionsredovisning vid Ornskölds-viks läkarstation. SPRI-rapport 3/1974, Stockholm.

6. Hodgkin, K.: *Towards earlier diagnosis.* Churchill Livingstone, London 1973.

7. Iversen, O. H.: Erfaringer fra privat praksis i et herred i Nordland. *T. norske Lægefören.* 1959, 79, 441-452.

8. Jensen, P. K.: Sykdomsklassifikasjonens anvendelighet i almen praksis. *Ugeskr. Læg.* 1976, 138, 243-244.

9. Kringlen, E.: Sykdom i et landsdistrikt på Vestlandet. *T. norske Lægefören.* 1965, 85, 18-19.

10. Larsen, Ø.: Legesøkning i et dis-

trikt i Trøndelag. *T. norske Lægefören.* 1965, 85, 1770-1772.

11. Schmidt, O.: WHO's sykdomsklassifikasjonslistes anvendbarhet under praksisforhold. *Ugeskr. Læg.* 1976, 138, 240-242.

12. Socialstyrelsen: Provisorisk diagnoskod för öppen vård. Stockholm 1970.

13. Statistisk Sentralbyrå: Standard for gruppering av sykdommer - skader - dødsårsaker (ICD 8. revisjon). Oslo 1973.

14. Telje, J.: Praksisregistrering i et nord-norsk legedistrikt. *T. norske Lægefören.* 1976, 96, 77-81.

15. Thorsen, G.: Malign proliferativ EDB-isme? *T. norske Lægefören.* 1976, 96, 391-393.