

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 1

JANUAR/FEBRUAR 1981

ÅRGANG 10

AV INNHOLDET:

- AAGE BJERTNÆS:**
Helseopplysning vår
tids viktigste
oppgave 2
- MARTIN HOLTE:**
Tvist om normal-
tariffen og legevakt-
ordninger 2
- ODD VELLAR:**
Helseopplysning i
Norge 3
- SIGURD SEIM:**
Får ulcuspasientar
lov til å eta tomat
doktor 5
- PER WIUM:**
Almenpraktikerens
rolle i helse-
helseopplysningen. 7
- PETER BÄCKSTRÖM:**
Distriktsläkaren och
tobaksrökningen 9
- AAGE BJERTNÆS:**
Pasientinformasjon
en utfordring til lege-
standen 11
- STEINAR WESTIN/
ARNE IVAR
ØSTENSEN:**
Utpostens Almen-
medisinske problem-
serie 14
- DISTRIKTSLEGER
I TROMS:**
Tromsø legevakt
blues 18
- GEIR JAKOBSEN:**
Normaltariffen 1981 19
- PER ARNE NORUM:**
Depresjon og opprør
i primærhelsetjenesten 21
- PÅL KIPPENES:**
Den gordiske knuten 23



TEMANUMMER: HELSEOPPLYSNING

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Toril Jacobsen

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237
Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 90,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Helseopplysning vår tids viktigste oppgave?

I etterkrigstiden har antall mennesker som beskjefter seg i helsesektoren blitt tredoblet og utgiftene til helsevesenet femdoblet selv etter at man tar hensyn til den reelle kroneverdi. Sykehus og helsesektoren er i flere kommuner blitt den største arbeidsplassen. 6% av alle våre sysselsatte arbeider i helsetjenesten. Til tross for dette lyder kravet om mere penger til helsesektoren over det ganske land. I grell relasjon til dette leser man fra Stortingets Sosialkomite innstilling nr. 220, 1977-78 "utbyggingen av helsetjenesten har:....nepe ført til den reduksjon av sykkelighet, invaliditet og dødelighet som en kunne ha håpet på". Mens utgiftene til helsesektoren øker synes ikke dødeligheten å bli mindre. Et tankekors som har fått våre helseøkonomer til å dra i nødbremsen.

Innpå 80% av alle dødsfall skyldes hjerte/kar-sykdommer, kreft og ulykker. Disse kan kun bekjempes ved forebyggende arbeid. Behandling redder som oftest ikke liv for disse sykdomsgrupper.

Her har helseopplysningen sin store utfordring. Forebyggende helseopplysning kan i fremtiden hindre at sykdom utvikles ved å påvirke skadelige levevaner. Ved opplæring i riktig legesøkningsatferd kan man dyktiggjøre folks egenbehandling, dels sikre tidlig diagnose og dels behandling av alvorlig sykdom ved å informere om

Forts. side 20.

Twist om normaltariffen og legevaktsordninger

For første gang i foreningens historie har Den norske Lægeforening tatt i bruk kampmidler i lønnsvist med Staten. Kun aksepterte kampmidler som vi kjenner fra andre lønnsvister mellom næringsliv og staten ble benyttet. Hva er det som gjør denne tvisten likevel så spesiell?

For det første den etiske konflikt som oppstår når legene går til arbeidsnedleggelse.

For det andre - statens forhold til privatpraktiserende leger som er å oppfatte som egne næringsdrivende. Staten fastsetter prisene på legetjenester som i ca. 30% dekkes av pasientens egenandel og ca. 70% utbetales av staten via Normaltariffen.

For det tredje - at mange leger har en meget god årsinntekt og at det fra mange hold er manglende vilje eller uvitenhet til å se denne inntekt i forhold til arbeidsinnsatsen som ligger bak. Mange glemmer å vurdere forholdene ved nyetablering av legepraksis med så store investeringer og driftskostnader at man nærmest vil føle det hasardiøst å gi seg ikast med opprettelse av en ny praksis.

Den i mange år utilfredsstillende oppjustering av legers inntekter over Normaltariffen i forhold til den eksplosjonsartede økning av driftsutgifter har vært en av de viktigste hemskoene til nyetablering av privatpraksis i primærhelsetjenesten.

I denne vanskelige situasjonen har enkelte kontorer måttet gå til driftsinnskrenkninger, ja so gar til total nedleggelse av kontordriften. Parallelt med en stadig vanskeligere arbeidssituasjon så opplever vi at kravet til faglig kvalitet i privatpraksis av flere grunner er sterkt stigende. En av grunnene er at denne form for helsetjeneste er idag det rimeligste alternativ for samfunnet, et samfunn som ikke lenger kan bekoste helsetjeneste uten å vurdere utgiftssidene ved den.

Forhandlingsmålet var en inntektsheving for privatpraktiserende leger til samme timelønn som underordnede leger ved sykehus mottar, basert på 38 timers arbeidsuke. Privatpraktiserende leger måtte arbeide 53 timer i uken for å oppnå samme inntekt. regulering av arbeidstiden til privatpraktiserende leger var også et mål for forhandlingene.

Forutsetningene for forhandlingene som skulle vært avsluttet 1.12.80. var at Staten 21.12.79 hadde forpliktet seg til å drøfte tiltak for å løse erkjente problemer med kostnads- og inntektsforholdene for privatpraktiserende leger. Herunder forpliktet Staten seg videre til en nærmere vurdering av forholdet mellom inntekt og arbeidstid for privatpraktiserende leger på heltid sammenlignet med andre legegrupper. Når så Staten gikk bort i fra forutsetningene var det klart at det måtte kom-

Forts. side 25.

Helseopplysning i Norge

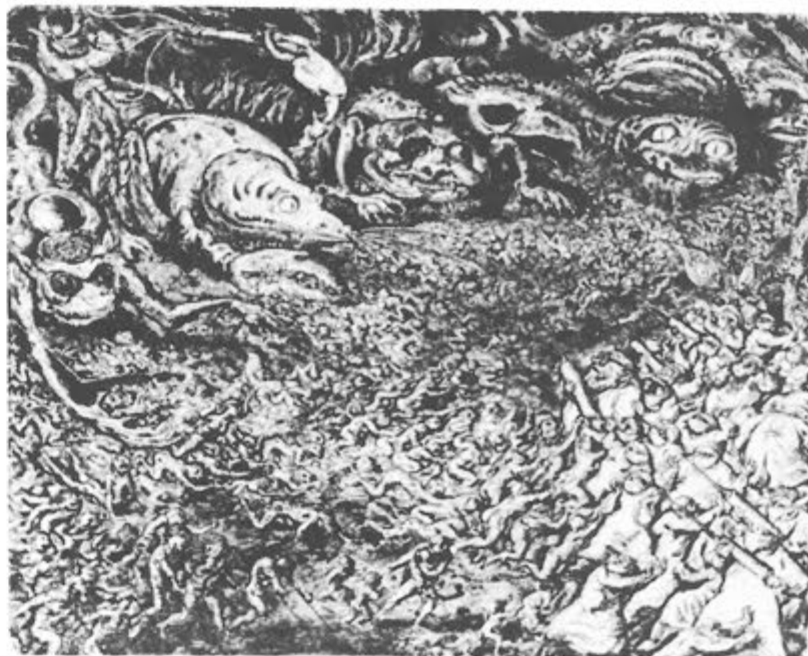
Fremtidens helsetjeneste i kommunene — Forebyggende helsearbeid og helseopplysning

Av dosent dr. med. Odd D. Vellar

Hygienisk institutt, Universitetet i Oslo

Det er nå generelt akseptert at helseopplysning er et viktig helsepolitisk virkemiddel, særlig som integrert del av forebyggende helsearbeid. En enstemmig sosialkomite (Innst. S. nr. 220 for 1977-78) slo i 1978 således fast at helsemessig opplysningsvirksomhet i betydelig større grad enn nå, bør inngå i utdannelsen av helsepersonell (leger, tannleger, sykepleiere, helse søstre), og at det bør være en viktig del av dette personellens etterutdanning. Helseopplysning kan imidlertid ikke stå alene - det må være ledd i en samlet strategi for forebyggende helsearbeid. Norske helsemyndigheter har lagt opp til dette i en rekke offentlige dokumenter gjennom de senere år. I tiden som kommer, vil de grunnleggende prinsipper for slik aktivitet bli ytterligere presisert.

Ot. prp. om Lov om helse-tjenesten i kommunene vil således om ikke noe uventet skjer, bli behandlet i Stortinget i løpet av 1981. Basert på uttalelser fra politikere/embetsmenn i Sosialdepartementet/Helse-direktoratet, offentliggjort i massemedia, kan vi danne oss et bilde av hvordan primærhelsetjenesten tenkes å skulle fungere utover i 1980-årene. Innenfor visse økonomiske og administrative rammer skal primærkommunene tilrettelegge alle deler av den nære helsetjeneste, for å bruke det svenske uttrykket nær-vård oversatt til norsk. Vel utbygget vil distriktslegene få en enestående anledning til å bli kjent med menneskene og deres helseproblemer i det miljøet der de bor, arbeider og tilbringer mesteparten av sin fritid.



Her om noe sted, finnes mulighetene til en markert forbedring av forebyggende helsearbeid. Ansvaret for forebyggende innsats vil derfor naturlig nok bli pålagt primærlegene og andre som arbeider innen denne del av helsetjenesten. Dette gjelder ikke bare ansvaret for primærprofylakse av sykdommer der en kjenner sykdomsårsaker og følgelig viktige virkemidler for forebyggende tiltak, men også ansvaret for sekundærprofylakse av sykdommer der det er nødvendig med oppsøkende virksomhet, tiltak for tidlig diagnose bl.a. motivering for egenundersøkelse av bryster og initiativ til behandling på et så tidlig stadium at sykdommen ennå ikke har gitt kliniske symptomer.

Denne forebyggende aktivitet kan formidles gjennom spesielle kanaler som helsestasjonsvirksomheten, skolehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten,

men bør også bli en del av den kliniske hverdag for legene i kontakt med pasienter og pårørende. Doktor betyr lærer, og som sådan bør legen prøve å påvirke den enkelte til å ta bedre vare på sin egen helse. Vi kan slå fast at i dag er det forebyggende arbeid det svakeste ledd i helse/sosialarbeidet i vårt samfunn, på lokalplan og fylkesplan og i nasjonal sammenheng. Vi håper imidlertid at dette vil endre seg i positiv retning. Den fremtidige Lov om helsetjenesten i kommunene, men også den nasjonale helseplan som det nå arbeides med, og reorganiseringen av Helsedirektoratet som antagelig vil innebære en egen avdeling for forebyggende helsearbeid, er viktige instrumenter når det gjelder å realisere politiske vedtak som understreker økt satsing på forebyggende arbeid.

Det er blitt hevdet at helsepolitikk, særlig forebyggende helsepolitikk, i økende grad er blitt av ikke-medisinsk karakter. Det er viktig å forandre

problemskapende trekk ved samfunnet - det fysiske og kjemiske miljø, bomiljø, trafikkforhold, arbeidsmiljø, avgifts- og prispolitikk osv. Det er videre viktig å sørge for helsepositiv produktutvikling bl.a. med relasjon til mat og drikke. Det er dessuten viktig at hele skole- og utdanningssystemet blir helseorientert, fra førskole-til høgskole- og universitetsnivå.

Men alt dette fritar ikke individet for eget ansvar for sin helse. Det er nemlig snakk om et samspill mellom individets ansvar og samfunnets rolle. Holdningsendringer hos individet må imidlertid gis optimale betingelser i form av samfunnsrettede tiltak slik at individet også kan realisere sine nye kunnskaper om hvordan en tar vare på sin helse. Har en f.eks. fått klart for seg at det er positivt i helsemessig sammenheng å bruke mindre fett i kosten, bør det være mulig å finne fett-reduserede produkter (lett-melk, lett-smør osv.) til gunstige priser i sin nærbutikk. En såkalt oppfølgingsmelding av St. meld. nr. 32 (1975-76) Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk, er nå på trappene, og vi får håpe at alle virkemidler blir integrert slik at de kan virke i samme retning.

Bruken av ordene helseopplysning og medisinsk egenomsorg har blitt trappet opp, særlig de siste 8-10 år. De er viktige komponenter for bedre helse, men de må som fremhevet ovenfor, ses i sammenheng med andre, mer samfunnsrettede virkemidler. Det bør ikke være mulig å privatisere ansvaret for egen helse. Solidaritet og samvirke - samfunnsrettede innsats - må hele tiden støtte opp om individets egen innsats for bedre helse.

Ved inngangen til 1980-årene har ikke minst leger og medisinske studenter fokusert oppmerksomheten på helseopplysning og forebyggende helsearbeid. Esculap hadde ved juletider (nr. 4-1980) et eget tema-nummer med tittelen: HELSEINFORMASJON - HVEM OPPLYSSES ? I lederartikkelen til

dette nummer påpekes viktigheten av tverrfaglig samarbeid på dette felt, men at dette ikke må innebære at leger dermed befries for ansvar i forhold til opplysningsvirksomheten. Med den faglige kunnskap og erfaring som legene sitter inne med, er dette en åpenbar plikt både overfor individ og samfunn, skriver lederskribenten.

Tidsskrift for Den norske lægeforening har gjennom mange år ofret stor plass på helseopplysning og tilgrensende emner. Jeg vil i denne sammenheng fremheve den innsats som redaktøren, Dr. Ole K. Harlem har gjort. Han har hele tiden hevdet at helseopplysning er en viktig oppgave for leger og annet helsepersonell og har både på lederplass og i artikler i Tidsskriftet vært en av våre fremste talsmenn på dette området. I anledning av 100-års feiringen for Tidsskriftet i Aulaen fredag 9. januar 1981 ble også Den norske Lægeforenings pris for helseopplysning delt ut for første gang. I den anledning fremhevet presidenten, Dr. Harald E. Hauge den store helsepolitiske betydning som må tillegges helseopplysning og forebyggende helsearbeid.

For å stimulere interessen og innsatsen for god helseopplysning har også Sosialdepartementet i budsjettet for 1981 fått Stortingets velsignelse til å opprette en helseopplysningspris på

25000,- kroner. Belønningen har fått betegnelsen Karl Evangs Pris for fortjenstfullt helseopplysningsarbeid, som en honnør til den tidligere helsedirektørs

rionerinnsett på dette viktige helseområdet. Det er meningen at prisen i form av et reisestipendium, skal utdeles årlig på Karl Evangs fødselsdag 19. oktober. Prisen kan tildel- es kandidater innen norske massemedia etter forslag fra foreninger, grupper av enkeltpersoner, enkeltpersoner eller etter søknad fra vedkommende selv. Den årlige konkurranseperiode settes fra 30. juni det ene år til 1. juli det neste. Anbefaling eller søknad skal således innen 1. juli 1981 være fremmet til Helsedirektoratet, Hygiene- kontoret.

Det ser derfor nå ut til at helseopplysning virkelig har fått fotfeste i norsk helse- og sosialpolitikk. Det er viktig at legene - i sitt daglige virke - hele tiden har klart for seg at doktor betyr lærer, og at det en sier og informerer om, er like viktig som alt det andre en foretar seg på profesjonelle premisser.



Får ulcuspasientar lov å eta tomat doktor?

Av universitetslektor Sigurd H. Seim. Universitetet i Bergen



Det er ei vanleg meining at vi var flinkare med kosthald og diet-lære før i tida, vi i den medisinske profesjonen. Jamt over er vi nok helst lite budde frå studiet på å løysa dei oppgåvene som ventar oss på dette området og kjenner oss derfor ofte utrygge. Inntil nyleg bygde ein i medisinen svært mykje på gamle røymsler og tradisjonar når ein gav diet-føresegner, ofte med enkle overordna mål for denne terapien: Skåna mage og tarm, nøytralisera magesyra, hindra gjæring i tarmen o.s.v.

Ingen vil vel utan vidare kasta gamle røymsler overbord, men det er naturleg å revidera dei med eit ope auga for dei føresetnader dei bygde på og i ljøs av vår tids næringslære. Denne er nokså ny som medisinsk vetskap, spela vel knapt noko rolle som rettesnor for medisinsk praksis før i siste delen av førre hundradåret. Utviklinga sidan var og er nær knytt til framgangen innan fysiologi og biokjemi, med god stønad i epidemiologiske metodar og i ser metodar tilrettelagt for næringsforskninga. Dermed er det skapt eit nytt grunnlag for utforming av kost-råd og diete-tikk som det er rimeleg å gå ut frå idag.

Læra om vitaminer byr enno på stendigt nye ting, dei såkalla spormetall er enno lite klårlagde og mange

spursmål vedrørende samanheng mellom kostfaktorar og sjukdom gjev opphav til intens diskusjon. Somme vil tenkja med litt vemod på den tid då diet-føresegner var skrivne som ei rad med forbod og påbod og meir eller mindre strenge levereglar. Mindre vemod har ein vel ved tanken på kor mykje, eller ofte heller kor lite ein oppnådde med dietetisk terapi.

Få vil vel idag meina at det berre er pasientane si "skuld" når dei ikkje greier å fylgja ein diet, eller at det t.d. er pasienten som lurar seg sjøl og lægen med "småspising" når ikkje avmagringskuren fører til serleg reduksjon i vekta.

Ein diet er ei endring i kosthaldet på medisinske premissar. Ser vi no fyrst og fremst på dei endringane som bør vera varige, så er det utan vidare klårt at oppgåva er å setja pasienten i stand til å gjennomføra desse på ein praktisk og effektiv måte.

Dess meir pasienten forstår mål og meining med dei tiltak som trengst, dess betre motiv for å setja dei i verk.

Dessuten må det gjevast eit minimum av praktisk rettleiing med omsyn til matvareval, tillaging av maten og rimeleg kontroll med at verknaden av kostendringa er slik som ynskjeleg er. Ein rammeplan for kostendringane og eit porsjons-system til å styra fordel-

inga av mat på dagens måltid har synt seg svært nyttig for gjennomføring av t.d. avmagringsregime og kostendringar ved diabetes.

Porsjons-systemet saman med bruk av ein næringsemnetabell gjer det råd for pasienten å ha størst mogleg valfridom innan kost-ramma og samstundes ha turvande styring og kontroll. Lukkast ein i på denne måten å gjera pasienten sjøl ansvarleg for dieten vil eg tru at mykje er oppnådd og at utgangspunktet er betre enn tradisjonens: å gjeva pasienten føresegner for ein kur i form av ein

pamflett med ei rad direktiv, ein kur som ein måtte "underkasta" seg i von om å verta frisk. Ofte er det slik at når visse kostendringar er føresetnaden for å kunna leva best mogleg med ein kronisk sjukdom, så er dei eller bør dei vera ein del av endringa i ein heil levemåte. Det kan krevja mykje tålmod å forklåra dette for ein pasient, men eg vil tru at det er møda verd.

Slik vert altså oppgåva for lægen i høg grad pedagogisk. Det kan trengjast noko å hjelpa seg med, så som vel formulerte skrivne rettleiingar for pasientar vedrørende dei kostendringane lægen gjev råd om. Ved mange sjukehus har dei hatt slike til disposisjon i mange år. Det kan vera ulike meiningar om form og innhald, men ein kan vel

vera samd om at dei bør reviderast med mellomrom.

God tilrettelegging av stoffet for dei praktiske føremål aukar nytteverdien av slike rettleingar, det seier seg sjøl.

Som eit slag medisinsk faglitteratur kunne det vera praktisk å ha eit sett med dei ulike kostrettleingar for dietetisk terapi, som var sams for heile landet, med ein ansvarleg redaksjon. Det som kanskje vert mest sakna, og som kunne bøta inntil vidare på dei knappe føresetnadene studiet gjev ein i praktisk dietetikk, det er ei kortfatta innføring i dette emnet for læger i allmen praksis, med punkt for punkt kva slag råd ein må gjeva pasientar som skal fylgja denne eller hin diet. Ei slik lita handbok kunne og presisera kva slag kontroll som reint medisinsk er påkravd ved ein dietetisk terapi,

og kva for ein risiko som ligg innebygd ved gjennomføring av kostendringar slik eller slik.

Det kan det vera store skilnader. Kostendringane ved coeliaci t.d. er lette å formulera, men det krev både varekunnskap og litt fantasi i matlaginga om ein skal få til eit alternativt kosthald som både sikrar fullgod ernæring og rimeleg variasjon. Ser ein på den gamle "langsom ulcuskur" blir ein slått av det rituelle ved denne dieten; men nøkternt analysert var det ein kost som berre inneheldt knapt halvparten av det jern som burde vore tilført, dei fyrste vekene og med for ringt innhald av protein og med 50 - 60 % av energien frå feitt.

Det synest idag underleg at dette regimet vart "halde heilag" til langt ut i 1960-åra ved mange sjukehus, endå om det rasjonelle grunnlaget var burte for lenge sidan. Men det er langt fram.

For nokre dagar sida vart eg spurt av ein velutdanna sjukepleiar: "Får ulcuspasientar lov å eta tomat?" - Kva i verda skal ein svara? Eg sa visst noko slikt som at det truleg var best

å forby steikt løk og brennevin, men elles fekk pasienten sjøl finna ut om det var noko spesielt han ikkje tolde.

- Det kan synast som eit ynskje om "forsakelse", om å "underkasta" seg ein kur ligg latent hos mange pasientar. Det er vel truleg at mange deler min skepsis til kur som terapi-modell, men likevel, det er ein del av ein gamal kultur-tradisjon vi møter som vi på ein eller annan måte er nøydd til å respektera og ta omsyn til i vårt medisinske arbeid.

Eg har skissert litt av eit kvardagssyn om eit kvardagsleg emne, men endå ikkje nemnt noko som helst om den reint profylaktiske delen av medisinsk praksis når det gjeld kosthaldet.

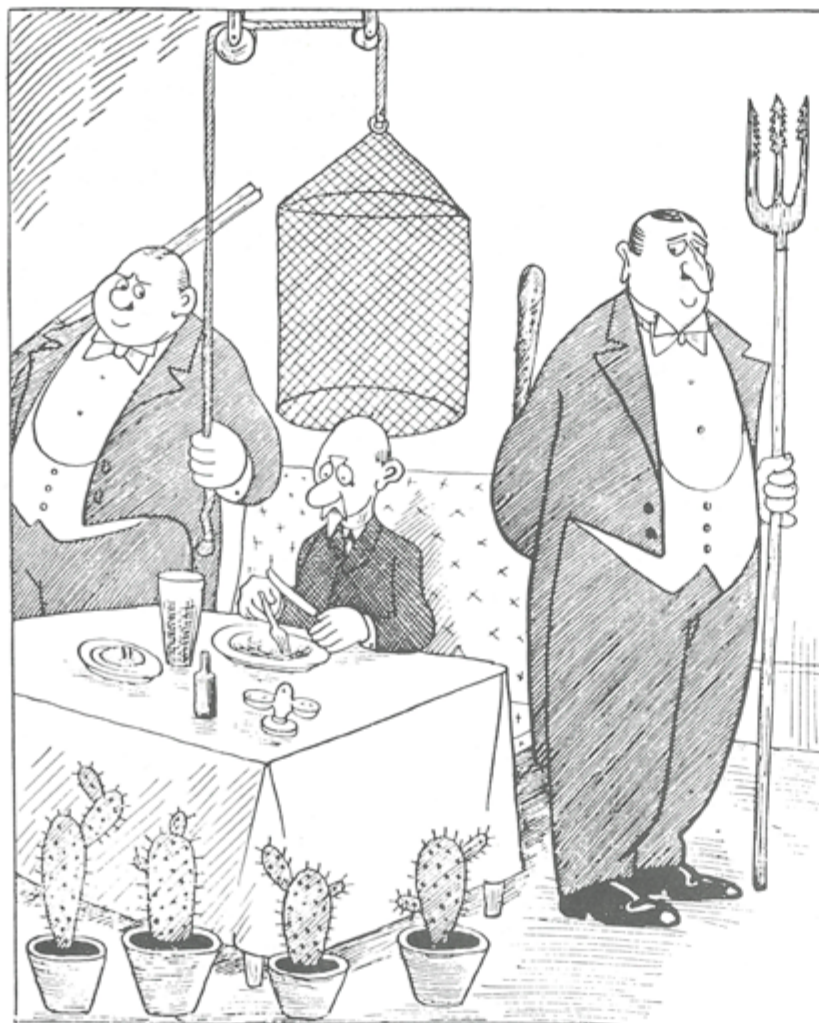
At dette i enn høgre grad stiller krav til lægen som pedagog er heilt klart.

Frå studiet av stiller vi ikkje serleg sterkt på det området. Men profylaktisk helse-arbeid er idag i hovudsak av pedagogisk natur, og krava er store og synlege når kosthaldet er det aktuelle emnet.

Opgåva kan til tider verka heilt uoverkommeleg, ikkje minst under flommen av kommersiell kost-informasjon.

Men det skulle vera råd å arbeida sakleg og rasjonelt med visse grupper som iallfall er i god posisjon til å både taka imot informasjon, og føra denne vidare: Lærarar i grunnskulen, faglærarar i hushaldskular og medlemmer av husmorlag, berre for å nemna nokre.

Å kvalifisera seg for dette profylaktiske arbeidet er vårt ansvar for framtida.



ALMENPRAKTIKERENS ROLLE I HELSEOPPLYSNINGEN

Av Per Wium, Almenpraktiker Dnlf. Bydelslege Oslo

Det hele startet med irritasjon over hvor hjelpeløse mine sykehuskolleger var til å informere pasienter.

Dette gjalt både den enkelte pasient, men også når de uttalte seg til aviser og andre media om hva som var "veldig viktig" og at man måtte oppsøke lege med en gang hvis man var usikker på noe.

Og siden har jeg interessert meg for hvordan man skal få pasienter til å "oppføre seg skikkelig".

I denne artikkelen skal jeg sette søkelyset på noen få punkter som er "veldig viktige" for fremtidens almenpraktikere, og mitt oppdrag går ut på å belyse forebyggende helsearbeid.

1. Den data-opplyste medborger.

Howdan kan almenpraktikeren forberede seg på og få innflytelse på den informasjon som vil komme inn i stuen til de fleste nordmenn innen få år? Tenk deg kjære leser, å få muligheten til å abonnere på hele Universitetsbiblioteket, eller for den saks skyld alle verdens bibliotek, og få opplysningene direkte inn på T.V. skjermen i din egen stue.

En mengde assosiasjoner melder seg, og en av de er almenpraktikerens lokale kjennskap til befolkningen som et slikt opplysningssystem aldri vil kunne få.

Den neste tanke som melder seg er: Har almenpraktikeren idag spesielt kjennskap til sin befolkning og vil han få det i fremtiden?

Vi kjemper for kortere arbeidstid og sykebesøkene reduseres. Kan vi i fremtiden påberope oss å ha noen spesiell innsikt i den befolkningen vi skal betjene.

Jeg er den siste til å ønske meg tilbake til "den gamle distriktslegen som hadde kontinuerlig vakt hele året, men når vi nå er igang med nye legevaktavtaler er det viktig at almenpraktikeren virkelig stiller opp og tar ansvar. Etter min mening kan kjennskap til befolkningens forhold og sosiale mønster aldri oppnås uten at legen er villig til å gå i hjemmebesøk.

Tilbake til skjermen.

Almenpraktikeren bør vise seg der, og det blir en vanskelig oppgave i konkurransen med all verdens spesialiteter. La det være en oppgave for et "Norsk Selskap for Almenmedisin", som bør komme innen få år, å stå frem som almenpraktikerens faglige opplysningsfasade på landsbasis.

Av og til har tanken streift meg at vi burde forby helseopplysning gjennom massemedia. Tanken er forkastet som kjettersk fordi vårt demokrati, som jeg tror på, krever åpenhet og opplysning.

La oss som yrkesgruppe bruke vår enorme makt til å kanalisere masseopplysning om helseforhold på et faglig sikkert grunnlag og på en måte som gjør at det blir forstått.

Altfor ofte ser vi medisinske særinteresser få bred omtale i landsomfattende massemedia.

Dette bør dempes ned sentralt i Lægeforeningen, og lokalt av den enkelte almenpraktiker.

Jeg kommer visst ikke bort fra T.V. skjermen i stuen. Bildet viser pasienten som sitter i konsultasjonsstolen hos almenpraktikeren og forteller ham 7 differentialdiagnoser til hematospermi, fordi det har han slått opp i på sin T.V. skjerm hjemme før han oppsøkte legen.

Vi bør være litt forsiktede, slik at vi ikke blir liggende under pasienten i kunnskap på vårt spesialoid, som almenpraksis ofte er kalt.

Det er en realitet at medisinsk student + datamaskin har en sikrere diagnosesetting enn mange eldre spesialister uten datamaskin.

Dette avsnitt avsluttes med innvendingen:

Science-fiction, dette vil bare ikke bli utviklingen, iallefall ikke i min livstid.

Jeg er heller ikke sikker på takten i utviklingen, men jeg tror almenpraktikeren skal være mentalt forberedt på å ta imot utfordringen når og hvis den kommer.

2. Almenpraktikeren i det daglige forebyggende helsearbeidet.

Er det virkelig mulig å



være ansvarlig for både forebyggende og kurativt helsearbeid?

Jeg vil hevde at en gruppe almenpraktikere på minimum 2-3 i fremtiden vil kunne ta seg av både forebyggen- de og kurativt helsearbeid for et bestemt geogra- fisk område.

De vil kunne påta seg arbeidet som helsestasjons- lege, skolelege, tilsyns- lege og helsekontrolllege. Jeg utelater bedriftslegen fordi jeg tror han må for- andre seg.

Etter min mening skal al- menpraktikeren foreta alle regelmessige helsekontroll- ler på "sin befolkning", og det uansett om medlem- met har arbeide eller ikke har arbeide, om innbyggeren er 2 år eller 80 år.

I tillegg må bedriftene knytte til seg spesialister innen sin yrkeshygiene spesialitet. Jeg tror ikke på et dobbeltsystem hvor du har almenpraktikere både der du bor og på arbeids- plassen.

Dagens bedriftsleger ser jeg på nærmest som almen- praktikere kombinert med halvstuderte yrkeshygienik- ere.

La oss få noen få gode spe- sialister i yrkeshygiene til våre arbeidsplasser og mange almenpraktikere til å ta seg av arbeidstakeren når han eller hun kommer hjem. Det er ting som ty- der på at vi vil tilbringe mer og mer av vår tid uten- for arbeidsplassen i frem- tiden.

La oss se på gruppen av al- menpraktikere som har an- svaret for kurativt og fore- byggende helsearbeid i en bestemt befolkning.

Det synes for meg innlysen- de at disse almenpraktiker- ne vil ha en enestående an- ledning til å drive helse- opplysning individuelt til- rettelagt og med stadige kontakter med mulighet for repetisjoner.

Noen vil sikkert hevde at helseopplysning bør bli en ny spesialitet. Det tror ikke jeg noe på. Derimot tror jeg på sterkere sats- ing på utdannelse som al- menpraktiker, og at du gjennom den utdannelsen vil kunne opplyse din del av befolkningen.

Og igjen savner jeg noe i den norske almenpraksis,

nemlig et rent faglig organ som uavhengig av lønninger kan fortelle oss hva som på landsbasis er god al- menpraksis inkludert skole- legearbeide, helsestasjons- arbeide og tilsynslegetje- neste.

Jeg tror et selskap for almenmedisin kan gi oss noe.

3. Selektiv helseopplys- ning.

Mitt siste moment i denne omgang er muligheten for å nå de med "minst helse". Engelskmennene er for ti- den meget opptatt av en snart årsgammel rapport om ulikheter i helsefor- hold.

Rapporten er delvis holdt tilbake av den konserva- tive regjeringen, men den viser at visse deler av England, og de lavere so- siale grupper i befolk- ningen har en ganske be- tydelig oversykelighet og vesentlig høyere dødelig- het. Dette til tross for at England har hatt et sentralstyrt helsevesen både hva gjelder sykehus og almenhelsetjeneste i over 30 år.

Kanskje må vi satse på helseopplysning til de lavere sosiale gruppene i fremtiden.

Dagens helseopplysning går rett inn på det øvre og kanskje særlig det midtre sosio-økonomiske lag av befolkningen. Det vil si at "overklas- sen" forstår det vi for- teller den, og er istand til å ta sine forholdsreg- ler.

Til nå har utviklingen vært at de lavere sosiale klas- ser, og de fattige har fått nytte godt av god helseopp- lysning først etter at den har "seget" ned fra de øvre sosiale klasser, og etter flere år.

Kanskje skulle vi mer be- visst sette inn øket helse- opplysning mot høy risiko- grupper for derved å ut- jevne noe av den økede dø- delighet og sykkelighet i de lavere sosiale grupper, og i enkelte deler av lan- det?

Jeg vet dette er kontraver- sielt, og jeg har ikke opp- lysninger om hvor store ulikheter det er i Norge, men jeg går ut fra at tal- lene fra England kan appli- seres på den norske befolk- ning.

For å bli helt konkret. Det ville kanskje være en god investering om jeg på helsestasjonen lot 2 mødre fra de øvre sosiale sjikt bli avspist med 10 minutter hver til helseopplysning for å kunne ta meg av en ugift mor med virkelige store problemer i en time. Og dette selvom de to før- ste mødrene hadde loo spørsmål og var lette og interessante å snakke med for meg, mens den siste moren hadde vanskelig for å oppfatte hva jeg sa og som i tillegg var helt uin- teressert og ikke hadde noe å spørre om.

Jeg synes jeg hører helse- søstrene i bakgrunnen nå: "Vi skal ha nok tid til alle på helsestasjonen". Det er nok målet ja, men hva om vi får beskjed om at det ikke blir økning i



Bør man legge større vekt på det systoliske trykk?

«Det viser seg at dersom det systoliske trykket er gitt, er det lite (intet) å hente ekstra ved å ha opplysninger om det diastoliske trykk. Har man derimot opplysninger om det diastoliske trykk, så er det en ekstra tilleggsverdi i det systoliske trykk. Mønstret er det samme for alle aldersgrupper og for kvinner.

Dette viser at man burde velge det systoliske trykk som grunnlag for de epidemiologiske analyser (33). Når vi allikevel har basert våre analyser på

det diastoliske trykk, henger det sammen med den tradisjon dette trykket har blant klinikerne.»(1)

Lund-Johansen og Lund-Johansen & Ohm har i 2 forskjellige undersøkelser under strengt standardiserte betingelser studert de hemodynamiske virkninger av Tenormin og metoprolol hos symptomfrie, tidligere ubehandlede hypertonicere i WHO-stadium 1. Behandlingsvarighet 1 år. Oversikt over pasientmateriale, opplegg og resultater fremgår av nedenstående tabeller:

Oversikt over pasientmateriale og dosering (etter Lund-Johansen², Lund-Johansen & Ohm³)

	Tenormin ²	Metoprolol ³
Antall	13	12
Alder (år)	33.8 (20-48)	47.8 (23-58)
Symptomfri	x	x
Tidl. ubehandlet	x	x
WHO-grad I	x	x
Utgangstrykk (mm Hg):		
liggende	145/89	151/91
sittende	158/100	163/101
300 KPM/min.	180/102	188/105
600 KPM/min.	189/104	191/106
900 KPM/min.	205/111	203/110
Døgndose (mg)	100-200 (200 mg hos 1 pasient)	50-250 (250 mg hos 4 pasienter)
Døgndose gj.sn. (mg)	108	116 ⁴

Blodtrykksfall (mm Hg) målt intraarterielt (bortsett fra kontortrykk) (etter Lund-Johansen², Lund-Johansen & Ohm³)

	Tenormin	Metoprolol
Kontortrykk sittende	28/16	25/14
Liggende	18/16	12/13
P	<0.001/<0.001	NS/<0.01
Sittende	23/18	11/13
P	<0.001/<0.001	NS/<0.01
300 KPM/min.	30/18	13/11
P	<0.001/<0.001	NS/<0.01
600 KPM/min.	33/20	14/14
P	<0.001/<0.001	NS/<0.001
900 KPM/min.	29/18	8/9
P	<0.001/<0.001	NS/<0.001

Antall pasienter normalisert ($\leq 140/90$ mm) (målt intraarterielt, sittende):

Tenormin : 9 av 13 pas.

Metoprolol : 3 av 12 pas.

Med Tenormin høysignifikant reduksjon av både systolisk og diastolisk trykk målt intraarterielt i hvile og under belastning. Ingen forskjell i virkningen på kontortrykket.

Tenormin
ATENOLOL

I sin diskusjon sier Lund-Johansen & Ohm følgende:

«The blood pressure reduction induced by metoprolol in this study was relatively modest. It is likely that this is partly due to the use of small doses. In a clinical double-blind cross-over study Bengtsson (1976) used 150–300 mg/day and obtained a greater fall in casual blood pressure and heart rate than in the present study».

«The pressure reduction was less than what has been obtained with atenolol in similar patients (Lund-Johansen, 1976 A)».

LITTERATUR:

1. Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helsetjenesteforskning, rapport nr. 5, 1978, s. 27.
2. Lund-Johansen, P.: Br. J. Clin. Pharmac., 3:445, 1976.
3. Lund-Johansen, P. og Ohm, O.-J.: Br. J. Clin. Pharmac., 4:147, 1977.
4. Lund-Johansen, P.: *Journal of Internal Medicine*, Primary Cardiology Supplement 1, 1980, s. 29.
33. Kannel, W. B. et al.: Am. J. Cardiol., 27:335, 1971.
- Bengtsson, C.: Acta med scand., 199:71, 1976.

INDIKASJONER: Hypertoni, Angina pectoris.

KONTRAINDIKASJONER: *Absolute:* Ukompensert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

Relative: Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulintrengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

Betablokkerere dessuten kontraindisert hos pasienter på verapamilbehandling. Ønsker man å erstatte betablokkerer med verapamil eller vice versa, må den nye terapi ikke institueres før atskillige dager etter seponering av det tidligere preparat. Anbefales ikke til barn p.g.a. manglende erfaring.

BIVIRKNINGER: Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter. Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

I forbindelse med bruk av flere betablokkerere er det rapportert tilfelle av hudutslett og/eller tørre øyne. Den rapporterte hyppighet er liten, og symptomene har i de fleste tilfelle forsvunnet etter seponering. Seponering bør overveies dersom de nevnte hud- og øyenreaksjoner ikke kan forklares på annen måte. Seponering av betablokkerere må skje gradvis.

FORSIKTIGHETSREGLER: Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta₂-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskel. Betablokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, hos gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør dosen og evt. doseintervallet justeres hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon. Hvis det er spesiell grunn til å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

Hos pasienter på samtidig behandling med klonidin og betablokkerer, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkereren. Betablokkereren må seponeres først for å unngå en sterk «rebound» blodtrykkstigning etter seponering av klonidin.

INTERAKSJONER:

Betablokkere
COID

Beta-stimulerende adrenergika blokkerer beta-adrenerg effekt (V1b)

antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (V1a)
antihypertensiva/diuretika	økt BT-senkende effekt (V1a)
digitalis	bradykardi, arytmi (V1a, V11)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)
generelle anestetika	myokarddepresjon V11)
sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasm (V1a)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (V1a)
verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (V1a)



ICI-Pharma

Drammensveien 126
Postboks 173 Skøyen, OSLO 2

helsestasjonsbudsjettet innen overskuelig fremtid? Vi vil aldri få "nok tid" på helsestasjonen, og vi må alltid prioritere oppgaver.

Og hva med massemedia? Jeg tror det er mulig å nå de gruppene som trenger det mest ved bevisst å satse på de kilder denne gruppen benytter seg av.

Det er åpenbart nyttig for Ukebladet Farmand å ta inn interessante artikler om hvordan den mannlige del av befolkningen kan forhindre hjerteinfarkt, men har noen prøvet å putte inn helseopplysning om barnesykdommer i ukebladet "Romantikk"? Jeg er klar over at jeg har stilt meg til for hogg, og håper leseren ikke trekker eksempelet lenger enn jeg har gjort.

T.V. skjermen var mitt første eksempel, og jeg kan godt slutte foran denne. Dette for å understreke hvilken enorm innvirkning jeg tror denne samarbeidspartneren kan ha i helseopplysningsarbeidet.

Og det er to ting jeg vil understreke.

For det første - prøv noe nytt. Det eneste som har fengst til nå er T.V. program fra store tekniske operasjoner med mye blod og mange kirurger.

Dette har ingen positiv effekt på befolkningens helse, men kan ha negativ effekt for de som besvimer når de ser blod på farve-T.V.

Hvorfor er det forbudt å lage morsomme T.V. program med innebygget helseopplysning? Mitt forslag er å bruke våre dyktigste komikere til å formidle stoffet.

Sendetiden bør også tenkes på hvis alvorlig helseopplysning med dagens programleder skal nå spesielle grupper.

La for eksempel et program om riktig kosthold for skolebarn følge etter, eller bedre bygges inn i en pop-konsert med ABBA.

Avslutning.

Almenpraktikeren ble visst borte i siste del av forrige kapittel, men han eller hun dukker opp her igjen.

La oss ikke gjøre helseopplysning mer komplisert enn at vi forstår den selv. Si ifra høyt og tydelig når du mener en spesialistkollega har "tråkket i myra".

Gå inn i arbeidet på helsestasjonen, i skolelegetjenesten og i annen kontroll-legevirksomhet med forvissningen om at dette er også en del av almenmedisinen, og det er der du virkelig kan drive forebyggende helsearbeide hvis det i det hele tatt skal drives.



Distriktsläkaren och tobaksrökningen

V/ Peter Bäckström, distriktsläkare Karlskoga, Sverige

Distriktsläkarens vardag är ofta fylld av rutin-göromål, där man som enskild doktor tyvärr inte alltid orkar eller hinner tänka på strukturering av arbetet eller utvärdering av det man gör. Sannolikt gäller denne bild i allt väsentligt, såväl i Norge som i Sverige.

Inför önskemålet och också allt oftare kravet på att börja arbeta med begrepp som prevention och hälsoopplysning är det naturligt att man som enskild läkare kan känna sig villrådig. Det är alltid arbetsamt att ifrågasätta gamla in-vanda rutiner och försöka värdera, ifrågasätta och nystrukturera. Ett önskemål inför nya eller kompletterande verksamheter

är att dessa utan alltför stor omställning skall kunna inlemmas i den vanliga verksamheten och samtidigt ge mätbara resultat, som också kan bedömas vara rimliga i förhållande till insatser i tid och energi.

I denna situation har jag valt att arbeta med tobaksproblemet, där jag efter att först ha informerat mig genom studiebesök, kurser etc. har hållit föredrag för sjukvårdspersonal, skolhälsovårdspersonal etc. med faktaopplysning om tobaksproblemet och samtidigt aktivt i min ordinarie verksamhet som distriktsläkare försökt att integrera denna kunskap och medvetenhet i min dagliga gärning.

Jag vill utifrån min erfaren-

het hävda att det engagemang av denna typ är rationellt och ändamålsenligt och motsvarar de krav som jag initialt skisserat. Jag anser detta bl.a. av följande skäl:

A. Världhälsoorganisationen (WHO) hävdar inför sitt temaår 1980 att "en minskning av tobaksbruket är den viktigaste enskilda faktorn för en bättre folkhälsa". Faktaunderlaget för denna kategoriska bedömning är ju nu helt imponerande och väsentligt att arbeta på att försöka minska tobaksbruket är helt klart.

B. Distriktsläkaren har en unik och central position i hälsoarbetet genom sina stora kontaktytor utåt

mot stora befolkningsgrupper i samhället. Vid en studie som gjordes för några år sedan vid en distriktsläkarstation i mitt landstingsområde kunde konstateras att 98% av männen 40 - 60 år inom en 5-årsperiod hade kontakt med läkare.

C. Enbart ett givet råd till patienten av typen "p.g.a. Din sjukdom måste Du sluta röka" har en mycket god effekt. Vid en nyligen publicerad studie (1) kunde visas att enbart detta råd resulterade i att 25% av patienterna som fått detta besked var rökfria efter ett år! Detta resultat ligger ju i paritet med vad man normalt brukar redovisa som 1-årsresultat vid systematiskt rökavvänjning.

Sannolikt finns det inget område inom för oss tillgänglig verksamhet, där resultatet i form av en förbättrad hälsa är så stort i förhållande till insatsen som vad gäller information om rökavvänjning.

Vad består då doktors insatser av? Vad skall jag som enskild läkare göra?

Det viktigaste är utan tvekan en ökad medvetenhet om sambanden mellan tobaksbruket och dess i dag helt oomtvistade hälsoeffekter. Jag anser det alltså viktigt att jag som läkare vid tillstånd med tobaksrelaterade sjukdomar (recidiverande infektioner hos vuxna och barn, astma, allergier i luftvägarna, kronisk obstruktiv lungsjukdom samt hjärt- och kärlsjukdom) aktivt penetrerar tobaksanamnesen och klart rekommenderar en tobaksabstinens - ett råd som med hänsyn till de kunskaper vi i dag har om tobakens skadeverkan är synnerligen välmotiverat och som således enligt den tidigare omtalade studien (1) ger mycket goda resultat.

Den ökade kunskapen vi i dag har om effekten av passiv rökning i form av klart mätbar lungfunktionsnedsättning (bestående??) både hos vuxna och barn (2) gör att allt fler fokare även av hänsyn till sin omgivning och speciellt sina barn får en ökad moti-

vation att sluta. När man då dessutom kan upplysa om att risken för att barnen skall bli rökare är 7 gånger större om föräldrarna själva röker förstärks ju detta intryck ytterligare (Aarö:s norska studie som visar att 10% av barnen blir rökare från rökfria hem medan motsvarande siffror från rökarehem är 72%) (3).

Genom våra möjligheter till närhet och kontinuitet i primärvården kan vi lätt ställa upp och stödja patienten i det av honom själv fattade beslutet att sluta röka.

Vi kan identifiera och behandla flera av de besvär som ofta uppträder vid rökarens. (4).

Ofta kan ju bara informationen om att besvären är relativt vanliga och att man kan försäkra att de är övergående räcka för att patienten skall acceptera besvären. Vi kan ju dessutom genom att den första tiden ge en tät informell kontakt (ev. stöttat av den psykofarmakologiska effekten av dagliga metylskopylamininj.) lotsa patienten genom de 2 - 3 första abstinensveckornas svårigheter.

SKOPYL (R)

0,3-0,6 ml s.c. 0,5 mg/ml

Dessa insatser är arbetsmässigt krävande och ur alla synpunkter väl värda mödan, eftersom vi härigenom kan hjälpa människor att komma ifrån den klart största riskfaktorn för cardiovascular sjukdom och samtidigt ge individen en möjlighet att få en betydligt högre livskvalitet på sitt återstående liv.

Vid en värdering av denna verksamhet framstår det för mig att distriktsläkaren i sin funktion är synnerligen lämplig att agera i dessa sammanhang och effekten av dessa hans insatser i form av ökad hälsa är sannolikt optimala i förhållande till den tids- och arbetsinsats som nedlägges.

Ref. 1: Ovhed Ingvar

"Effekten av olika rökavvänjningsmetoder använda vid Allmänläkarmottagning". Svenska Läkartidningen volym 77, nr.39, 1980.

Ref. 2: Tager I B, Weiss

S T, Rosner B, Speizer F E, Effect of parental cigarette smoking on the pulmonary function of children, am.j.epidemiol. 110:15-26, 1979.

Ref. 3: Aarö L E: Interpersonal influence on smoking-behaviour among school-children. Implications for health-education activities. The second European council on smoking and society, Rotterdam 28-31 aug. 1978.

Ref. 4: Tibblin G, Ander S och Lindström B:

Abstinenssymtom hos inbitna rökare. En studie av fysiologiska, endokrinologiska och psykologiska reaktioner vid kortvarigt rökuppehåll. Socialmedicinsk tidskrift 52: 34-47, 1975.



PASIENTINFORMASJON EN UTFORDRING TIL LEGESTANDEN

Av almenpraktiker Dnlf. Aage Bjertnæs, Trondheim

Pasientinformasjon utgjør en viktig del av området helseopplysning. Herunder hører i korte trekk de opplysninger som pasienten naturlig trenger vedrørende sin sykdom/lidelse.

Legestanden har i en årrekke ofte blitt kritisert for å gi mangelfull informasjon, og kravet om mer saklig informasjon har vist seg i samfund, hvor legenes tidligere opphøyde status er redusert og pasientene er blitt mere selvbevisste.

Den kulørte presse, aviser og våre nyhetsmedia har til overmål utnyttet denne utviklingen. Helse - sykdom er godt salgbart stoff, og uselektede opplysninger og medisinske halvsannheter øses utover et videbegjærlig publikum. Vi vet fortsatt lite om hvor våre pasienter henter sin viden, langt mindre hvordan kunskapene settes sammen til konklusjoner.

Mange steder har en tatt konsekvensen av dette, i USA har en i flere år utdannet medisinske pedagoger som går inn for å gi pasientene informasjon mens de er hos legen eller ligger i sykehus. Legens tid er kostbar

Hva er drivkraften bak kravet om mere informasjon?

Et generelt høyere opplysningsnivå i befolkningen orsaket i bedre og lengere skolegang gjør at pasientens krav om innsikt i sykdom og helse står sentralt.

Blant leger har forventningene til høyteknologiske diagnostiske og terapeutiske prinsipper blitt dempet ned da man i 70 årene for alvor ble klar over i hvor liten utstrekning mange pasienter fulgte sin leges råd og anvisninger. Sikker diagnose og effektive trygge medikamenter er ikke nok for å skåre terapeutiske mål.

Våre helse-økonomer har også registrert at dårlig informerte pasienter blir kostbare pasienter for samfunnet. Manglende viden og motivering undergraver egenomsorgen og gjør pasientene passive og hjelpe-løse. Dette er en alvorlig trussel og hindrer sosial vekst i et velferdssamfund.

Hva vet vi om pasientinformasjon idag?

Medisinsk kommunikasjon er for de fleste av dagens leger et ukjent begrep. Legen som lærer overfor pasienten er en idealistisk målsetting, hvor fundamentet legens pedagogiske forutsetninger mangler. Ved mange medisinske skoler i den vestlige verden forsøker man nå å rette opp dette ved å vie adferdsfagene og spesielt medisinsk kommunikasjon mere oppmerksomhet.

Undersøkelser vedrørende pasientinformasjon viser at informasjonen ofte blir

mangelfullt og ufullstendig oppfattet.

Resultatene av pasientinformasjonsstudier er ofte vanskelig å sammenligne, da metodene som benyttes ofte er svært forskjellige. Det er særlig studier vedrørende medikamentbruk som spriker mest. Det synes nesten som et paradox at f.eks. resultatet av å øke blodtrykks-pasienters kunnskaper om hypertoni og dets følger ikke oppnådde høyere compliance.

Nå skal det tilføyes at i mange studier var forutsetningen at det legen sa ble oppfattet, en betingelse.....

Det synes som om vi står ved foten av et interessant område, kanskje vil medisinsk kommunikasjon som obligatorisk fag i studiet gi studentene mulighet til i større utstrekning å oppleve og leve seg inn i pasientens situasjon.



Hva bør pasientinformasjon inneholde?

Ut fra pasientens premisser står tre spørsmål sentralt.

Hva er i veien med meg, og hvorfor?

Hva kan gjøres med dette, og hvorfor?

Hva kan jeg gjøre selv med dette?

Som dokter og lærer må vi ta hensyn til følgende pedagogiske prinsipper.

Rett budskap til
Rett person til
Rett tid.

Opplysning om diagnose så langt denne er mulig demper angst og frygt hos pasientene. Selv hos pasienter med letale lidelser som cancer synes de pasienter som har fått beskjed om diagnose tryg- gere enn de uinformerte.

Opplysninger om medikamenters virkning og eventuelle ventede bivirkninger er unødvendige i en tid hvor kun 1/3 tar medisinerne slik de var forskrevet av legen.

Vårt krav til pasientene om større egenomsorg og innsats kan først bli en realitet når pasientene har fått vite hva de kan bidra med.

For å få informasjon til å spire må lege-pasientforholdet danne fruktbar jord.

God informasjon krever nøye innsikt i våre pasienters adferd og livsvaner. Informasjon må dertil gis under trygge omstendigheter. Mange leger lever i den vilfarelse at informasjon kan gies og oppfattes hvorsomhelst og nårsomhelst. Mangt må fordøyes over tid. Å velge det riktige øyeblikk kan skape et varig godt resultat.

Hvilke vansker støter en på når en skal gi informasjon?

Tidsfaktoren:

Mange studier viser at dårlig tid er årsak til mangelfull informasjon. Det sentrale er likevel ikke hvor meget tid som blir avsatt til informasjon men hvordan den blir anvendt. Mens



gjennomsnitts- konsultasjonen i England varer 8 min. varer den 16 min. i Norge. Begge steder er kravet om mere og bedre informasjon likevel til stede.

Lege- pasientforholdet.

Legens holdninger bestemmer ofte hvordan kommunikasjon skal komme i stand. Pasienters inntrykk av leger som hvitbefrakkede travelt springende mennesker, med korte replikker og svar



«Den rutinerte»

skaper ikke et gjensidig åpent forhold. Legen som den opphøyde medisinske alvder kan skape avstand og skade mer enn gavne.



«Den effektive»

Pasientens situasjon.

Kun de leger som selv har vært syke har fått mulighet til å identifisere seg med pasienten på dens premisser. Vi mangler innlevningsevne, vårt medisin- studium har ikke gitt oss denne viktigste forutsetning. Vi har lært å diagnostisere og behandle, men evnen til å pleie, lindre, trøste og forstå er i altfor liten grad utviklet. Hva opplever ikke pasienten etter timelang venting på venteværelset fylt av angst og redsel for at noe alvorlig er i veien når han endelig slipper til. En psykologisk sperring intreffer, pasienten går i lås og klarer ikke å oppfatte hva legen sier.



Sproget.

Mange hevder at de ikke forstår hva legen sier. Vårt rikt latinske pregede dertil teknifiserte medisinske sprog er en hemsko i et hvert lege-pasient forhold. Akademisk ånds- slobberi har kanskje hindret en naturlig utvikling på dette plan. Fornorskning av medisinske faguttrykk er en viktig oppgave i fremtiden.

Barn og eldre.

Denne gruppen utgjør en stadig større del av vår praksis. Informasjon til disse må ofte formidles via pårørende. God tid og mange gjentagelser er grunnleggende elementer i opplysningene til disse pasientene.



Hvilke krav bør en rette til informasjonen?

Sannhet. Det som skal informeres bør bygge på videnskaplig basis. Overdrivelser bør unngås. Av alle ismer er fanatisme den som dårligst lar seg forene med vårt fag. Etterkrigstiden har gitt oss mange eksempler på hvor skadelig dette er når vi bombastisk henvender oss til pasientgrupper med plagsomme forbud og påbud som ikke har noen klinisk betydning. Overdrivelser bør unngås. Likeledes forbud. Det er alltid bedre å fortelle pasienten hva som kan gjøres enn hva som ikke skal gjøres.

Hvilke hjelpemidler har vi til rådighet når vi skal gi informasjon?

For mange vil blyant og papir være et viktig redskap. Skriftlig beskjed kan i mange tilfeller øke compliance overfor medikamenter. En enkel tegning eller skisse kan i mange tilfeller skape klarhet i et vanskelig problem. Enkelte leger er flinke tegnere, la pasienten også få glede av dette!

Mange av våre lærebøker i anatomi inneholder rikelig med plansjer og bilder som kan anskueliggjøre mange gåter. Undersøkelser har vist at leger ofte undervurderer pasientens evne til å forstå medisinske problemer.

Flipp over, slides, film og video gir i dag mulighet for den som er interessert til å gi informasjon på en profesjonell måte. Disse hjelpemidlene forutsettes brukt som et supplement i et godt utviklet lege-pasientforhold.

Enkelte steder i USA har en utviklet store pasientinformasjons systemer som med all sin tekniske finesser blir upersonlige og kan virke fremmedgjørende på pasientene.

Vi skal heller ikke glemme all den fine litteratur som finnes på markedet av bøker skrevet for pasienter med spesielle sykdommer. En hver lege bør ha et godt utvalg av disse i bokhyllen til demonstrasjon i et riktig øyeblikk.

Mange av våre legemiddel-firma har utarbeidet brosjyrer til pasientene vedrørende forskjellige sykdommer. Mye av dette er bra gjennomarbeidet. Mange steder kommer dog firmaenes salgsinteresser for sterkt frem og gjør stoffet uegnet. Brukt som et supplement kan mange ha nytte av dette materialet som i de fleste tilfeller kan rekvireres gratis.

Pasientinformasjon i dag og i fremtiden.

Det stadig voksende antall undersøkelser innen emnet pasientinformasjon tyder på at interessen blant leger er økende. Mye banebrytende forskning ligger ennå i upløyd mark. Vi vet fortsatt for lite om hva pasientens kunnskapsnivå, livsinnstilling og oppfatningsevne har å si som predisponerende faktorer. Formidlings metoders betydning for informasjon. Forsterkende faktorer som innstilling og holdning i miljøet, familie og venners rolle i det hele er også et dunkelt kapittel. Alle disse mellomliggende variable har stor betydning for resultatet av pasientinformasjon. La oss håpe at kolleger finner disse forskningsområdene utfordrende.



UTPOSTEN'S

ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE



VED INNGANGEN TIL TIDSSKRIFTETS 10. ÅRGANG BRINGER UTPOSTEN I DETTE NUMMER DEN FØRSTE AV DET VI HÅPER SKAL BLI EN FAST SERIE AV ALMENMEDISINSKE PROBLEMOPPGAVER. VI TROR VÅRE LESENDE KOLLEGER, SPREDT OVER HELE LANDET, KAN HA GLEDE OG NYTTE AV Å PRØVE SINE KUNNSKAPER OG SIN KLINISKE VURDERING PÅ PROBLEMOPPGAVER, HENTET UT AV ALMENMEDISINENS EGEN HVERDAG.

INITIATIVET TIL DETTE FORETAGENDET KOMMER FRA KOLLEGENE STEINAR WESTIN OG ARNE IVAR ØSTENSEN VED INSTITUTT FOR SAMFUNNSMEDISIN I TRONDHEIM. DE HAR FORELØPIG TATT SIKTE PÅ Å LA SERIEN GÅ I ET HALVT ÅR SOM ET PRØVEOPPLEGG. HER FØLGER DERES EGN INTRODUKSJON TIL SERIEN:

Dette pedagogiske eksperimentet er blitt til som et resultat av flere forskjellige ideer. Disse ideene kan vi best uttrykke ved å formulere en målsettingsbeskrivelse i tre punkter:

1. Vi vil gjerne yte vårt bidrag til å gjøre Utposten (enda) mer spennende og klinisk orientert. Med parenteser håper vi å unngå ytterligere polemikk med redaktørene.
2. Vi vil presentere et pedagogisk tilbud til våre kolleger i primærhelsetjenesten, et opplegg som ikke krever reiser, fravær fra praksis, eller økonomiske uttelling (bortsett fra et frimerke).

3. Vi vil gjøre et forsøk på å bevege oss inn på feltet "kvalitet i almenpraksis", og se om vi med dette opplegget kan kaste litt lys over hvordan kliniske problemer løses av almenmedisinere idag.

Det første punktet skal vi ikke utdype særlig grundig. Det er nok å nevne at flere utenlandske medisinske tidsskrifter (eks. UPDATE, Australian family physician) har faste problemspalter, enten i form av såkalte "modified essays", rene kunnskapsspørsmål eller fotografisk bidrag med spørsmål om diagnose. De fleste av disse spaltene har det til felles at de presenterer et sett av på forhånd fastsatte riktige svar, formodentlig utarbeidet av

spesialister på de aktuelle fagområder. Disse svarene har ofte preg av "hva tenker jeg på nå"-løsninger, og lider av den mangel at man ikke får avdekket hvilket spektrum av forskjellige vurderinger hvert enkelt problem kan gi opphav til.

Vårt andre punkt dreier seg om videre- og etterutdannelsen i almenmedisin. Vi tror det er påkrevet med adskillig eksperimentering for å finne metoder som kan utfylle de tradisjonelle kursoppleggene. Det er nå engang et særtrekk ved almenmedisinen at den utøves av kolleger i solopraksis eller i små grupper som ikke gir den samme mulighet til faglig korreksjon som arbeidet i institusjonshelsetjenestens større miljøer.

Legeforeningens tidsskrift har allerede tatt konsekvensen av dette med sine almenmedisinske prøveartikler med evalueringsskjemer som sjekk på at innholdet er lest og fordøyet. Det opplegget vi forsøker her, er tenkt som et ytterligere bidrag i den retningen. Likevel er det så forskjellig fra "Tidsskriftets" at vi ikke regner med å bli beskyldt for å trække i "Tidsskriftets" bed. Foreløpig har vi heller ikke tatt stilling til om den formen vi prøver her, på sikt kan utvikles til tellende virksomhet i videre- og etterutdannelsen. Muligheten er der.

Det tredje punktet er kanskje det mest interessante. Ved å utforme problemkasuistikken slik at de gir anledning til flere forskjellige tilnæringsmåter, håper vi å kunne kaste lys over hvordan forskjellige problemer faktisk løses i almenmedisinen idag. I sin artikkel om kvalitetskontroll av almenpraksis har Rutle og Wium (3) bl.a. omtalt den britiske "medical audit"-tradisjonen. Nedenfor vil det fremgå at den måten løsningen på våre oppgaver skal fremkomme på, egentlig er en anvendelse av denne samme teknikken. Vi har dessuten utformet svarslippen slik at den riktig utfyllt vil gi enkelte opplysninger om avsenderen, selv om den sendes anonymt. Dette kan gjøre det mulig for oss å bearbeide de innsendte svarene litt grundigere. Hvis det nemlig er slik at svarene viser stor spredning, vil vi være nysgjerrige etter å få vite om disse forskjellene kan henge sammen med enkle bakgrunnsdata om innsenderne, som alder, kjønn, arbeidssted eller praksisform. På denne måten håper vi at vårt pedagogiske tilbud skal få en aldri så liten forskningsmessig bivirkning.

Helt uten erfaring med denne tilnæringsmåten er man heller ikke i norsk almenmedisin. Siem (4) har benyttet en lignende teknikk til å beskrive hvordan helsekontroller utføres av norske almenpraktikere. Kvamme (2) har som appendix til sin Finnmarksundersøkelse vist hvor forbausende stor va-

riasjon det er i indikasjonsstillingen for behandling av høyt blodtrykk blant norske leger. Disse undersøkelsene har riktignok hatt rent forskningsmessig formål, men utgjør små spirer til det som kanskje kan bli en norsk "medical audit"-tradisjon.

Det gjenstår å si noe mer konkret om det praktiske opplegget for denne almenmedisinske problemserien. Vår viktigste inspirasjon har vi egentlig fra en artikkel i British Medical Journal (1), der professor Harden fra Aberdeen beskriver et stort anlagt forsøk med almenmedisinske problemoppgaver, som ble sendt til 20.000 almenpraktikere i Storbritannia.

De kliniske kasuistikken er stort sett for "britiske" til å egne seg for norske forhold, slik at vi helt ut har basert oss på å utarbeide egne problemkasuistikker. Men selve scoringsystemet og prinsippet med å la innsendte svar være basis for oppgavens løsning, har vi benyttet i vårt opplegg.

Og her er vi ved sakens kjerne. Vi er faktisk helt avhengig av våre lesende kollegers aktive medvirkning for i det hele tatt å kunne presentere en meningsfylt "fasit". Oppgavene vil nemlig ikke ha annen løsning enn en grafisk framstilling av hvordan de innsendte svarene fordeler seg. Den enkelte innsender kan på denne måten få anledning til å sammenligne sine egne svar med andre kollegers, når disse presenteres i det følgende nummer av Utposten. Da skulle mulighetene være gode for den enkelte innsender til å tenke gjennom - og gjerne også diskutere med kolleger - sine egne svar i lys av "fasiten", som angir hvordan de øvrige innsenderne ville løst problemet.

Resten av detaljene skulle fremgå av selve oppgaven. Legg merke til ruten som angir betydningen av tallene fra 5 til 1, fra "helt enig" til "helt uenig" i det enkelte utsagn. Svarslippen skal altså klippes fra, men først etter at man har sikret seg duplikat av tallrekken på den gjenstående del av arket, som tjener som

egen kopi av de innsendte svar. Svarslippen brettes, heftes sammen og utstyres med porto kr. 1,25 - og sendes!

Dermed skulle det meste være sagt. Det er bare å gripe pennen og notere den tallrekken som best illustrerer hvordan du selv ville håndtert problemet.

Men glem ikke å sende svarslippen inn! Uten mange innsendte svar blir det rett og slett ikke noen brukbar "fasit".

Lykke til!

REFERANSER:

1. Harden, R.M. et al.:
Doctors accept a challenge; selfassessment exercises in continuing medical education. British Medical Journal 1979, 2, 652-653.
2. Kvamme, J.I. og Haider, T.:
Vurdering av utredning og behandling ved hypertensjon hos grupper av norske leger. I hjerte-karundersøkelsen i Finnmark. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen. Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisins skriftserie nr. 3, 1979, s.113-135.
3. Rutle, O. og Wium, P.:
Kvalitetskontroll av almenpraksis. Tids. Nor. Lægeforen. 1980, 100, 292-296.
4. Siem, H.:
Helsekontroller hos almenpraktiserende leger: Status præsens. Tids. Nor. Lægeforen. 1979, 99, 711-713.



Forts. neste side.

PROBLEMKASUS NR. 1/1981:

KURT ELIASSEN



En av dine pasienter en fredag ettermiddag, mens du tar legekantorets øyeblikkelige hjelp henvelser, er en 56 årig mann, Kurt Eliassen. Du kjenner ham fra noen år tilbake da han hadde en periode med ulcusdyspepsi, antagelig utløst av vanskeligheter da han etter lengre tids alkoholmisbruk ble oppsagt i sin tidligere jobb som murer. Etter at han fikk jobb som vaktmester/vedlikeholdsarbeider i en mindre bedrift, har han greid seg godt sosialt.

Problemet nå er "kneet". Han kommer haltende inn på kontoret og forteller at han for to dager siden snublet og falt forover mot venstre kne. Uhellet skjedde da han skulle rydde vekk noen gamle kasser. Han snublet i en festebolt for en av maskinene og slo kneet nokså tungt mot betonggulvet. Senere har det vært litt murrende og verkende smerter fortil over kneskjallet, men ikke verre enn at han var på jobb inntil idag. I løpet av natten og idag har smertene tiltatt, og han forteller at han siden igår har fått en hevelse i kneet. På nærmere eksaminasjon kan

han fortelle at han hadde en lignende hevelse i dette kneet for flere år siden.

Ved undersøkelsen finner du en fluktuerende hevelse fortil over venstre kne, med varm og litt rød hud over hele prepatellarregionen. Huden synes intakt, og du kan heller ikke palpere noen diskontinuitet i patella. Fluktuasjonen kan palperes 2-3 cm proksimalt for patella og strekker seg også forbi patellas distale kant.

Kneet synes stabilt, men han angir smerter ved maksimal fleksjon på 90° i kneleddet. Det er ingen ekstensjonsinsuffisiens.

☆ ☆ ☆

Motstående side er delt i to, slik at høyre halvdel kan klippes fra, brettes, heftes eller tapes sammen, og sendes i posten.

Begge tallkolonnene må være utfylt, slik at du selv beholder kopi av dine svar på gjenstående del av arket. Oversikten over hvordan oppgaven er besvart følger i neste nummer av UTPOSTEN.



HVORDAN BESVARE OPPGAVEN

Les først sykehistorien. Ta deretter for deg den første diagnosen under avsnitt A, og angi med et tall fra 5 til 1, se nedenstående skala, hvor sannsynlig det er at du ville velge denne diagnosen. Fortsett så med hver diagnose og senere med hvert diagnostisk/terapeutisk tiltak under avsnittene B og C. Det skal stå ett tall i hver rute. Gjenta tallene i kolonnen til høyre som skal klippes fra og sendes inn.

Tallene betyr:

5. Helt enig: - over 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
4. Delvis enig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
3. Usikker: mellom 25% og 75% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
2. Delvis uenig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.
1. Helt uenig: over 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.

Vi forutsetter at hvert svaralternativ blir vurdert for seg. Det er for eksempel intet i veien for at du kan velge å gi alle svaralternativene samme vektall.

STIFT

Frakeres
som brev

Til
Institutt for samfunnsmedisin,
Blokk 38,
Regionsykehuset i Trondheim,
7000 TRONDHEIM.

BRETT

UTPOSTENS
Almenmedisinske problemserie
nr. 1/1981.

STIFT

Tromsø legevakt blues

Mel: Banana boat song

Når klokken langsomt mot
fire går
kan man se noen folk som
står
i kø på brakka og lurer på
-hvilket nummer er jeg
blitt nå?
Au, au, å, å
at jeg ikke var her kvart
på!
Au, au, å, å
klokken åtte, da må jeg gå!

Når klokken deretter går
mot fem
ringer Søster til legen
hjem.
Han skulle bare en pause ha,
men forsov seg - en flause,
ja.
Au, au, å, å
gasspedalen må helt i bønn.
Au, au, å, å
det blir stress når man
starter sånn!

Men snart han arbeider uten
stopp.
Nattetaksten får tempo opp.
Her er det reneste Cour de
Miracles
-intet er det han ei kan
takle.
Ja, ja, å, å,
turnuslegen blir otolog
nei, nei, å, å
selv kirurgen blir psykolog!

Så lakker kvelden, det går
mot natt.
Se, en herre, sånn litt
tafatt.
En liten gryppert får vente
litt,
legen må i en rask visitt:
Au, au, å, å
herren har smakt forbuden
frukt
au, au, å, å
doktor'n er dradd til
Lakselvbukt.

Når nesten alle er blitt
betjent
kommer gjerne en gammel
kjent.
Og kommer pol'ti med en
bilist,
er det gjerne -i dag som
sist-:
Au, au, å, å
noen smaker for mye fukt
au, au, å, å
stakkars doktor'n som sover
smukt!

Forts. side 20.

NORMALTARIFFEN 1981

Kommentar

Amanuensis/Almenpr.lege Geir Jakobsen Trondheim

Vi får ny Normaltariff 1/3-81, 11 måneder etter den forrige revisjonen. Egentlig skulle tariffen ha blitt revidert 1. desember i fjor. Av årsaker vi alle kjenner og med de konsekvenser det resulterte i, ble det ikke noe av tariffrevisjonen 1/12-80. Forhandlingene kom i gang igjen da Lægeforeningen varslet om opptrapping av sine aksjoner. Disse forhandlinger resulterte i et anbefalt forslag som Landsstyret ga sin tilslutning på det ekstraordinære møtet den 26/1-81. Med dette er arbeidsfred og normale tilstander i primærhelsetjenesten igjen opprettet.

De privatpraktiserende leger ble denne gangen blinket ut som den særlig målgruppe som i første rekke skulle tilgodesees ved tariffrevisjonen. Det er flere grunner for dette.

Den viktigste er at Lægeforeningen fortsatt ønsker å arbeide for det programfestede liberale erverv. I tråd med dette vil Lægeforeningen ruste Normaltariffen opp slik at den reelt setter brukeren i stand til å finansiere en tidsmessig drevet praksis, innenfor noenlunde rimelige tidsrammer.

Det stadig økende antall prosentavtaler rundt om i de forskjellige kommuner tas som uttrykk for at den eksisterende tariffen i alt for stor grad må subsidieres for å gi den praktiserende lege akseptable lønns- og arbeidsvilkår. Lægeforeningen har tidligere erklært at den går imot slik kommunal subsidiering av privat legepraksis: Ren privatdrift eller rene kommunale fastlønnsstillinger er de to oppgjørsformer som Lægeforeningen formelt går inn for.

Hva får vi?

Det blir en generell økning i takstene på 7,2%.

Allikevel vil tilleggene slik de er vinklet, slå svært fordelaktig ut for de privatpraktiserende leger.

Med 4000 konsultasjoner i året vil det bli en økning på 26% det første året fram til 1/3-82 stigende til 38% det andre året. Tallene sees i relasjon til dagens lønnsomhetsnivå.

Hva er nytt?

Til de enkelte punkter i tariffen kan knyttes enkelte betraktninger.

Det mest iøynefallende nye er innføringen av den nye takst 11. Denne takst som opprinnelig var satt til kr. 7,50 dobles automatisk og uavhengig av øvrig takstrevisjon 1/3-82. Det er knyttet visse vilkår til denne taksten. Den kan til gjengjeld brukes ved hver konsultasjon av privatpraktiserende leger som utelukkende lever av normaltariffen og som samtidig står for alle sine praksisutgifter.

Taksten står for den erkjentlighet som ligger i drift av privat legepraksis. Leger med prosentavtaler eller andre former for subsidiering får ikke benytte denne tilleggstaksten. Dette tilkjennegir det som er nevnt tidligere angående Lægeforeningens holdning om dagens normaltariff. Subsidierings- og tilskuddsordningene maskerer at dagens tariff ikke er i stand til å finansiere en fullverdig praksis etter dagens mål.

Av øvrige nyheter registrerer en med tilfredshet at takst 21 b, 22 b og 23 b gjelder sykebesøk hele døgnet. Forutsetningen er likevel at sykebesøkene avtales etter direkte henvendelser til den privatpraktiserende lege og ikke formidles via organisert legevakt. Det er ikke 75% natt-tillegg på denne taksten. Vanlig natttakst kommer selvsagt til anvendelse.

Elers merker en seg med glede at "pakken" fra Staten inneholder rom for finansiering av legevaktavtalen. 30 mill. kroner er den prislapp som er hengt på en legevaktordning som skal organiseres og finansieres av kommunene.

Dermed skulle denne viktige nyvinning som for legen representerer et gjennombrudd når det gjelder prinsippet om beredsskapsgodtgjørelse for legevakt være vel i havn. Et høyst legitimt krav er dermed innfridd. Mest betyr det selvsagt for våre kolleger som sitter perifert og som tidligere kunne risikere å måtte være bundet av en lang og kontinuerlig vaktplikt uten noen

form for garantert minsteinntekt ved sin beredskap. Med dette økonomiske tilskuddet fra Staten skulle NKS's betingelse for å anbefale legevaktavtalen være klarert slik at sentralforbundet nå måtte kunne anbefale sine medlemmer å tiltre forhandlingsresultatet fra august ifjor.



"We're in luck, Joe—there's a vacancy!"

Beredskapsgodtgjørelsens størrelse synes ikke inponerende ved første øyekast: 5 - 20 kr. pr. time med 75% og 100% tillegg for helge- og høytidsdager.

På årsbasis og med jevn vakt-deltagelse blir det allikevel et jevnt, bra tillegg til årsinntekten. Dessuten dreier det seg om lønnsinntekt der feriegodtgjørelse tilkommer, forruten at kommunen svarer arbeidsgiveravgift og pensjonsdelen til Folke-trygden.

Neste forhandlingsmål må være fast lønn for all vakttjeneste med de kurative tjenestene inkludert.

Dette foreslår et utvalg i Oslo. Det samme utvalget har også foreslått en deling av Oslo i fire vakt-distrikter som da blir på størrelse med Stavanger eller Trondheim. Med to eller flere leger på vakt samtidig er det i følge avtalen ikke noe som formelt hindrer opprettelsen av så store vakt-distrikter. Imidlertid må en fortsatt regionalisert vakt-tjeneste med definert ansvar for mindre geografiske enheter i byene være et langsiktig mål for organiseringen av legevakt i byene.

Negative sider ved avtalen.

Betaling for sykebesøk på legevakt viser etter mitt og mange andres syn en klar forverring i asosial retning. Hvordan skal man ellers forklare følgende: Fra 1/12-77 til 31/3-80 sto sykebesøks-honoraret fast = 113,75 om natten. Pasienten betalte 30,- og trygdekontoret refunderte 83,75.

1/4-80-tariffen flyttet 20,- kr. fra refusjonsandelen over på pasienten direkte.

"Brukeren må betale mer av hva tjenestene koster", heter det vel. Allikevel betalte pasienten en mindre andel av sykebesøksbeløpet enn trygderefusjonen.

I løpet av 11 måneder har vi omtrent fått en reversering av det tidligere forholdet. 30/83,75 blir fra 1/3-81 - tro det eller ei - 70/52,50. Pasienten skal med andre ord betale 70 kroner i egenandel, mens refusjonsandelen går ned til 52,50.



Det får nå være sin sak at legen fra tid til annen "glemmer" å sende regningskort for et og annet sykebesøk på vakt. På den måten vil legen egentlig bare redusere trygdens utgifter til legehjelp til befolkningen. Det vil gi myndighetene et uriktig bilde av forbruket av legetjenester under legevakt. Og at de pengene som "spares" på denne måten blir brukt til å styrke den primære helsetjeneste er det særdeles vanskelig å tenke seg, i hvert fall så umiddelbart.

Videre må det føles dypt urettferdig for brukeren å oppleve at tjenester som må hentes i et vakt-system skal bli så urimelig mye dyrere etter hvert, når det er mangelen på stillinger og tilgjengelighet på legehjelp i den ordinære arbeidstid som er det egentlige problem.

Slik vil det i hvert fall fortone seg for større byer og andre steder med dårlig primærlegedekning.

Pasientandelen øker med 133% i løpet av 11 måneder. Trygderefusjonen reduseres med 37% i samme tidsrom. Å forklare pasientene at egenandelen på denne måten øker drastisk samtidig med at det kommer et betydelig fall i trygdens ytelser synes meningsløst.

Ved å la pasienten betale hele besøkshonoraret og la dem selv få refusjonen tilbake på trygdekontoret fikk de kanskje et bedre innblikk i hvordan fordelingen er mellom egenandel og det trygden yter. I den utstrekning pasientene dessuten har en viss aggresjon i forhold til systemet, kunne man også få plassert deres vrede i den retning der vreden vit-terlig hører hjemme.

Forts. fra side 18.

Han tørner ut nå, den arme fyr.
Arbeid adler, om dagen gryr.
Snart er han oppe og hører på
en som sovetablett må få.
Au, au, å, å
natten synger sin klagesang
au, au, å, å
morgenmøtet er snart i gang.

Forts. fra side 2.

alarmsymptomer. Pasientinformasjonen vil gi pasientene bedre innsikt i sykdommen slik at pasienten kan bli mere aktiv og selvstendig i sitt eget behandlingsopplegg. En mengde oppgaver ligger foran oss i årene som kommer. Til dette trengs ressurser. Mens Statens totale utgifter i helsesektoren i 1977 var på nesten 14 milliarder kroner ble det kun bevilget 30 millioner til helseopplysning. En omprioritering synes nærliggende nødvendig. Skal man oppnå noe må dette viktige arbeidet tilføres betydelige ressurser.



Letters

TO THE EDITOR

DEPRESJON OG OPPRØR I PRIMÆRHELSETJENESTEN

"Til huslegen er det ingen skam å komme med den mest bagatellmessige klage som ikke får en til å gå til en poliklinikk, ta en kjø-lapp og vente. Der er det kanskje 9 pasienter i timen. Alle neglisjerte sykdommer oppstår av bagatellmessige plager. Hvor mange voksne mennesker er det ikke som famler rundt som døve akkurat nå i dette øyeblikk fordi de ikke kan forestille seg hvor de skal finne en slik lege, en sjel som de kan øse ut sine hemmeligste tanker og sin mest skammelige frykt til? Det at man leter etter en lege, er ikke alltid noe man kan rådføre seg med sine venner om, og i avisene kan man ikke avertere. Det er faktisk en like intim søken som etter en mann eller en kone. Men i våre dager er det faktisk lettere å finne en god kone enn en lege som er rede til å beskjefte seg bare med deg så lenge du vil, og som forstår deg fullt og helt.

Ljudmila Afavasjevna rynket pannen. Abstraksjoner! Men i hodet dukket symptom på symptom opp og dannet det verste mønster.

Ja, ja, men hvor mange slike husleger trenger vi? De passer slett ikke inn i vårt system med almen gratis nasjonal legebehandling". Alexander Solzenitsin, Kreftavdelingen II, kapittel 9, Den gamle legen.

Det hersker opprør og betydelig depresjon i dagens norske primærlegetjeneste. I en viss periode var denne depresjonen skjult. Nå er den åpenbar. Myndighetene har visst det lenge og latt ødeleggelse spre seg. Lægeforeningen har visst

det enda lenger og lite utrettet. Pasientene har merket det aller lengst, og ikke minst de kronisk syke eller psykisk plagede og de høyere aldersgrupper som ikke har så lett for å tale sin sak og albue seg frem, men også symptomgiverne hadde trengt huslegens årvåkne, oppsøkende blikk der vi fikk signalisert at både de selv, familiene bak og andre grupper trengte en håndsrøking.

Legenøden i distriktshelsetjenesten og spesielt Nord-på har altfor lenge vært i focus.

Langt mindre kjent var den faktiske legenøden i privat almenlegetjeneste i storbyer. Det høres da også altfor utrolig ut! Rundt universitetsklinikkenes varme, tiltrekkende og me-

disinsk sett næringsrike "kompost" er det jo svermer som fluer av leger, med flying fra kl. 9 til 4, avspasering, arbeidstidsforkortelser og mengder av mer eller mindre nyttig "summing". Det hjelper bare privat primærlegetjeneste svært lite at man dividerer antall leger i et visst geografisk område på antall publikummere når det alt overveiende antall leger ikke er tilgjengelig for alminnelige mennesker med alminnelige sykdommer og alminnelige familie- og livsproblemer. Den nye etableringsloven har forverret denne situasjonen idet hverken sykmeldinger eller sosiale og blå resepter utskrevet av disse institusjonsansatte leger uten praksistillatelse blir godkjent! Hans bidrag til å løse krisen er uønsket og regulert bort!



"You must meet Sir Gerald and Lady Barbara . . . Sir Gerald believes women should be struck occasionally . . ."

For dagens almenpraktikere skal det da også ualminnelig standhaftighet til å holde stand.

Det alt dominerende partipolitiske og helsepolitiske system de siste år har også enøyet bevisst og systematisk gått inn for å manipulere det meste av privat og personlig engasjert virksomhet ut over side-linjen.

De har lykket godt i å ta gleden, pep'en og arbeidslysten ut av mange!

Slik også med privat almenpraksis som i offentlig festsammenheng har et brus av verbal og snakkesalig medbør, men som møter en praktisk og politisk storm av motbør. Den offentlige utsulting og vanskjøtsel av privat legevirksomhet er ikke til å ta feil av. Hvis det fortsetter slik, og det gjør det ganske sikkert med den klart negative holdningen det offentlige har til privat legepraksis i Norge, vil den nåværende generasjon av almenpraktikere bli kvalt og drept av arbeidspress og økende omkostningsnivå under et lag av 6 fots "normaltariff" som på ingen måte gir legene anledning til å møte kravene med et normalt arbeidstempo, normal arbeidsuke og normal pasientkontakt.

Og når det knirker alvorlig i sammenføyningene, blir til og med de samlede vanskeligheter benyttet som et argument mot legen: "Se hvor dårlig de funksjonerer, og hvor pengegriske de er!"

Mens enkelte betegner de offentlige helse- og sosialsentra som en genistrek, ser andre med bekymring på den måten også disse, sammen med sykehusene, sluker

personell og økonomiske midler. En lege i et slikt senter kan ha vansker med å tjene opp sin egen lønn etter den samme normaltariffen som den private almenpraktiserende ikke bare skal bestride sin egen lønn etter, men også dekke søsterlønn, vaskehjelp, telefon, porto, husleie, strøm, brensel, utstyr osv. osv..

Enkelte tror fortsatt på myten: Barberere (og lege) er rike mennesker. Når kam og saks (stetoskop og re-flekshammer) er betalt, er resten ren netto! Enkelte helsepolitikere skuer da også politisk og på annen måte bevisst til den høye bruttoomsetningen og hyler desinformerende: Se hvor mye de tjener! Stans dem, bind dem, reguler dem bort!

Dagens vanlige og dominerende tekniske medisinske tankemodell skapte også en av de største hindringer for å kunne handle adekvat, moderne medisinsk. Dette er et paradoks og ser ut som en selvmotsigelse, men selv om det er livsnødvendig med vanlig kurativ medisin, skaper dagens samfunnsforhold og levesett også i vår tid så mange andre medisinske og paramedisinske problemer på kropp og sinn at det er ganske overveldende. Boligsituasjoner, trafikk og arbeidsforhold, familieforhold omgang med sex, abort, narkotika og ikke minst alkohol skaper forhold som vanlig teknisk medisin bare makter å lappe på fliker av uten å komme inn til kjernen av problemene.

Det er så lenge siden en rekke av våre medisinske direktører og toppfolk har vært doktorer (hvis de noen gang har vært det) at de ikke makter og/eller evner å leve seg inn i primærlegenes og pasientens situasjon utenfor det miljøet som de henter sine impulser fra.

Samtidig opplever vi at politisk overordnede mål nådeløst skal brukes til å høvle og jevne et stykke naturlig og fint terreng slik at det passer med visse samfunnsmodeller og partikart. Sentralstyret i Den norske Lægeforening fastslår at Staten har løpt fullstendig fra sine løfter og at det nå dreier seg om et være eller ikke være for den private praksis. Normaltariffen har lenge vært et ganske



utilstrekkelig middel til å drive tidsmessig praksis innenfor normale rammer. Helsedirektøren derimot har i sin visdom sagt at det ikke kommer på tale å endre normaltariffen. Skulle befolkningen gjerne vært den visdommen foruten?

Eksempelvis verdsettes et nødvendig engasjement på f.eks. en time med en pasients livsproblemer lavere enn å steke en vorte i lokalanestesi med kauter på 5 min.. Så er man da også stort sett i ferd med å befri hele NORGE for "vorter og føflekker" mens de dypere liggende problemer florerer massivt.

Nettopp primærlegen har en enestående anledning til å analysere befolkningens behov med mulighet for å komme med et fruktbart, billig og rimelig bidrag. I stedet tvinges han til å være en slags kjapp tekniker med altfor hardt arbeidspress og arbeidsdag for å kunne møte de stigende omkostninger og økende krav til å lappe-på-overflate-symptomer.

Publikum skal vite at det er Stat og visse grupper i helsevesenet som på mang foldig, utspekulert og snedig vis har fått huslegen til å tape.

Skal også vi bare famle rundt som døve i dette øyeblikk og uten kamp bidra til: Gratulerer med seieren!

Oslo 30.12.80.

Per Arne Norum.

KNØTTENE



debatt!



«DEN GORDISKE KNUTEN»

Radikalkirurgisk eller almenmedisinsk behandling?

V/kst. distriktslege Pål Kippenes, 8650 Mosjøen

Berit Tveit har i nr.7-8/80 et innlegg hvor hun i male- riske vendinger gransker sin sjel, hvorpå hun "kjen- ner den onde lyst i sitt hjerte" og til slutt kommer fram til at stykkprissystem- et tross alt er det beste. Riktignok med visse jus- teringer og omforminger, men X, Y og Z etc. vil nok løse den uløselige knuten, nemlig normaltariffen. Undertegnede er blant dem som ikke så altfor ofte har anledning til å krølle seg sammen på noen god sofa for å drømme seg bort i kriminalromaner, men jeg tillater meg likevel å komme med noen kommentarer.

Motivasjon for helsearbeid.

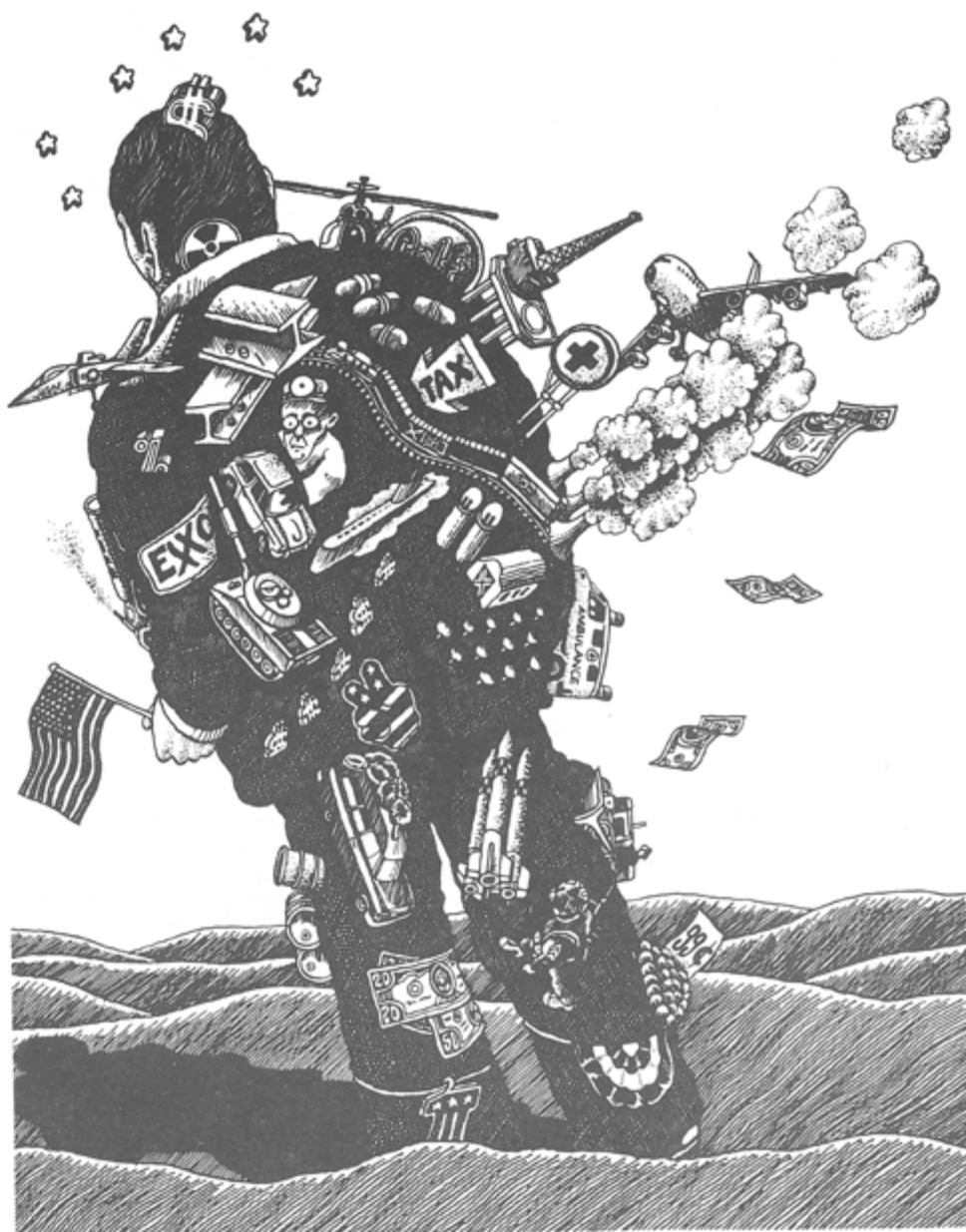
B.T. stiller opp fire fak- torer som grunnlag for vår virksomhet:

- 1) de medisinske idealer,
- 2) pasientens ønsker,
- 3) samfunnets krav,
- 4) legens personlige krav.

Jeg vil slutte meg til dis- se faktorenes betydning, men vil tilføye at de heng- er svært nøye sammen, og vi kan ikke i "frihetens navn" skalte og valte med dem alt etter dagsform, hu- mør, stressbelastning osv.. Det høres vel høytidelig og idealistisk ut, men jeg mener at vårt arbeid er så- pass viktig at det må tømres på fastere grunn.

"De medisinske idealer".

Doktorskolen er vel viktig nok, men jeg skulle anta at flere enn meg mener at det må mere til for å bli en dyktig almenpraktiker - faglig sett. Og et vedlike- hold av våre medisinske kva- lifikasjoner koster tid og penger.



I et system der legen er privat næringsdrivende blir denne innsatsen svært dyr, fordi utgiftene til kurs etc. må betales av egen pung og med store inntekts- tap attpå. I et fastlønns- system vil man forutsette

regelmessig adgang til kurs/ sykehustjeneste. Dekningen av dette er og bør være et offentlig ansvar, bl.a. fordi befolkningen (=våre pasienter eller potensielle sådanne) har et berettiget krav om legens kvalifika-

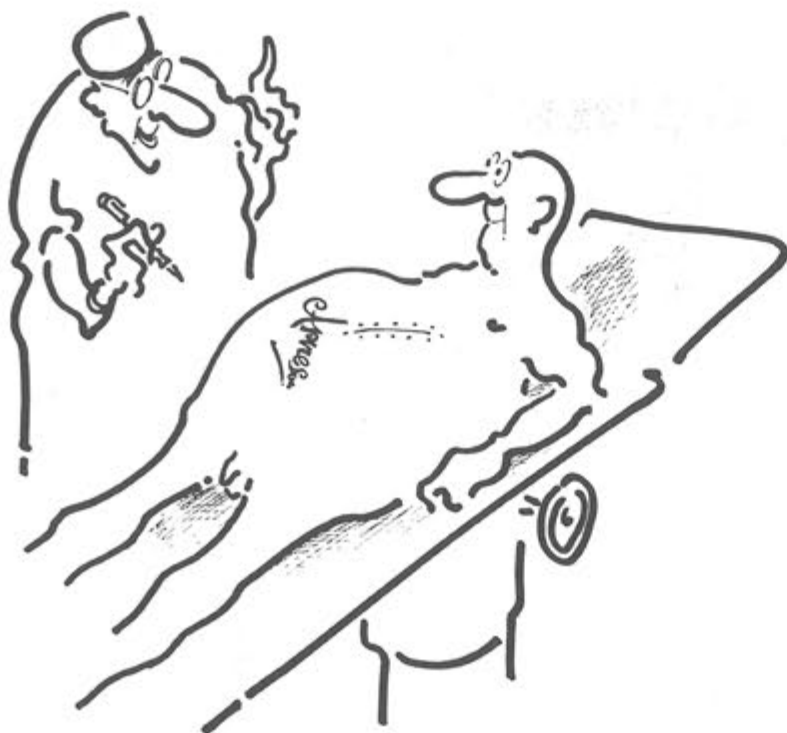
sjoner. Dermed kan ikke dette utelukkende overlates til den enkelte leges personlige og økonomiske interesser.

"Pasientens ønsker".

I ethvert lege/pasientforhold vil pasientens behov og ønsker og vurderinger spille en vesentlig rolle. Vi snakker dessuten om økt grad av egenomsorg og mer almen helseopplysning. Jeg kan ikke se at stykkprissystemet innebærer noen fortrinn framfor fastlønnssystemet i denne sammenheng. Et eksempel: Det er jo et folkekrav å få penicillin ved "vondt i halsen". De fikk jo det sist, og da ble de bra! Så tar vi inn alle hals-pasientene, titter dem i halsen inntil brekningsrefleksjonen kommer (det skjer som regel raskt) for kr. 25,- pluss kr. 31,-, det blir kr. 56,- og en Hgb og SR skader jo ikke, det blir kr. 20,- og en bakteriologisk prøve for sikkerhets-skyld, la meg nå se.., det blir tilsammen kr....-jo, slett ikke verst. Med denne behandling blir pasienten garantert frisk, han er fornøyd med den "grundige undersøkelsen, tilogmed blodprøve!", synes at penicillin virket raskt og effektivt, og kommer tilbake ved neste halsonde. Vil vi i et fastlønnssystem være litt mer motivert for å øke graden av egenomsorg? "Neste gang kan du prøve et skjerf rundt halsen og varm solbær-saft.....". Motivasjonen for profylaktisk arbeid vil overveiende sannsynlig bli bedre ved fastlønnssystemet. Hensikten med dette arbeidet er jo å få færre pasienter til behandling!

"Samfunnets krav".

Vi har som yrkesgruppe våre meninger om arbeidsforhold, økonomi, vaktordning, fritid osv. Selvfølgelig er det forskjell på leger. Feilen med takstsystemet er at dette nokså ensidig går i favør av den "raske" legen, kanskje med tendens til overbehandling og liberal prøvetakning. Etter de foreslåtte tidsrelaterede takster minsker denne skjevfordeling noe. Likevel vil knapt noe stykkprissystem rokke ved prinsippet om honorar pr. stk. legetjeneste, og økonomiske side-



OK - eftersom ni insisterar!

blikk vil påvirke vårt arbeid, kvalitativt og kvantitativt.

B.T. er redd for "styresmakter og sjefer". Dagens distriktsleger har også sine overordnede, min egen erfaring er at dette ikke i særlig grad virker trykkende. Myten om den selvstendige (=privatpraktiserende) legen kan jo diskuteres oppad stolper og nedad vegger. Men hva er hensikten med å opprettholde en slik myte som etter min mening har et svært filosofisk og svevende, for ikke å si følelsesmessig grunnlag. Mine krav til meg selv er at jeg må være selvstendig nok til å drive en forsvarlig helsetjeneste. Videre ønsker jeg meg en trygg og stabil økonomi, ordnet arbeidstid/fritid, rimelig vaktbelastning med passende overtidsbetaling, skikkelige muligheter for videre- og etterutdannelse uten økonomiske tap. Dersom en eller annen julenisse kan gi meg disse gaver fra sekken sin, vil jeg med glede gi avkall på mine våkenetter med dystre regnskaper, bekymringer om hvor mange pasienter jeg kan klare imorgen etc.. Jeg vil også gå med på å få en "sjef", særlig hvis det er en jeg kan spørre

til råds nar jeg selv står fast. Og som kan gi verdifull støtte i vanskelige tider???

Med en smule erfaring fra begge systemer, har jeg her forsøkt å stille normaltariffen opp mot fastlønnssystemet. Det har ikke på noen måte vært min hensikt å mistenkeliggjøre motiver og motivasjoner hos det store flertall av almenpraktikere som idag er avhengig av normaltariffen, meg selv innbefattet. Hos de fleste av oss vil selvsagt pasienten stå i sentrum for vår oppmerksomhet, og vi forsøker alle å gjøre så godt vi kan. Personlig synes jeg likevel det er fristende å gripe til sverdet (enten det er Alexanders eller Damokles blir likegyldig), hogge over knuten og gå inn for fast lønn til alle.

De erfaringene man sitter inne med fra eksisterende forsøksordninger er ikke ensidig positive, og mange problemer er uløste. Likevel synes dette veien å gå. En dobbeltkjøring slik vi nå har det, er etter mitt skjønn ikke noe å satse på for framtida.

Forts. fra side 2.

me til brudd og Den norske Lægeforening ble nødt til å ta vanlige men for foreningen uvanlige kampmidler i bruk.. Det dreide seg nå om privat praksis være eller ikke være

Avtalen om legevaktsordning som ble sluttført mellom NKS og Den norske Lægeforening skulle tre i kraft Hovedpoenget i denne avtalen er prinsippet om fast vaktgodtgjørelse for legevakt utenfor sykehus og definert vaktplikt. Videre at den enkelte kommune forpliktet til å stå ansvarlig for drift og organisering av legevaktstjenesten.

Tidligere var deltagelse i legevakt basert på en kollegial forpliktelse uten vaktgodtgjørelse og helt uforpliktende for kommunene. Gjennomføringen av den nye avtalen om legevaktsordninger var avhengig av økonomisk tilskudd fra Statens side.

Staten sa nei til økonomisk støtte til primærkommunene, dette medførte igjen at NKS ikke kunne anbefale sine medlemmer til å gå inn i avtalen. Dermed var en ny tvist mellom Staten og Den norske Lægeforening etablert. Denne tvisten må tolkes som en del av lønnsvisten da Staten var av den oppfatning at kompensasjonen for legevakten skulle utbetales over den forestående revisjon av Normaltariffen.

Forhandlingsutvalget og sentralstyret i Den norske Lægeforening ble under de beskrevne forhold tvunget til å ta mange og meget vanskelige avgjørelser. Forhold som etisk ansvar, medlemmenes holdninger - ville man få oppslutning fra medlemmene til et brudd og evt. aksjoner?, hvordan ville forhandlingsmotparten reagere?, hvordan ville menigmann forholde seg? Hva slags aksjonsformer burde takes i bruk? - hvordan nå medlemsmassen med god informasjon og få den til å slutte lojalt opp om aksjonsformene.

Ikke minst det siste var viktig etter at Sentralstyret bestemte seg for å gå til aksjoner for å forsøke å tvinge Staten tilbake til forhandlinger med et bedre tilbud.

Jeg vil her ikke gå nær-

mere inn på de enkelte aksjonsformene som ble tatt i bruk men istedet forsøke å vurdere forhandlingsutvalgets og Sentralstyrets håndtering av konflikten (e)

Denne vurdering kan beskrives med to ord - meget bra. Trinnvis opptrapping av konflikten synes meg etisk forsvarlig selv om man måtte ty til streiketruassel for å få Staten til å forstå alvåret i situasjonen.

Lægeforeningens informasjonshefte til medlemmene av 8/12 og 8/1 var meget detaljerte og ga en god bakgrunn for forståelsen av konflikten, selv om enkelte punkter ga grunnlag for uklarheter og diskusjon. Her fikk medlemmene beskjed om full støtte fra Lægeforeningens side ved eventuelle konflikter i forbindelse med nedleggelse av legevaktstjeneste eller ved økonomisk tap under en eventuell streik.

Spesielt i nye praksiser i etableringsfasen med lave inntekter og høye utgifter så man på en streik med blandede følelser men lojalitetstanken i forhold til konflikten var dog avgjørende.

Meget viktig for utfallet av konflikten var en samlet legestand som lojalt støttet opp om Sentralstyrets vedtak. Nedleggelse av legevaktstjenesten i di kommuner som ikke godkjente avtalen om legevaktordninger før 1.1.-81 tror jeg ikke var noen enkel situasjon, spesielt ute i distriktene var det problematisk.

Vi som praktiserer i de rike store bykommunene unngikk jo denne konflikten på grunn av inngått avtale før 1.1.-81. Jeg kan tenke meg at distriktslegene i de små kommunene følge seg ensomme og kanskje forlatte da aksjonstygden ble lagt på deres skuldre. Spesielt etter Sosialdepartementets utspill om distriktslegenes helkontinuerlige vaktplikt. Selv med Lægeforeningens forsikring om full støtte ved eventuelt oppstått arbeidstvist så var det nok en tyngende situasjon. Burde det ha vært en landsomfattende legevaktsnedleggelse inntil også de mindre kommunene hadde gått inn på den nye legevaktsavtalen?

Hva ble så resultatet av forhandlingene - jo meget bra og kanskje bedre enn mange hadde våget å håpe på. En hake er dog den uforholdsmessig høye pasientandel ved legevaktsbesøk. Hvis ikke inflasjonen med prisstigninger og økende lønnsutgifter spiser opp forhandlingsresultatet så tror jeg at vi kan oppleve en positiv utvikling av privat praksis og dermed en bedring av primærhelsetjenestetilbudet til befolkningen i fremtiden. Ordnete legevaktsforhold gjennom Statens økonomiske støtte til den nye legevaktsavtalen er ikke minst viktig for rekrutteringen til primærhelsetjenesten.

Derfor en honnør til President Harald E. Hauge og forhandlingsutvalget og Sentralstyret som ledet Den norske Lægeforeningens hitil vanskeligste lønnsforhandlinger.

Martin Holte.



**DON'T
FORGET**

**HUSK
Å
betal
bladpenger!**

Manifestasjoner ved vitamin B₁₂-mangel



· såvel til profylakse som til behandling

Betolvex

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens vitamin B₁₂-status.

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

DUMEX

ET NYTT HJELPEMIDDEL FOR BEHANDLING AV DAG- OG NATTEVÆTERE

- helt nyt
bærbart
miniapparat

URISTOP®

URISTOP er et bærbart apparat som virker direkte på blærefunksjonen ved transkutan stimulering av lukkemuskelen. En liten elektrisk impuls utløses når varmen fra de første urindråpene registreres av en termostat.

NB! Impulsen vil ikke vekke pasienten, og i våken tilstand merkes den kun som en svak prikking.

Be om nærmere opplysninger.



URI-MED A-S

1458 Fjellstrand

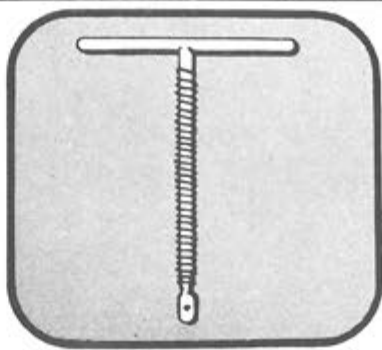
Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

SPIRAL ?
 KONDOM ? SKUM ?
 PESSAR ? P-PILLE ?



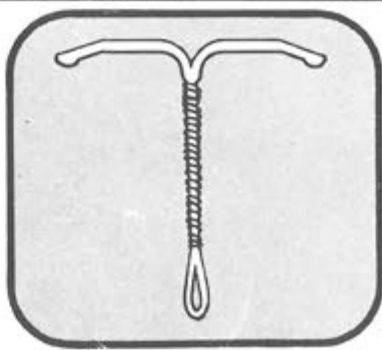
Tre gode prevensjonsalternativ

COPPER-T- 'KABI' **NOVA-T- 'KABI'** **FOLLIMIN**



Den opprinnelige og mest brukte kobberspiral:

- HØY SIKKERHET
- GOD AKSEPTABILITET
- RØNTGENTETT
- RIMELIG



Nyutviklet livmorinnlegg med kobber:

- HØY SIKKERHET
- GOD AKSEPTABILITET
- RØNTGENTETT
- TYNNERE INNFORER
- LETTERE Å LADE
- LENGRE VIRKETID



Lavdose østrogen p-pille:

150 µg D(-) norgestrel
 30 µg Ethinyløstradiol

- SIKKER ANTIKONSEPSJONELL VIRKNING
- GOD AKSEPTABILITET
- GOD CYKLUSKONTROLL

M.h.t. bivirkninger og kontraindikasjoner, se Felleskatalogen.



Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 BILLINGSTAD

ERATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

et q̄lir
ngis de
pusio
h̄lir
et d̄
pusa
maib
vins
de
ueha
uod
regio
a lei
quo
cut



Surmontil®

trimepramin

Ved ulcus duodeni og pylori
ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor

M.h.t. dosering, forsiktighetsregler, bivirkninger henvises til Felleskatalogen



RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

POSTBOKS 20, 1473 SKÅRER - TLF.: (02) 70 55 20

