

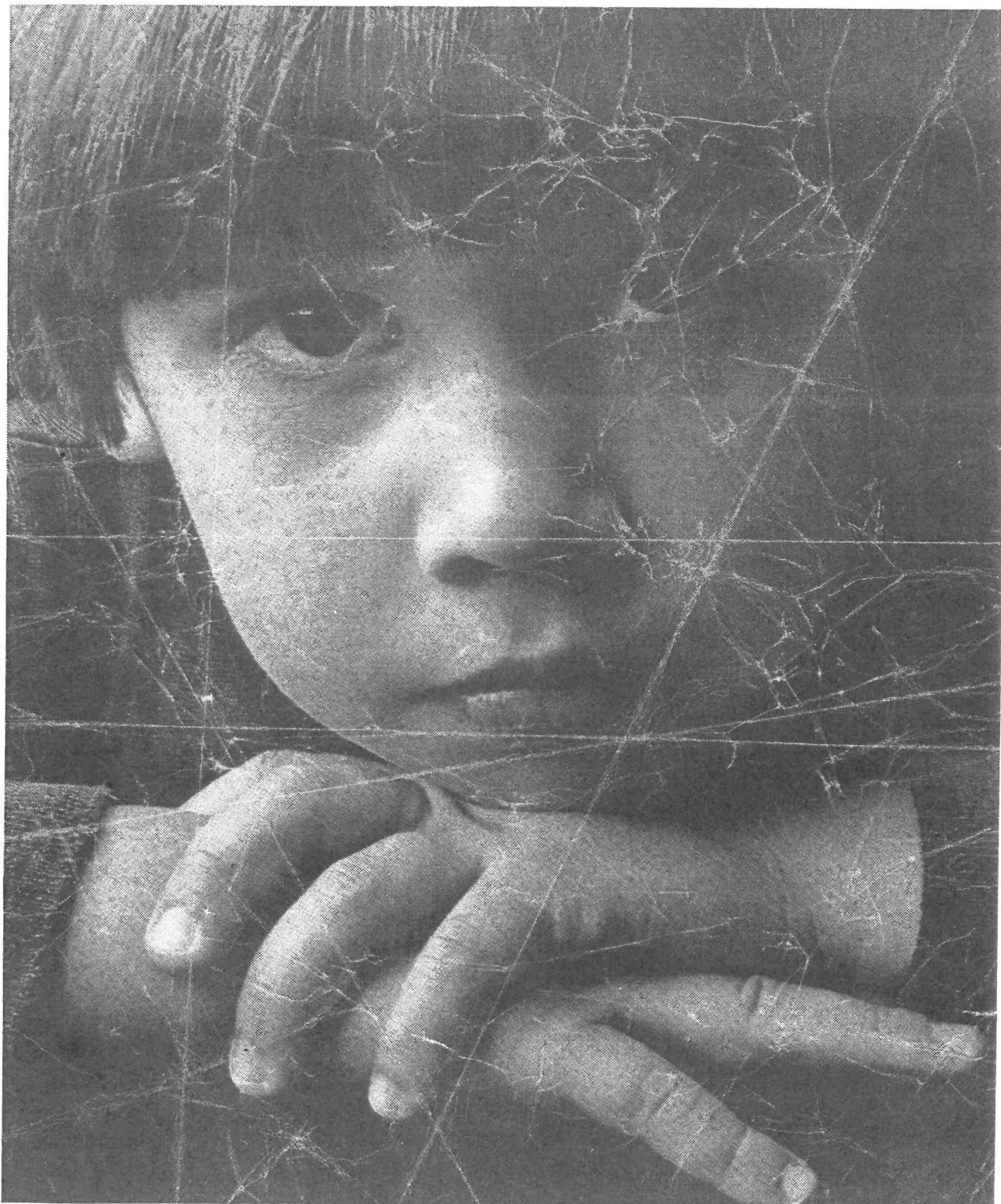
# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 3

MAI/JUNI 1977

ÅRGANG 6



Redaktører:  
Harald Siem  
Per Wium

Redaksjonssekretær:  
Reidun Solem

Adresse:  
6420 Aukra  
Tlf. Aukra (072) 74 130  
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

# UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger  
Kåre Bjørn Huse  
Abonnement:  
Kr. 50,- pr. år  
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:  
ST-TRYKK A/S  
7300 Orkanger

## Fast lønn som alternativ

Jeg har hatt mye kontakt med primærleger i det siste. Det synes å gjennomsyre standen at man for tiden er lei av å arbeide så mye at familie og ens egen helse blir ødelagt. Jo før vi leger innser at vi ikke kan løse alle problemer, jo før tror jeg både vi selv og pasientene vil få det bedre, for ikke å snakke om våre ektefeller og barn.

Og nå er det virkelig iferd med å skje noe. Sosialdept., som lenge hadde glemt hva de hadde lovet, nemlig å komme med et forslag til fastlønnsordning for leger, har nu våknet av søvnen og drømmen og har virkelig bestemt seg for å forsøke å komme frem til et forslag.

Det positive i situasjonen er at initiativet kommer fra de politiske myndigheter, og

at de har søkt råd hos legestanden ved distriktslege Siem. Det positive er videre mine kollegers reaksjon på et slikt forslag når jeg nevner det for dem. Det synes å ha skjedd mye med den norske primærlegen de senere årene, og de fleste er nå mer enn villige til å kunne forsøke en fastlønnsordning, selvfølgelig avhengig av hva denne vil gå ut på. Hva den vil gå ut på, kan jeg dessverre ikke svare på, men jeg håper forslaget vil være et alternativ for leger til å bli i distriktshelsetjenesten istedenfor å rømme inn i våre institusjoner for 38 timers arbeidsuke og avspaseringsfri.

Jeg for min del håper de bevilgende myndigheter nu er villige til å betale kostnadene ved å gi hele landet en

kontinuerlig og dekkende legevaktservice. Slik situasjonen er i dag har den norske distriktslegestand båret de byrdene det er å ha kontinuerlig vakt utover landsbygden.

Privatpraktisernde leger i byene har sammen med turnuskandidater opprettholdt et slags vaktberedskap i byområdene. Dette har de gjort uten et øre i vaktgodtgjørelse, de har kun benyttet legeforeningens stykkpris, og dette har resultert i for distriktslegenes vedkommende mange kontinuerlige døgnvakter uten et eneste øre som vederlag.

Personlig er det vel en merkelig ting at så mange har funnet seg i så mye uten et øre i godtgjørelse.

Per Wium

## UTPOSTSTIPEND

### FORMÅL:

- 1) Stimulere medisinske studenter til arbeid i distriktshelsetjenesten i utkantstrøk. Stipendiet er ment som delvis kompensasjon for større reise- og oppholdsutgifter.
- 2) Gi distriktsleger i utkantstrøk avlastning i arbeidet.

### HVEM KAN SØKE:

Studenter som har fått arbeid hos distriktsleger i utkantstrøk i minst 1 mnd. i 1977.

### MIDLER:

Del av Utpostens overskudd pr. 1/1 1977.

### STIPENDIETS STØRRELSE:

Kr. 1.500,-  
Det blir utdelt inntil 8 stipend i 1977.

SØKNADSFRIST:  
20. juni 1977.

### SØKNAD SENDES:

Utposten, 6420 AUKRA.  
Bekreftelse fra distriktslegen på at avtale om arbeid er inngått og tidspunkt for studentvikariatet må foreligge.

### SØKNADEN AVGJØRES AV:

Distriktslege Per Wium  
Lærer Kåre Bjørn Huse  
Sekretær Liv S. Vold

Sekretær Reidun Solem  
Distriktslege Harald Siem  
(Utpostens redaksjon)



### LEGEVIKARIAT

Ved legekantoret, Porsanger Helsetun, er vikariat ledig fra medio juni til medio august for lege eller student med midlertidig lisens. Kortere eller lengre tid er også aktuelt.

Nærmere opplysninger ved henvendelse dr. Fugelli eller dr. Harstad, tlf. Lakselva 36.

PER WIUM:

# Institutt for almenmedisin i praksis

På bakgrunn av store oppslag i en av hovedstadsavisene angående undersøkelsen "Pasienter i praksis", har det oppstått stor uro blant almenpraktiserende leger. Med brask og bram gikk avisen ut og fortalte at norske pasienter i almenpraksis kun fikk 16 min. hos legen. Opplysningene kom fra en vitenskapelig undersøkelse foretatt blant 56 almenpraktiserende leger. Artikkelen dekket en helside i avisen med tegninger, og bilde av den intervjuede lege, Truls Brekke. Dagen etter inneholdt samme avis et dementi og korreksjon av førstnevnte artikkel. Denne artikkel fikk en meget beskjeden plass på ca. 1/10 av det opprinnelige oppslag. Her forklarte forfatterne Øgard og Brekke at dette med antall minutter pr. pasient var resultat av registrering hos et betydelig mindre antall leger.

Dersom man skal ha håp om i fremtiden å kunne bruke almenpraktiserende leger innen forskning, må denne meget uheldige praksis stoppes. Jeg vil gå så langt som til å si at dette er et klart misbruk av almenpraktiserende leger som hjelp i forskningsprosjekt.

Så vidt jeg husker foregikk registreringen høsten-72. Flere av deltagerne stilte seg tvilende til hele undersøkelsen og kom med kritiske merknader. Disse har ikke blitt tatt til følge, og hele undersøkelsen har vært kjørt videre av en psykiater og en medisinsk student, nemlig Truls Brekke!!

Når man går ut med en undersøkelse blant almenpraktiser-

ende leger, burde det være et minimum at en av disse legene kunne representere og beskytte de 56 som deltok. Jeg synes forøvrig det er merkelig at man ikke kunne bruke almenpraktiserende leger til å gjennomføre undersøkelsen, men at man skulle være nødt til å ta en psykiater og en medisinsk student til å gjøre det hele. Truls Brekke, som fremsto som lege i avisen, var altså bare medisinsk student. Så vidt jeg kan skjønne har han aldri vært i almenpraksis, men på tross av dette uttalte han seg med bastant sikkerhet om både primærleger og pasienter i konsultasjon hos primærlegene.

Det som nå interesserer meg er ikke hvordan man skal kunne straffe Truls Brekke og Bjørn Øgar for misbruk av opplysninger fra primærleger. Det som interesserer meg mest er hvordan Institutt for almenmedisin i Oslo for fremtiden skal kunne drive forskning blant almenpraktiserende leger. Det som har vært årsak til fadeseen, er manglende innsikt på instituttet, i den spenning som finnes mellom primærleger og forskere. Jeg tror jeg må innrømme en viss misunnelse eller aggresjon overfor institusjonsmedisinen med store forskningsprosjekter som publiseres i landets legetidsskrift og i internasjonale tidsskrifter. Primærlegene har hele tiden sittet ved disse store "kanoners" føtter og anammet spesialistuttalelser grunnet på kontrollerte forsøk i hytt og vær. Det har av og til oppstått en selvusikkerhet, som imidlertid relativt ofte har blitt kanalisert til et hånlige smil, hver gang de samme spesialis-

ter dummer seg skikkelig ut overfor almenpraktiserende leger, og dette skjer jo ganske ofte.

Almenmedisineren har imidlertid aldri kunnet slå sin spesialistkollega i hodet med double-blind undersøkelser og store materialer. Han har måttet stole på sitt lokalkjennskap, sitt kjennskap til pasientene og sin menneskelighet. Etter hvert opparbeider almenpraktikeren seg så mye kompetanse og så stor faglig innsikt i sitt spesialområde, at ingen utenom ham selv kan helt ut forstå hans problematik uten selv å ha vært i samme stilling. Almenpraktikeren ser positivt på forsøk fra Institutt for almenmedisin.

Disse instituttene kan hjelpe ham med forskningsoppgaver som er såpass "tunge" at de kan sette søkelyset på hans situasjon. Skuffelsen er derfor meget stor når han blir "hengt ut" i en av hovedstadens største aviser, og han får beskjed om at pasientene igrunnen trenger mer enn 16 min. pr. konsultasjon. Dette skal ha kommet frem i undersøkelsen, og hele artikkelen er ledsaget av en av landets beste karikaturtegnere. Det er umoralsk å la en medisinsk student uttale seg om dette emnet selv om han har vært med på undersøkelsen. Dette treffer almenmedisineren i en arbeidssituasjon med ukelange ventelister og timelang ventetid på kontoret. Dessuten foregår det en strøm av leger fra universitetene til institusjonene mens strømmen av leger til almenpraksis ikke er tilsvarende sterk.

Forts. side 15

# Primærleger og helsetjenesten

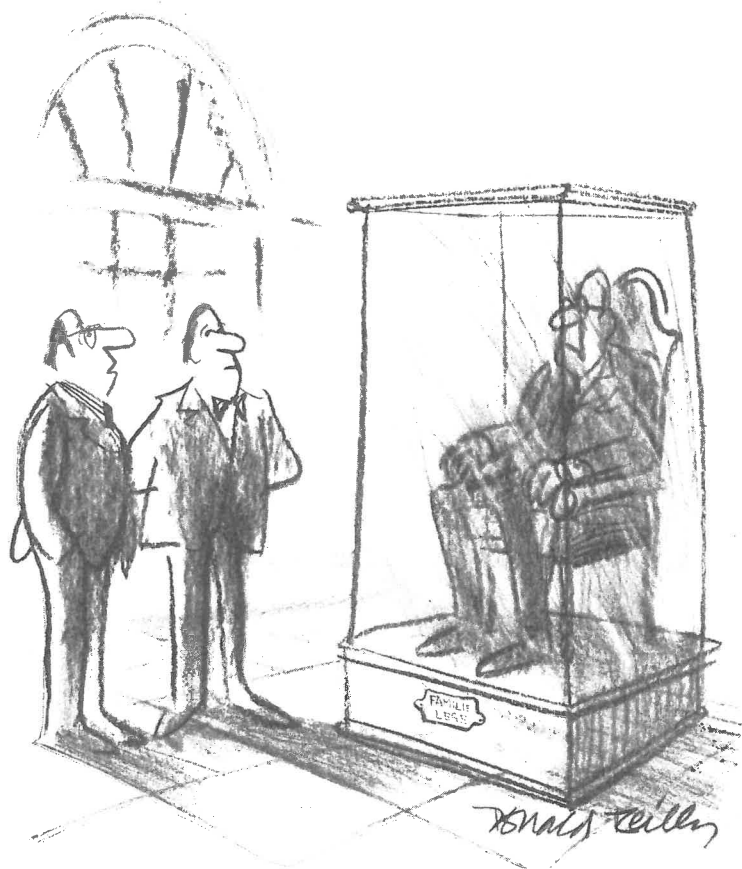
## Kommentar og synspunkter

I UTPOSTEN nr.2/mars 1977 fokuseres oppmerksomheten mot en rekke sentrale spørsmål i den primære helsetjeneste. Aksjonen med det åpne brev fra distriktslegene på Nordmøre er et varsko for offentligheten om at noe galt er fått innen den primære helsetjeneste i vårt land. I vårt velstandssamfunn har befolkningen på ethvert sted i dette land krav på en effektiv og intim service fra den primære helse-tjeneste med det formål å gi optimal helse for den enkelte, men samtidig må dette samme samfunn legge forholdene til rette for optimal service fra helsevesenets personell innenfor de rammer som er oppstreket for arbeidslivet forøvrig. Det vil med andre ord si at befolkningen har krav på en effektiv og intim døgnet og ukeservice som krever et vel utbygget og regulert helseapparat. Den gamle huslegeordningen som fra samfunnets side har vært billig og lite ressurskrevende, er ikke lenger i pakt med den moderne leges syn på sin virksomhet og de krav han og hans familie stiller til regulert arbeidstid og ordnet fritid. Den gamle huslegen kjenner ingen ordnet arbeidstid. Hans lange arbeidsdag med renonsering på familieliv og personlige nytelser som fritid, førte med seg unormalt høye bruttoinntekter, ikke primært til glede for ham selv og familien, men også her til samfunnets beste. Belønningen var høy marginal beskatning av ufrivillig natt-og-helgedagsarbeid.

Det er godt at denne ordning er på vei ut. Vi må søke å bevare kontinuiteten og intimiteten i pasient-legeforholdet fra denne avlegse ordningen så langt det lar seg forene med moderne drevet primærlegetjeneste.

Denne fremtidige, moderne primære distriktshelsetjeneste vil være ressurskrevende både personellmessig, økonomisk og administrativt. Dens oppbygning, administrasjon og funksjon bør være et offentlig ansvar. Alt personell blir offentlig ansatt med regulert arbeidstid etter arbeidervernlovens bestemmelser og

dig nye distriktslegestillinger, spesielt i de mest perifere og grisgrente strøk. En må begynne i periferien og sikre befolkningen her optimal legetjeneste uten at dette går ut over helsen til den enkelte legen og trivselen til hans familie. Det må bygges legesentre av varierende størrelse og finnes frem



fast lønn. Overtidsarbeid honoreres etter spesielle regler som tar hensyn til de ekstreme forhold som denne service ofte ytes under.

Det må i langt større omfang enn nå opprettes sta-

til samarbeidsformer mellom de ulike sentre når det gjelder legevaktordninger og særomsorger med grunnlag i befolkningens tetthet, geografiske forhold og spesielle miljømessige betingelser.

I den fremtidige lov

om helsetjeneste utenfor sykehus må det pålegges fylket i samarbeid med de enkelte kommuner å skape en distrikts-helsetjeneste som gir nærhet og trygghet for den enkelte helse med rimelig arbeidsbelastning og regulert arbeidstid for den enkelte lege.

Hva har vi så selv gjort innen vår egen krets for å stimulere tilgangen til primærlegeyrket? Opprettelsen av almenpraktiker Dnlf var et alvorlig ment forsøk på å heve den faglige standard og dermed anseelse for primærlegen. Ervervelsen av tittelen forutsetter en basal grunnutdanning utover turnustjenesten, og bibeholdelsen betinger en nærmere opptrukket etterutdanning. I dag har vi to sorter primærleger i vårt land, de som har ervervet tittelen almenpraktiker Dnlf og derved har rett til kr.5,00 ekstra pr. førstegangskonsultasjon, og de som da ikke har ervervet denne tittelen. Det er meget mulig at en stor del av de leger som tilhører den siste kategorien, har sin praksis i de mest perifere deler av vårt land og derfor ikke kan følge opp den etterutdannelsen som tittelen betinger. Det er store avstander til nærmeste sentralsykehus hvor de fleste kurs holdes, vikar er det meget vanskelig å få, og praksis/distrikt kan ikke forlates i flere måneder om gangen uten vikar.

Den ideale målsettingen bak tittelen er meget respektabel da den sikter på å sikre den faglige standard hos primærlegene. Også her blir det offentlighetens ansvar å sørge for rullerende vikartjeneste i al-

le distrikter, slik at det er mulig for hver enkelt primærlege å følge opp denne etterutdannelsen. Det var meget interessant å lese kollega Glad's erfaring fra etterutdannelsesstilling i sykehus, ettersom jeg også i 1976 hadde et tre måneders vikariat ved medisinsk avdeling, Lillehammer fylkessykehus, og har gjort meg en god del refleksjoner omkring dette etterutdannelsesproblemet.

Først noen ord om min egen situasjon. Jeg gikk inn i vanlig tjeneste som assistentlege med de rettigheter og plikter som stillingen medførte. Kolleger av alle kategorier viste stor forståelse for min mangelfulle kompetanse, og det var lutter velvilje fra alle hold ved anmodning om rettledning og hjelp i de ulike arbeidssituasjoner. Arbeidsrutinene var stort sett de samme som de var for femten år siden da jeg var siste gang i sykehus, men man hadde tatt i bruk svært mange nye undersøkelsesmetoder som var tildels ukjente for meg tidligere. Laboratoriediagnostikken hadde fortsatt sin rivende utvikling, slik at jeg var akterutseilt når det gjalt symboler og tolkning av analyseresultater. Oppholdet i avdelingen har gitt meg et godt inntrykk av hva den står for og hvilken service jeg kan vente for mine pasienter, men det viktigste for meg var likevel den daglige og nære kontakt med de kolleger som jeg i årevis har samarbeidet med via brev og telefon. Den personlige kontakten med hver enkelt kollega i sykehuset har jeg tatt med meg ut i praksis, og miljøet forøvrig har virket stimulerende og fornyende på min praksisform.

Kollega Glad er inne på de rent praktisk-økonomiske problemer ved fravær fra praksis. Problemene blir selvfølgelig minst når man

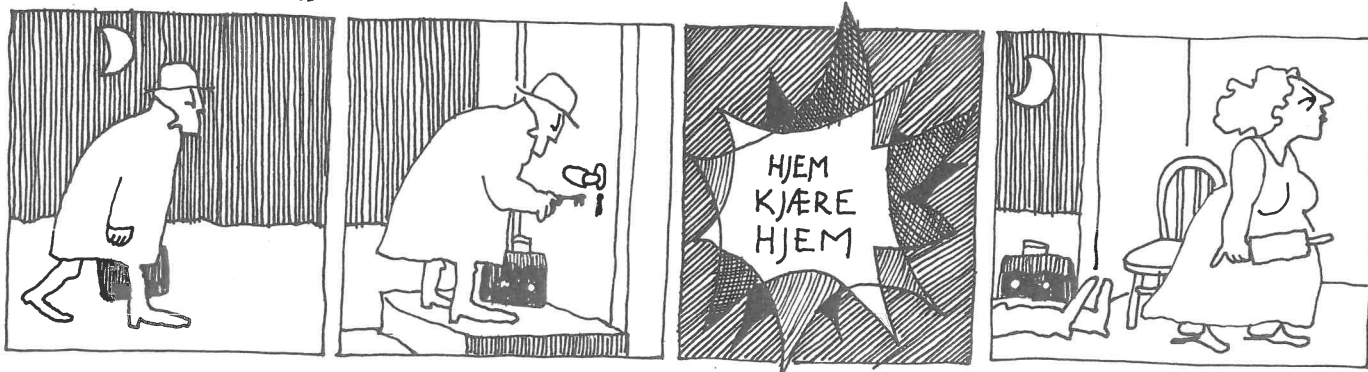
har fått egen vikar til å ivareta pasientenes interesser og en del av de løpende utgifter. Jeg vil omtale et økonomisk problem av en litt annen karakter. Etter femten års primærlegevirksomhet og tre år med almenpraktikertittelen i baklomma fikk jeg vikariat som assistentlege ved medisinsk avdeling og ble avlønnnet med grunnlønn. Det viste seg i praksis at jeg hadde ca. kr. 1000 mindre brutto lønn pr. måned enn turnuskandidatene ved samme avdeling. Forholdet er imidlertid tatt opp gjennom Y.l.f. og A.p.l.f. på det prinsipielle plan, slik at en endring heldigvis har funnet sted for ettertiden. Fra 1. mai 1976 har all legevirksomhet samme lønnsansienhet år for år.

Et annet og meget omfattende spørsmål er den situasjon de mange privatpraktiserende leger står overfor ved overgang til offentlig fastlønnnet legevirksomhet. Med den praksis som hittil er fulgt ved besettelse av offentlige stillinger, er det gitt liten eller ingen ansiennitet fra privat drevet legevirksomhet. Selv almenpraktikertittelen har lite å si i så henseende. Dette er også forhold som vi bør ta opp på det organisatoriske plan, slik at vi sikrer kollegene den faglige og lønsmessige ansiennitet de har krav på, uansett om deres virksomhet skriver seg fra privat eller offentlig drevet legevirksomhet.

Vi må selv være med å utforme en god og smidig fremtidig helsetjeneste. Samfunnet må forstå at tross alt faller pasientenes og legenes interesser sammen.

Otta, 5.4.77  
Per Steinar Steinsvoll  
Almenpraktiker D.n.l.f.

## UBELEILIG ARBEIDSTID





# Om primærlegetjenesten i Bergen og de praktiserende spesialisters plass i helsetjenesten

Som en av de ansvarlige for innstillingen om primærlegetjenesten i Bergen, må jeg få takke for presentasjonen av utvalgets synspunkter i UTPOSTEN nr. 2/77.

På bakgrunn av at redaktør Harald Siem er uenig i utvalgets definisjon av begrepet primærlege, finner jeg grunn til å ta opp en diskusjon om dette viktige begrep. Siem mener det må være en avsporing å inkludere de privatpraktiserende spesialister i primærlegetjenesten.

Det er i dagens situasjon vanskelig å vite hvor man skal plassere de privatpraktiserende spesialister i forbindelse med inndeling av helsetjenesten i nivåer. Det gjøres på flere måter. Ingen slik skjematisk oppstilling gir noe tilfredsstillende bilde av den mangfoldige, faktiske situasjon.

Samtidig kan en ikke blande sammen en beskrivelse av dagens virkelighet med våre tanker om den mer eller mindre ideelle framtidige organisasjon av helsetjenesten.

Arbeidsutvalget i Bergen har valgt å henregne alle leger som arbeider utenfor institusjon til gruppen av primærleger. Vi fant det mest dekkende ut fra kjennskapet til virksomheten i Bergen. Det innebærer at de privatpraktiserende spesialister også betegnes som primærleger. I andre deler av Norge og i mange andre land kan situasjonen tilsi at en slik inndeling synes unaturlig.

Arbeidsfeltet for de privatpraktiserende spesialister i Bergen er selvsagt svært varierende, slik det er for almenpraktiserende kolleger. En del leger med spesialistkompetanse driver en praksis som er praktisk talt identisk med virksomheten til

almenpraktikerne. Forskjellen består i at den ene gruppe kan kreve spesialisthonorar for sykdommer som kommer inn under vedkommandes spesialitet.

I Bergen var det ved utgangen av 1975 etter våre oppgaver 59 leger med spesialistkompetanse og 48 leger uten slik kompetanse som drev praksis. Noe tilfeldig valgte utvalget å regne 4 leger med godkjent spesialitet til de almenpraktiserende, på grunn av at deres virksomhet synes å være svært likeartet. Men vi vet også at svært mange av de øvrige leger som er privatpraktiserende spesialister, har en temmelig stor andel vanlig almenpraksis.

Samtidig mottar de pasienter direkte eller henvist med sykdommer eller problemer innen sin spesialitet. Det er i Bergen intet formelt krav om at pasienter skal henvises fra almenpraktiker eller annen lege for å komme til hos spesialist. Bare dersom vedkommende spesialist selv stiller et slikt krav, blir ordningen praktisert med formell henvisning. Mange spesialister mottar pasienter som henviser seg direkte.

Videre vet vi at mange av spesialistene påtar seg arbeidsoppgaver som ikke reelt eller formelt krever spesialistkompetanse. Det gjelder f.eks. arbeid som skoleleger, helsestasjonsleger, tilsynsleger og bedriftsleger. Jeg mener derfor at det i en by som Bergen ofte er nokså liten forskjell på arbeidsoppgavene for en almenpraktiserende lege og en praktiserende spesialist. For publikum kan det være like vanskelig å komme til hos en almenpraktiker som hos en spesialist.

Det må imidlertid i denne

forbindelse klart understrekes at omtrent 1/3 av de registrerte praktiserende spesialister som deler sin arbeidstid mellom praksis på eget kontor og det sykehus vedkommende er knyttet til med ansvar for sine inneliggende pasienter.

I denne forbindelse kan også nevnes at Legeforeningens kollegiale bestemmelser ikke skiller mellom almenpraktikere og praktiserende spesialister når det gjelder plikten til å delta i legesvaksordninger. Ethiske regler og lovgivningen setter heller ikke noe skille mellom disse kategorier leger.

Oslo-innstillingen av 1974 om helse- og sosialtjenesten utenfor institusjon valgte å plassere spesialistene i "andre-linjetjenesten". Muligens er det riktigere i Oslo, selv om man der har mange likhetstrekk med Bergen når det gjelder forholdet mellom pasienter, almenpraktikere og praktiserende spesialister.

Et helt annet spørsmål er hva som er ønskelig på lengre sikt. Her har innstillingen fra Bergen ikke tatt klar stilling til hvordan man bør organisere spesialisttjenesten i fremtida.

Personlig heller jeg til den oppfatning at når en får bygd ut en skikkelig første-linjetjeneste i form av en distriktshelsetjeneste med blant annet tilstrekkelig mange almenpraktikere noenlunde jevnt fordelt i by og bygd, så bør spesialistene både definisjonsmessig og reelt tilhøre andrelinjetjenesten. Jeg tror man da i vårt land skal ta sikte på i det alt vesentlige å basere pasientstrømmen til spesialister i og utenfor institusjon gjennom formell

Forts. side 15.

# SPØRSMÅL

## 15



**Kjell Magne Bondevik:** Jeg har følgende spørsmål til sosialministeren:

"I en henvendelse til sosialministeren av 22.februar 1977 har distriktslegene på Nordmøre pekt på de problemer distriktshelsetjenesten her er inne i, - problemer som også finnes i andre distrikter. Legene har i henvendelsen fremmet en del forslag til endringer i distriktshelsetjenesten. Når, og hvordan, blir denne henvendelsen vurdert?"

tanter for distriktslegeetaten, er det departementets hensikt å legge frem forslag som kan bedre situasjonen både på kortere og lengre sikt. Departementet tar sikte på å fremme en lov om helsetjenesten utenfor institusjon, der kommunene og eventuelt fylkene får et utvidet ansvar for legetjenesten, herunder legevaktordningen.

Under de rådende forhold er det etter min mening opprettelse av nye distriktslegestillinger som representerer det viktigste umiddelbare enkelttiltak. Taktaken i nyopprettelsen er som kjent økt betydelig de siste år -

fra 10 nye distriktslegestillinger på statsbudsjettet for 1970 til 33 nye for inneværende år. Dette vil bli fulgt opp samtidig som man vil prioritere arbeidet med å finne frem til en ny og mer hensiktsmessig finansieringsordning for distriktshelsetjenesten i sin alminnelighet.

**Kjell Magne Bondevik:** Jeg takker statsråden for svaret og kan si at jeg er glad for det initiativ som allerede er tatt med dette møtet. Jeg forstår at statsråden annonserer to tiltak: med sikte på framtida en ny lov, og flere stillinger. Jeg vil da spørre statsråden om hun kan si noe om når en slik ny lov kan ventes framlagt for Stortinget.

Når det gjelder spørsmålet om nye stillinger, er det vel klart at dette kan være med og løse noe av problemet. Men problemet i dag er at vi har en rekke stillinger som allerede er opprettet, men som er ubesatt. På Nordmøre, dette aktuelle distrikt, er 7 av 16 stillinger ubesatt. Blir det flere stillinger, vil vel kanskje flere søke, fordi arbeidsbyrden på hver stilling da kan bli noe mindre. Men jeg tror likevel det er nødvendig å vurdere andre tiltak utover dette.

Jeg ber om at de tiltak Nordmørslegene har foreslått, vurderes, bl. a. spørsmålet om en fastlønnsordning kombinert med overtidbetaling. Jeg vil gjerne spørre statsråden til slutt om også disse spørsmål blir vurdert i departementet.



**Statsråd Ruth Ryste:** Etter at man hadde mottatt den henvendelsen fra distriktslegene på Nordmøre som representanten Bondevik har referert til, har man i Sosialdepartementet den 10.mars d.å. hatt et møte med representanter fra de offentlige leger og Den norske legeforening om de problemer som nå er i ferd med å toppe seg opp innen distriktshelsetjenesten.

Med utgangspunkt i de utredninger vedrørende distriktshelsetjenesten som for tiden er under bearbeidelse i departementet, og i fortsatt nært samarbeid med represen-

**Statsråd Ruth Ryste:** Jeg vil nødig komme med noe bestemt tidspunkt når det gjelder den nye lov, men jeg vil gjerne gi uttrykk for at vi gir denne saken høy prioritet i departementet. De øvrige spørsmål som representanten Bondevik her reiser, blir også tatt med i de vurderingene som nå foretas.

# GAUSDAL-

## Etterutdanningskurs for alment praktiserende leger

Gausdal Høyfjellshotell er ideelt med hensyn til avholdelse av kurs med selskapelig samvær. Ektefeller og barn trives også utmerket på hotellet. Barnekontingenten bør vel av praktiske hensyn holdes under et visst nivå, men for enkelte kolleger er det umulig å få med ektefelle uten at barna også blir med.

Nesten alle som ville være med på kurset kom med i år. Det er meget skuffende at ikke flere kolleger nordfra søker til dette kurset. Jeg synes Alment praktiserende legers forening skulle notere seg dette, og prøve å finne på noe, slik at man kunne få en bedre kontakt med kollegene i Nord-Norge. På kurset i år var kun 2 kolleger fra Bodø tilstede, og det var ellers bare deltagelse fra Sør-Norge.

Årets kurs var nr. 10 i rekken og pionerene for foretagendet ble holdt frem i store ordelag. Det hele skjedde under festmiddag på fredag, og det var Tore Koksvik, formannen i Aplf, som delte ut ros til de som hadde vært bærende krefter gjennom 10 år. Det som ble glemt i hele festen, var Tore Koksviks innsats på disse kursene. Forøvrig er det vel kanskje vanskelig i ord å beskrive hva Tore Koksvik har betydd for Aplf og Gausdalkursene. Det kom frem at firma Sandoz i an-

ledning 10 års jubileet hadde opprettet et stipend på kr. 5.000,- til almenpraktiserende lege som hadde gjort seg fortjent til dette. En meget overrasket Tore Koksvik ble overrakt den første Sandoz-sjekk, og jeg tror ikke det finnes noen som bedre hadde gjort seg fortjent til stipendiet. Det kom tydelig frem at Aplf er i fremgang, og kursvirksomheten har da også blitt utvidet til Bergens-området ved Solstrandkurs, og på Geilo med kurs i fysikalsk medisin. Her savner man igjen den nordlige landsdel som vel må tilgodeses på en bedre måte innenfor foreningen.

Formannen for fagutvalget, Jan Otto Syversen, hadde en fast hånd om hele arrangementet. Av og til følte man vel at hånden var litt vel fast. Den norske almenpraktiker, og kanskje spesielt den norske distriktslege, har vanskelig for å innordne seg når man skal begynne å telle gruppearbeidstimer for å få dette godkjent til almenpraktiker DNLf. Dette er bare små skjønnehetsflekker på et ellers meget godt gjennomført arrangement, og jeg tror at vi kan takke sekretæren, Borghild Arnesen, for det meste av det knirkfrie ved arrangementet.

Forelesningene var i år som tidligere meget aktuelle, og for det meste foredratt av

gode pedagoger. I så måte tok vel allerede første foredragsholder, Trygve Præsttun, ledelsen med kreativ problemløsningsystematikk. Han minnet oss om at vi skulle være glade for at vi hadde problemer i arbeidet. Den dagen problemene forsvinner, kan nemlig vår oppgave overtas av mindre kvalifisert personell, og vi ville sannsynligvis bli arbeidsledige.

Før kurset begynte hadde 49 leger deltatt i registrering av ventetid på sitt legekantor. Det hele virket dårlig forberedt, og gav også preg av hastverksarbeide. Man skal være meget forsiktig med konklusjoner fra denne undersøkelsen, men en kan vel slå fast at det er meget stor forskjell i ventetid hos de enkelte leger. Spredningen i ventetid lå på fra et ½ min. til 185 min. i gjennomsnitt for den enkelte lege. Hvis man tok gjennomsnittet av ventetiden på de 9 leger med kortest ventetid, kom man frem til 9 min.. Tok man gjennomsnittet på de 9 leger med lengst ventetid kom man frem til 75 min..

Avslutningsvis må man vel si at problemene i norsk helse-tjeneste ikke er ventetid for pasientene, problemet er vel avstanden mellom den legeservice befolkningen ønsker og den legeservice almenpraktiserende leger i dag kan gi befolkningen.

## Videre og etterutdanning

### Historien:

Dr. Reidar Mathisen er en lege man ikke har hørt så mye om i den senere tid. I tidligere tider har han gjort desto mer. Det har skjedd mye innen faget almenpraksis de siste 10 år. Reidar Mathisen satt i legeforeningens komité som kom med forslag til

almenpraktiker DNLf på landsmøtet i Sandefjord i 1967. Det var interessant å få høre at man den gang innstilte på 3½ års praksis i sykehus og 2 år i almenpraksis. Man har altså nu endt opp med kursvirksomhet, 5 år i almenpraksis i minst ½-stilling

og et ½ år på sykehus. Generalt kan man vel si at både Sverige, Danmark og Finland har lenger sykehustjeneste enn oss her i Norge. Spesielt gir dette seg utslag for Sveriges vedkommende, men Sverige har jo også en annen oppbygning av primærhelse-



# KURSET 77

tjenesten, og har vel kommet inn i en utvikling som ikke minst svenske leger beklager.

Det som hadde opptatt de første pionerer på området almenpraksis var spørsmål som: Var den praktiserende lege dyktig nok? Hvordan skulle man avgrense arbeidsområdet til den praktiserende lege?

Den praktiserende lege hadde alt for stor arbeidsbelastning, for lite fritid og på den tid for lite honorering. Reidar Mathisen nevnte at landsmøtet i Sandefjord i 1967 tidlig hadde kommet frem til at betegnelsen "spesialist" ikke skulle brukes. Han kunne også fortelle at spesialistbetegnelsen er forbudt å bruke i Vest-Tyskland. Det kunne vel hende at en del av de norske spesialister også hadde hatt bedre av å kalle seg f.eks. barnelege, kirurg, indremedisiner, o.s.v., da de vel ikke er like mye spesialister alle sammen. Reidar Mathisen fremholdt at etterutdannelse for alment praktiserende leger var lagt opp meget strengt, og dette var gjort bevisst, slik at almenpraktikerens anseelse skulle komme høyere.

## VIDERE- OG ETTERUTDANNELSES-UNDERSØKELSE

Dag Brusgård fortalte om ovennevnte undersøkelse hvor 1600 primærleger deltok. De hadde en svarprosent på 75 hvorav over 80% hadde virksomhet utenom kurativ tjeneste. 50% av disse var bedriftsleger.

### Praksisformer:

- 45% Solopraksis. Hver 4. av disse hadde ingen virksomhet utenom kurativ tjeneste.
- 13,7% Solo-distriktslegepraksis. Alle disse hadde virksomhet utenom kura-

tiv tjeneste.

- 11% Distriktslege med helserådsarbeide ved siden av.
- 10% Leger i gruppepraksis.
- 8,3% Distriktsleger i gruppepraksis.

## *Hugs arbeids- tidsundersø-*

Hver 4. av de spurte leger var godkjent som almenpraktiker DNLF. 40% av de spurte angav at de hverken var godkjent som almenpraktiker DNLF, eller var under utdannelse til denne godkjennelse. Mange visste ikke en gang at det fantes en slik godkjenning.

Når det gjalt arbeidsbelastningen, angav 25% at denne var meget stor, 44% angav at den var stor, 28% at de hadde en passe arbeidsbelastning mens 1% mente at de hadde for lite å gjøre. Behov for kursvirksomhet var det tydelig mest aktuelt for belastningssykdommer. Derne angav legene gynekologi, indremedisin, pediatri, hud, psykiatri i nevnte rekkefølge som behovstrengende kurstilbud. Et overveiende antall offentlige leger angav dessuten stort behov for kursvirksomhet innen helsestasjon, skolelege, tilsynslege og bedriftslegevirksomhet.

## ER VI TILFREDS MED DAGENS SITUASJON?

Professor Borchgrevink fortalte om fremtiden, og slo fast at vi ikke kunne gå inn på diskusjonen om det var mulig å få gjennomført de reglene som nu foreligger. Den store anstøtsstenen her er praksis på sykehus, men professor Borchgrevink var ikke villig til å ta bort alt som heter sykehustjeneste. Dette var det også enighet om i forsamlingen. Det ble videre opplyst at det blir mer

vanlig med opprettelse av spesielle legestillinger til dette formål. Det skulle således ikke være vanskelig fra sykehusets side. Vanskeligheten ligger i å få vikarer til sin praksis, og dette problemet er jo ennå ikke løst. Det ble videre betonet sterkt at almenpraksis ikke kan læres på sykehuset. Faren ved for lang sykehustjeneste er at man blir ensidig opptatt av somatiske undersøkelser og laboratoriemedisin.

Det var enighet om at man burde satse på løpende etterutdannelse, slik at man ikke en gang for alle gjorde seg ferdig som spesialist uten videre forpliktelser. Professor Borchgrevink antydte at han den senere tid hadde begynt å skjele mot eksamener som kunne erstatte en del av den foreslåtte undervisningen.

Dag Brusgård nevnte tidsperspektivet, d.v.s. at de leger som i dag begynner på legestudiet skal praktisere langt utover etter år 2000, og det er håpløst å utdanne leger for denne praksis i dag uten at man kan videre- og etterutdanne de fortløpende.

Under diskusjonen ble det sterkt understreket at man må få alment praktiserende leger til selv å videre- og etterutdanne sine kolleger. Spesialistene burde i større utstrekning brukes som tilhørere og som debattinnlegg.

## *kelser.*

Distriktslege Tor Andvik pekte på den store forskjellen som ligger i almenpraktikere i nærheten av store sentra med god sykehusutbygging og almenpraktikere eller distriktsleger som må reise lange veier for å nå nærmeste sykehus med muligheter for etterutdannelse. Jeg tror han her var inne på et meget viktig punkt, som gjør at det blir stor forskjellsbehandling med de som må flytte på familie i 3

mndr. eller et  $\frac{1}{2}$  år i forbindelse med etterutdannelsen, og de som kan bo hjemme og møte opp på sykehuset bare

noen minutter unna.

Professor Borchgrevink nevnte til slutt muligheten av at

kolleger fylkesvis hadde et lite øye med hverandre og holdt et faglig forsvarlig nivå innen sitt område.

# Gynekologi i almenpraksis

## I. Menstruasjonsforstyrrelser.

Overl. Hans Kr. Klausen fra Tønsberg var en meget inspirerende og aktuell foredragsholder for alment praktiserende leger. Han omtalte menstruasjonsforstyrrelser og angav normal menstruasjon med intervaller på fra 23 - 35 dg., varighet fra 3 - 8 dg.. Mangden burde ikke gå over 80 ml.

Organiske forandringer som gir menstruasjonsforstyrrelser er meget hyppige.

Infeksjoner i tuber og ovarier kan gi en profus blødning i akutt infeksjon. Senere kommer blødning med rikelig mengde og korte intervaller etter som betennelsen blir kronisk. Myomer blør sterkest 3. - 4. dg. med koagler. Ved endometriose får man normale intervaller men rikeligere blødning enn normalt, og de varer oftest lenger enn normalt.

Adenomyose gir premenstruelle blødninger og dette gjelder særlig etter 40 års alder. Han minnet oss om cancer i cervix og uterus som gir vannaktig blodig utflod. 30 - 40 år gamle kvinner har som regel cervix cancer, hvis de har cancer i uterus, senere tiltar corpuscanceren. Av ovarialtumores er det først og fremst hormonproduserende tumores som gir blødningsforstyrrelser.

Det er ofte kvinnene har glemt at de har satt inn spiral på grunn av at den kan ha ligget inne i 4 - 5 år.

## Dynfunksjonell blødningsforstyrrelser.

Det vil vi at man ikke kan påvise forandringer i kjønnsorganene.

## A. Anovulatoriske blødninger.

Dette betyr at man på grunn av svikt i eggsløs-

ningen også har sviktende corpusluteum. Følgene blir for liten eller manglende progesterondannelse og øket østrogenproduksjon. Årsaken ligger her i samspillet mellom ovarier, hypofyse og hypotalamus. Psykiske faktorer spiller inn. Endokrine sykdommer som: overvekt, sukkersyke og for lavt stoffskifte samt visse leverlidelser fører også til denne type blødninger da østrogen vanligvis nedbrytes i leveren. Inne i livmoren fører dette til en proliferativ hyperplasi, og siden en adenomatøs hyperplasi. Det er her mulighet for cancerutvikling.

B. Ovulatoriske blødninger. Endometriet er her i sekresjonsfase. Man kan se slike blødninger ved egg-løsning. Sparsom blødning, ledsaget av smerter i 2-3 dg.. Dette skyldes som regel østrogenfall. Denne type blødning kan også gi irregulær shedding som betyr uregelmessige, rikelige og langvarige blødninger.

## Diagnose ved menstruasjonsforstyrrelser.

Som basis for diagnosen ved blødningsforstyrrelser, ble det fra spesialistens side uttrykt ønske om å få et inntrykk av endometriets hormonelle status ved å ta et utskrap. Dette kunne eventuelt gjøres i praksis med en liten tynn skrape, eventuelt kunne man i praksis aspirere med et vanlig kvinnekateeter fra uterus. Man kunne derved unngå henvisning til spesialist. Overl. Klausen mente at man skulle være litt forsiktig med alt for mange utskrapninger, spesielt på yngre kvinner, for å diagnostisere blødningsforstyrrelser. Han mente at man i dag foretok alt for mange slike og med

tildels farlige komplikasjoner for unge kvinner.

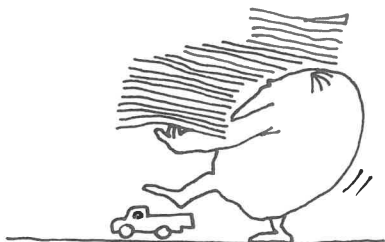
## Behandling av menstruasjonsforstyrrelser.

Rikelig vedvarende blødninger vil ofte gå over med sengeleie. Man kan gi litt sedativa i tillegg. Akutt rikelig blødning som bør stoppes, kan stoppes med Primosiston 1 amp. i.m..



Man må informere pasienten om at det kommer en rikelig blødning 1 uke etter sprøyten. Hvis man har et endometrium uten sekresjonstegn, kan man gi Primolut-N 10 mg dgl. fra 15. - 25. menstruasjonsdag og man vil få normalisering etter noen måneder. Hvis man har blødning fra dårlig østrogenstimulert slimhinne, noe man ser like etter menarche og rett før menopausen, kan man bruke P-piller av kombinasjonstype. Ved rikelig blødning som bør reduseres, kan Cýklokapron brukes. Eksempelvis kan man bruke 6 tabl. dgl. i 2 dg. Ved irregulær ripening har man inadekvat lutealfase med premenstruell spotting. Man kan her bruke Provera 10 mg. dgl. fra 20. - 25. dg. Ved irregulær shedding, har man forlenget blødning og sporblødninger. Ofte har man blødning i 7 dg. med litt blødning etter den vanlige blødning. Her kan man bruke

Primolut-N 10 mg. dgl. fra 20. - 25. dg.  
Ved hypermenorrhoea kan man likeledes bruke Primolut-N 10 mg. dgl. fra 15. - 25. dg.



Overl. Klausen understreket at spiraler kan gi betennelser. Dette kan gi subklinisk salpingitt og føre til sterilitet. Han fortalte at kvinner som ikke har født, har 7 ganger så store sjanser for å få betennelse med spiral som uten spiral. For de som har født, er sjansen 3 ganger så stor for en slik betennelse med spiral som uten spiral. Det ble fortalt at den riktige politikk i dag er å fjerne spiralen dersom kvinnen er blitt gravid med spiral. Noen generell opplysning har ikke kommet fra norske helsemyndigheter, men Sosialstyrelsen i Sverige

har gått ut med denne opplysning.

## II. Premenstruelt syndrom - premenstruell tensjon.

Overl. Klausen nevnte dette meget hyppige fenomen og angav symptomer som irritabilitet, nervøsitet, depresjon og ødem. Andre ting som er nødvendig for diagnosen definert av Frank i 1931:

1. Symptomene begynner noen dager før menstruasjonsblødningen starter.
2. Symptomene vedvarer i minst 4 sykler.
3. Pasienten er så besværet at hun søker medisinsk hjelp.

Det ble understreket at denne tilstanden kan være meget plagsom. Frekvensen har vært antydnet helt fra 5-95% av alle menstruerende kvinner. Patofysiologien ved tilstanden er meget usikker. Den siste utvikling tyder på at Prolaktin er forhøyet premenstruelt hos kvinner med disse symptomer. Når det gjelder terapi har alt vært forsøkt. Det viktigste er at disse kvinner blir tatt alvorlig, og at man virkelig setter seg ned og prøver å komme til bunns i problemene. Ekteskapelige problemer må også gjennomgås. På det nåværende tidspunkt er politikken blant mange gynekologer at man bør unngå diuretika.

Det siste nye på området er Parodel, et middel som hemmer utskillelse av prolaktin fra adenohipofysen. Det blir gitt Parodel 2,5 mg. 2 x dgl. fra 10. dg. i cyklusen, og man fortsetter med dette opptil 1 år. Den eneste ulempen med preparatet, er at det er meget kostbart. Man bør heller ikke glemme andre behandlingsmetoder og skjule seg bak tabletter. Psykiske problemer må i alle tilfeller tas opp.

I diskusjonen ble det antydnet at vitamin B<sub>6</sub> gir samme effekt som Parodel og er mye billigere. Man doserte her med 40 mg. dgl. hele måneden.



Videre ble det antydnet at vitamin B<sub>6</sub> også var meget effektivt ved svangerskapsbrekninger og at man der gav 240 - 300 mg. dgl. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig med antidepressiv behandling.

# Mikrobiologi i almenpraksis

Hver gang det er spørsmål om urinprøver i almenpraksis er det Berit Hovig som skal svare på dette. Hun var også trukket frem på Gausdalskurset 1977 og åpnet der nokså beskjedent med å fortelle at hun kanskje ikke hadde så mye å fortelle. Hun mente at man med en midtstrøms vaskeprøve kunne få 60-90% sikkerhet, mens man med suprapubisk blærepunksjon faktisk regnet med 100% sikkerhet. Hun fortalte at vaskeprøven ikke er noe særlig dårligere enn

kateterprøven.

Det som slår meg når jeg hører spesialister som Berit Hovig, er manglende kjennskap til almenpraksis. Hvis vi i almenpraksis kommer opp mot metoder på 60-90% sikkerhet er vi meget lykkelige. Det er jo ingen hemmelighet at vi som regel holdet oss på et nivå som for det første ikke kan beregnes i prosent, og som jeg har et intuitivt inntrykk av, ligger på et lavere nivå. Jeg føler meg

ganske sikker på at dersom samtlige norske primærleger skulle ta samtlige norske urinprøver med suprapubisk blærepunksjon, ville sykeligheten i befolkningen øke. Jeg kan ikke skjønne annet enn at det er større fare forbundet med å slippe samtlige norske leger ut med denne prøvetakings metodikk (SPA) sammenlignet med at pasienten selv later urinen. Berit Hovig fortalte at man selvfølgelig øker sikkerheten i diagnostikken hvis

man tar 2 urinprøver, hun hadde prosenttall på dette også og mente at den øket fra 80-96% i sikkerhet.

Det synes som om bakterio-  
logene endelig har ekseptert  
transportagar-metoden som  
nyttig ved urinveisdiagnos-  
tikk. Berit Hovig fortalte  
at borsyretilsats til urin-  
prøver helst ikke skulle  
transporteres mer enn 3 t..  
Jeg tror ikke det er så aktu-  
elt i Norge i dag å gå ut i  
almenpraksis med prøvetaking  
hvor transporttiden ikke bør  
overstige 3 timer.

Når det gjalt kjemiske metod-  
er i urinveisdiagnostikken  
mente foredragsholderen at  
disse generelt var meget  
dårlige, men at man, hvis man  
skulle benytte noen av de,  
kanskje ville være mest tjent  
med Nitritt-testen.

Hun fortalte oss om urinveis-  
mikroskopi og mente at 3-5  
hvite blodlegemer pr. synsfelt  
med 400 ganger forstørrelse  
tyder på betennelse. Hun  
mente videre at 60% med bak-

prøvene til et bakteriologisk  
laboratorium når man selv  
kan skille ut 70-80% av prø-  
vene.

Berit Hovig fortalte at det  
ikke var noe problem om Uri-  
cult ble stående fra lørdag  
til mandag før den ble under-  
søkt på laboratoriet. Hun  
nevnte videre at det er van-  
skelig å avlese Uricult der-  
som det står for mye urin i  
bunnen av prøverøret.

Den senere tid har det kommet  
frem metoder hvor man kan  
drive resistensbestemmelse på  
transportagar. Denne metode  
er imidlertid ennå for usik-  
ker og den bør ikke anbefales  
foreløpig.

Mikrobiologiforedragene av-  
dekket videre at det ikke  
var særlig mening i å sende  
inn for undersøkelse på tri-  
chomonas.

Det synes noe merkelig at de  
bakteriologiske laboratorier  
ikke på et tidligere tids-  
punkt har gjort oppmerksom  
på dette.

Ellers ble det fra bakterio-

vel ikke så mye greie på  
almenmedisin, men en del tips  
kom han med. Man skulle bruke  
penicillin V ved akutt otitis  
media og hos voksne kunne  
gis f.e. 1 mill. x 4. Hvis  
man hos barn har betennelse  
med pneumokokker og strepto-  
kokker kan man få akseptabelt  
serumnivå ved bruk av mixtur.  
Dersom det imidlertid dreier  
seg om hemofilus, blir det  
ikke nok med mixtur og legen  
må da bruke tablett, dråper  
eller granulat. Den praktiske  
nyttien av dette for en almen-  
praktiker er jo at man ikke  
bør bruke mixtur.  
Han fortalte videre at  
Erythromycin er penicillinet  
for penicillin-allergikeren.

Når det gjalt tonsillitter og  
pharyngitter skulle man dos-  
ere penicillin V som ½ mill.  
x 3-4. Hvis man hadde en  
betahemolytisk streptokokk-  
infeksjon, kunne man ikke  
være sikker på å forebygge  
glomerulonephrit ved å gi  
antibiotika. Likevel må man  
vel med god samvittighet  
kunne si at disse betennels-  
ene bør behandles.

# Dopamet

l- $\alpha$ -metyldopa

**i huskepakning til samme pris som før.**

Viktige bivirkninger og kontraindikasjoner, samt eventuelle  
forsiktighetsregler og advarsler:  
Se Felleskatalogen.

**DUMEX**

Følgende pakninger er huskepakninger:  
0,25 g med delestrek: Glass à 100 og 250  
tabletter.  
0,5 g med delestrek: Glass à 30 og 100  
tabletter.  
Talrike undersøkelser viser at mange pasienter  
ikke tar sin medisin som foreskrevet av legen.

**DOPAMET** huskepakning skal hjelpe Deres  
pasienter å ta riktig dose på riktig tidspunkt.

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

For øvrig finnes **DOPAMET** i gjennomtrykks-  
pakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0,25 g).

teriuri hadde pyuri.

Av praktiske tips for en  
almenpraktiserende lege, kom  
hun inn på urinposer for  
prøvetaking hos barn. Det har  
nu kommet nye prøveposer med  
2 kammer hvor det nederste  
kammer inneholder urinen.  
Urinen kommer derved ikke i  
så nær kontakt med hud om-  
kring scrotum og penis.  
Ved inkubasjon av transport-  
agar, bør tp. ikke overstige  
+ 40°C. En røst i forsamling-  
en (dr. Arne Ivar Østensen)  
så at det er dårlig praksis  
å drive med urinveisunder-  
søkelse og transportagar-  
metode uten å ha en inkuba-  
tor. Det er uakseptabelt at  
man skal sende alle disse

logisk hold understreket  
viktigheten av at vattpinner  
med prøvemateriale måtte ha  
fuktighet dersom de skulle  
nå frem til laboratoriet i  
god behold. Det er ingen  
særlig vits i å sende inn  
vattpinne med bakterier som  
er helt inntørket når de  
kommer frem.

Videre er det ingen mening i  
å sende avføringsprøver i  
boks til undersøkelse på  
patogene bakterier eller  
andre mikroorganismer, da  
transporttiden som regel er  
for lang. Man må her bruke  
spesialmedier.

Dr. Kjetil Melbye skulle  
fortelle oss om antibiotika  
i almenpraksis. Han hadde

Hvis flere i samme hus fikk  
pneumoni, skulle man tenke på  
mycoplasmafare og istedenfor  
penicillin V gi tetracycliner  
eller helst Erythromycin.  
Dette er særlig aktuelt i  
alderen fra 7 - 30 år. Over  
30 år burde man kunne behandle  
med penicillin V 1 mill. x 4.

Ved kroniske bronkitter mente  
Dr. Melbye at Doctacillin,  
Imacillin og Pondocillin  
burde sidestilles hvis man så  
bort fra bivirkninger.  
Når det gjelder det siste er  
det vel Imacillin som har  
mindre bivirkninger, og det  
bør doseres 4 x om dagen på  
et ½ gr.

Dr. Melbye fortalte at kombi-  
nasjonen Trimetoprim Sulfa

er utmerket til urinveisbetennelser på grunn av at disse stoffene tas opp og gir likt konsentrasjonsforhold i urinen som i tabletten. Når det gjelder betennelser i luftveier, har man funnet ut at de to stoffene diffun-

derer forskjellig, og at man muligens bare får effekt av Trimetoprim på disse betennelser.

Tetracycliner i urinveisbetennelser ble også behandlet, og man burde ha en meget

følsom stamme hvis man i det hele tatt skulle bruke tetracycliner på urinveisnetennelser.

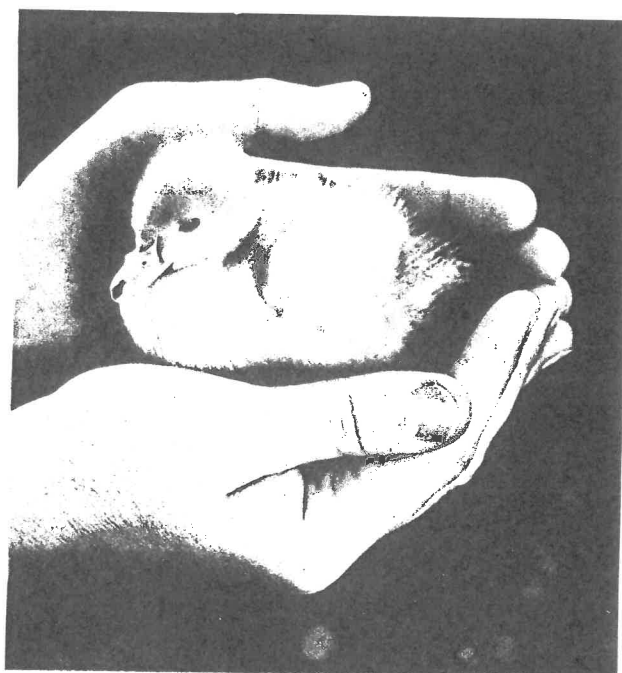
Det ble videre anbefalt å bruke Vibramycin i disse tilfeller.

## Ortopediske problemer i skolealderen

På kurs for almenpraktiserende leger på Gausdal hadde man avsatt en dag til overskriftens problemstilling. Her stilte man med et stort lag omfattende en fysioterapeut, en skolelege, en gymnastikklærer og en amanuensis fra idrettshøyskolen, samt overlege i fysikalsk medisin.

Det hele ble nærmest en konfrontasjon mellom legen, som ufortrødent prøver å bedre sine klienters helsetilstand, og forskeren representert ved amanuensis Terje Johannesen, som tvilte på evalueringsmetoden til fysioterapeuten og legen. Skolelege Haugen fra Notodden beskrev sitt utrettelige arbeid for å bedre elevenes fysiske og vel også psykiske tilstand, og hadde med seg gymnastikklæreren som virket meget inspirerende. Dr. Haugen hadde ikke noe vitenskapelig

materiale å vise til, men hadde tro på at arbeid med skolebarn når det gjelder holdning og fysiske skavanker, er meget viktig, og at elevene har stor nytte av at man setter søkelyset på dette. Dr. Haugen viste mange bilder over utviklingen av skolebarnas rygger, og det hele syntes meget overbevisende. Når så forskeren fra Norges Idrettshøyskole rett etter kommer og forteller at det ikke er noen mening i å undersøke skolebarnas holdning, ble der noe uro i salen. Forskeren mente at man ikke hadde stringente kriteriær for å kunne bedømme menneskers holdning, og tok derfor det standpunkt at dette var unødvendig. Han mente at man innen skolen måtte legge vekt på fysisk aktivitet, og legge alle forhold til rette slik at barna



fikk anledning til å drive mest mulig fysisk aktivitet på normalt vis uten spesielle opplegg fra gymnastikklærer og skolelege. Jeg tviler ikke på at forskeren Terje Johannesen har rett i at fysioterapeuter og leger ikke bedømmer samme holdningsfeil likt, men jeg tror han har lite greie på skolelegers bedømmelse av skolebarn og deres mulighet for å innvirke på skolebarnas helse. Dette omfatter nemlig ikke bare holdning, men like mye kjennskap til det miljøet som skolebarna lever i, sammenheng mellom vanskeligheter i hjemmene og psykiske skavanker. Jeg tror Terje Johannesen har rett når han hevder at man ikke gjensidig skal vurdere et barns holdning og utelukkende behandle eller forsøke å påvirke denne.

Overlege Karl Hartvigsen hevdet i sitt innlegg at holdning jo aldri er konstant. Et menneske står jo aldri helt i ro men beveger seg stadig, slik at holdning ikke er noe statisk tilstand men en stadig dynamisk tilstand. Kroppsøvingslærer Aage Meier, som har arbeidet sammen med dr. Haugen på Notodden, var meget innstilt på at samarbeidet mellom skolelege, fysioterapeut og lærer kan gi gode resultater, og jeg er helt sikker på at dette er tilfelle for skolehelsearbeidet i Notodden. Det var tydelig at forsamlingen var full av beundring over dr. Haugens arbeid for skolebarna på Notodden, men at de fleste andre på sin side hadde dårlig erfaring med forsøk på samarbeid med lærerkollegiet.



4. mai 1977

## SPØRSMÅL TIL SPØRRETIMEN

### fra representanten Gunnar Hvas- hovd til sosialministeren:

"Spørsmålet om å få etablert fastlønnsordninger for leger i distriktshelsetjenesten har vært tatt opp med økende styrke i den senere tid. Sist i åpent brev fra distriktsleger på Nord-Møre. Hva akter departementet å gjøre i den anledning?"

Svar:

Herr President!

Allerede i St.meld. nr. 85 (1970-71) Om helsetjenesten utenfor sykehus ble det fra Sosialdepartementets side slått lyd for at man også for denne del av helsetjenesten som hovedprinsipp burde basere seg på en fastlønnsordning. For privatpraktiserende leger og for de kombinerte distriktslegers praksisvirksomhet har man som kjent fortsatt et stykkpris-system etter takster som fastsettes ved forhandlinger mellom Den norske lægeforening på den ene side og Staten på den annen. I "Tilleggsmeldingen" - St. meld. nr. 45 for 1972/73 - ble spørsmålet om nye oppgjørsordninger skjøvet mer i bakgrunnen, og fra Stortingets side ble det bl.a. anført at man burde avvente grundigere analyser før eventuelle nyordninger gjennomføres.

Spørsmålet om fastlønnsordninger var sterkt fremme i den alminnelige diskusjon i forbindelse med stortingsmeldingene om helsetjenesten utenfor sykehus. Legene stilte seg negative og forslaget møtte også sterk politisk motstand.

I forbindelse med den avtale som ble inngått mellom Lægeforeningen og Staten om legetakstene med virkning fra 1. desember 1974, ble det fra Statens side gjort en protokolltilførsel om at tilnærmede fastlønnsordninger burde foreligge som alternativer til stykkprissystemet så snart som mulig. Senere har Sosialdepartementet mottatt uttalelser som tyder på at stadig flere distriktsleger er stemt for å komme over i et fast ansettelsesforhold.

I de seneste måneder har vi

opplevd nye og akutte vanskeligheter når det gjelder legebemanningen i distrikts-helsetjenesten. Det er flere årsaker til at vanskelighetene nå topper seg: stadig økende oppgaver som blir pålagt det offentlige legevesen, økende utgifter - både for kommunene og distriktslegene - for lang arbeidstid og for tyngende vaktbelastning. Den nye generasjon av leger i distriktshelsetjenesten sammenligner seg med kolleger ved sykehus og med folk i arbeidslivet for øvrig, og de vurderer ofte fritid og ordnede arbeidsforhold høyere enn deres forgjengere gjorde.

Ved endringer som er foretatt i Folketrygdlovens § 2, er det skapt hjemmel for ved helsesenter o.l. å benytte seg av en oppgjørsordning som kan gi legene fast lønn for fast arbeidstid, og med tilleggsordninger for sykebesøk/vaktordninger utenfor den faste arbeidstid. Før slike endringsbestemmelser kan tre i kraft, er det forutsatt utarbeidet særskilte regler. Arbeidet med å utforme slike regler har pågått i departementet i noen tid og er nå på det nærmeste avsluttet.

Overgang til fastlønnsordninger løser heller ikke automatisk de foreliggende problemer. De må i tilfelle sees i sammenheng med at man også på annen måte legger forholdene til rette i distriktshelsetjenesten slik at flere leger søker seg til denne viktige del av helsetjenesten.

Ved den nye loven om planlegging og forsøk i helse- og sosialtjenesten utenfor institusjon er kommuner og fylker gitt planleggingsansvar for primærhelsetjenesten. I tråd med dette har departementet intensivert sitt utredningsarbeid omkring alle sider av primærhelsetjenesten, herunder også spørsmålet om å legge ansvaret også for selve utbyggingen og gjennomføringen til kommuner og fylker.



## Fastlønnsordninger

Distriktshelsetjenesten lider under en betydelig legemangel. Befolkningen klager over kort tid hos legen, ventetid og fortrinnsvis tekniske løsninger på problemer som hører hjemme på det emosjonelle plan. Legene stønner mange steder under en uanstendig stor arbeidsbyrde, legenes familie protesterer mot en tilfeldig organisert legevakt, og politikerne stiller spørsmål i Stortinget og andre steder om hvordan problemet skal løses.

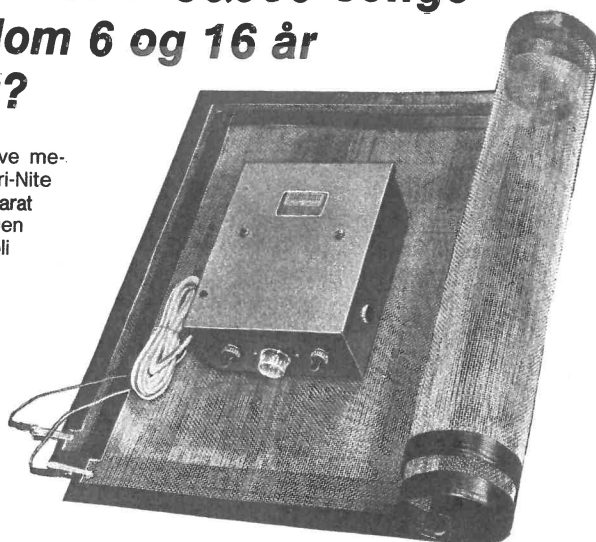
TIL DERE SOM ENNÅ STÅR PÅ SKANSENE:  
HOLD UT ENNÅ EN STAKKET  
STUND! HJELPEN KOMMER SNART!  
(FÅR VI HÅPE).

Harald Siem, redaktør av UT-POSTEN, distriktslege og formann i OLL, er bedt om å komme med forslag om hvordan offentlig tilrettelagt almenpraksis bør tilrettelegges. Svar ventes innen 1. juli 1977. En er innstilt på å finne løsninger som kan settes ut i livet innen overskuelig fremtid. (Hva nå det må innebære).

Advarsler og gode råd, prinsipperklæringer og oppmunt-ring tas imot med takk.

## Visste du at det er 50.000 senge vætere mellom 6 og 16 år her i landet?

Heldigvis finnes det effektive metoder som kan hjelpe. Dri-Nite Eastleigh er et alarmapparat som ringer idet vannlatingen skjer og lærer barna å bli tørre. Brukt på riktig måte — i samarbeid med terapeut — blir ca 80% tørre i løpet av få uker. For nærmere opplysninger, fagstoff og priser, send inn kupongen eller kontakt oss på telefon.



**URI-MED A-s**  
Finn Arctander  
1440 DRØBAK Tlf. (02) 93 17 29

Vennligst send oss

☐ uforbindtlig informasjonsmaterieil

← stk. Dri-Nite Eastleigh kompl.  
a kr. 355,- eks. mva.

Navn

Adresse

Forts. fra side 6:

### Om primærtjenesten . . .

henvisning fra den lokale almenpraktiserende lege.

Det må imidlertid ikke forhindres at man tar sikte på en bedre geografisk fordeling av spesialistene enn i dag. Når det gjelder en større by som Bergen, er det naturlig å ta sikte på en bedre spredning av disse leger — i alle fall for en del spesialisters vedkomme. Det gjelder for eksempel barneleger, indremedisinere og ØNH-leger. Jeg er på ingen måte overbevist om at man selv i et "regionalisert" helsevesen bare skal ha spesialisten knyttet til sykehus og poliklinikker. Mange spesialister vil sikkert også i fremtida kunne utføre et utmerket arbeid innenfor sitt fagområde utenfor sykehusmurene.

Mitt inntrykk er at situasjonen omkring spesialist-tjenesten i vårt fremtidige helsevesen fortsatt er temmelig uavklart. Muligens kan en del av den nødvendige debatt om dette tema foregå i UTPOSTENS spalter?

Bergen, 4.mai 1977  
Svein Hindal

Forts. fra side 3:

### Institutt for almen. . . .

Hva skal man så gjøre for å unngå at slikt skjer i fremtiden?

For det første må man helt fra begynnelsen klart definere hvem som foretar undersøkelsen, hvem som skal ha tilgang til materialet og hvordan det hele skal publiseres.

Jeg tror ikke instituttene i fremtiden skal satse på at spesialister og medisinske studenter skal være enerådende på dette området. Jeg synes det må være en naturlig ting at almenpraktikere utarbeider forskning på almenpraktikernes område. Jeg tror neppe det vil bli godtatt dersom en almenpraktiker laget forskning på psykiaterens arbeidsområde.

Man må forhindres at den norske presse får tak i undersøkelser før de som har laget dem har fått uttale seg. Instituttene må være

villige til å høre på kritiske røster fra almenpraktiserende leger og ta dette ad notam. Forskning i almenpraksis er ikke, og skal heller ikke være så enkel som forskning innen andre grener av medisinen.

Hvis man har med 56 almenpraktiserende leger, må disse 56 få lov til å uttale seg på fritt grunnlag før undersøkelsen blir offentliggjort. Dette har så vidt jeg skjønner ikke skjedd i dette tilfellet. Instituttet bør, før man setter igang med undersøkelsen, foreta en oppstilling av tids-skjema som forteller når det hele er planlagt avsluttet, og man bør underveis holde de medvirkende underrettet om hva som skjer og innkalle til møter hvor hele undersøkelsen kan diskuteres. Man kan innvende at dette er umulig, men innvendingen holder ikke, det er bare spørsmål om vilje til å samarbeide.

Instituttet har videre gjennomført 2 andre undersøkelser, den ene med hypertoni som overskrift og den andre med

sykdommer i bevegelsesorganer. Ved begge disse undersøkelsene har instituttet gjort samme bommert. Det har vært alt for liten orientering om innsamlende data. Tidsangivelser har ikke blitt holdt, og offentliggjørelse av materialet har delvis kommet uten at den enkelte deltagende lege har fått vite om dette.

Dette er en klar kritikk overfor instituttet som har gjennomført disse undersøkelsene, og jeg håper instituttledelsen noterer den slik at man slipper denne situasjonen for fremtiden. Det verste som kan skje i en slik situasjon, er at forskningen på dette området blir umuliggjort. Jeg har vel muligens i denne artikkel overvurdert den skade som har skjedd. Pasientene tar neppe direkte skade av en artikkel i en hovedstadsavis, men jeg tror tilliten mellom Institutt for almenmedisin og almenpraktikerne har fått en liten knekk. Det er nå opp til instituttet selv å rette på dette.



## Akutt og profylaktisk behandling av migrene

### Dose:

**Akutt:** 20 mg ved tegn til anfall, evt. etterfulgt av 10 mg 2 timer senere.

**Profylaktisk:** 5 - 10 mg morgen og kveld.

### Pakninger:

Tabletter á 5 mg  
25 stk.  
100 stk.  
250 stk.

Stikkpiller á 25 mg  
5 stk.  
50 stk.

**BIVIRKNINGER:** VED LAV DOSERING er bivirkningene oftest lette og forbigående. Desighet, som regel av kort varighet, tørst i munnen, mild obstipasjon, blodtrykkfall og kvalme har vært rapportert. Lette hudreaksjoner, ikterus og leukopeni sees sjelden, men har vært rapportert.

**VED BETYDELIG DOSEFORHØYELSE** eller i løpet av de første dager av behandlingen, kan akutte dystonier opptr. Dosen bør senkes og eventuelt økes igjen meget langsomt. Antiparkinsonmidler i noen dager vil kunne hindre residiv. Parkinson-lignende bivirkninger og skakthet kan utvikles i løpet av de første måneders behandling. Symptomene påvirkes lettest ved forsøksvis å redusere dosen, og/eller gi tillegg av antiparkinsonmidler, helst ikke utover 2 - 3 måneder. Etter måneders eller års behandling kan tardive dyskinesier opptr. De kan også debutere eller forverres etter seponering av medika-

mentet som fremkalte dyskinesien. Ansikts-, tunge- og kjeve-muskulaturen rammes oftest. De tardive dyskinesier kan være av mer eller mindre irreversible art, og de påvirkes ikke, men kan forverres av antiparkinsonmidler. Om tardive dyskinesier opptr, bør man overveie gradvis seponering av det aktuelle neuroleptikum. Brå seponering kan føre til debutering eller forverring av symptomene.

**KONTRAINDIKASJONER:** Leverideler.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet ved initialdosering hos sjåfører og folk som betjener maskiner. Kombinasjon med alkohol bør unngås. Hos eldre pasienter forsiktighet ved høy dosering. Ved langvarig neuroleptika-behandling må vedlikeholdsdosen ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige symptomer på tardive dyskinesier, som stereotyp

tygging, smatting etc., spesielt hos kvinner over 50 år. Man bør unngå langvarig bruk av antiparkinsonmidler som muligens kan disponere for tardive dyskinesier, og få pasienter har behov for slike midler utover en 2 - 3 måneders periode. Antiparkinsonmidler bør ikke brukes rutinemessig og profylaktisk, men kun når det foreligger behandlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger. Stemetil kan fremkalle kramp, derfor bør man unngå å gi preparatet til barn. Ved behandling med fentiazin-derivater i høye doser gjennom lengre tid, kan risiko for cornea og linsefordunkling foreligge, og pasienter bør kontrolleres rutinemessig.

**Interaksjoner:** Som alle andre fenotiazin-derivater kan Stemetil gi interaksjon med antidiagnostika, antiparkinson midler, analgetika, sedativa, betanidin, ganglionblokkerende midler, guanetidin og kloppoxid.

**Stemetil®**  
proklorperazin

**rhône-poulenc**  
**pharma rhodia**

MEDISINSK  
INFORMASJONSKONTOR

SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK