

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 4

JUNI 1981

ÅRGANG 10



AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS:
Almenmedisin bør læres i praksis! 2

CHRISTIAN F. BORCHGREVINK:
Almenmedisinens plass i medisinerundervisningen 3

SIGURD HUMERFELT:
Undervisning i Almenmedisin – Universitetet i Bergen 5

BENT GUTORM BENTSEN:
Almenmedisin i det medisinske studiet – Universitetet i Trondheim 7

ANDERS FORSDAHL:
Undervisning i Almenmedisin ved Universitetet i Tromsø 9

PER HJORTDAL:
Hvorfor vil noen bli president i USA – eller undervise i almenmedisin? 12

BENT GUTORM BENTSEN/STEINAR WESTIN:
Rapport fra Almenmedisinsk forskningsutvalg 13

Leserbrev – aktuell debatt 15

Utpostens almenmedisinske problemserie. Kasus nr. 3 20

Løsninger Kasus nr. 2 24

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 og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Almenmedisin bør læres i praksis!

Kravet om flere almenleger betyr en stor utfordring for vårt medisinske utdannelses apparat.

Vistnok ser flere leger dagens lys enn vi har stillinger til i dette land, men de er ikke av riktige slaget. Ved å gi studentene 98% av undervisningen i klinikken etter Robert Koch's klassiske sykdomsmodell basert på hospitaliserte pasienter har man i utgangspunktet ikke tilført primærhelsetjenesten annet enn det sykehusene ikke slukte.

Nå skal en forsøke å gi studentene økende almenmedisinsk undervisning, i et fag som er i ferd med å få hovedfagsstatus.

Tromsø og Trondheim har vært foregangsmiljøer, de representerte noe nytt. Nå følger Oslo og Bergen opp med nye utdannelsesmodeller, hvor faget blir mere tilgodesett.

Et viktig trekk i utviklingen er at mer av undervisningen gis ute hos den praktiserende lege. Praksislærere vil på den måten gi studentene trygge og praktiske fundamenter å bygge sin viden på. Kvaliteten i utdannelsen vil øke!

En videre viktig oppgave som har lyktes noen steder er å flette almenmedisin inn i de øvrige terminene i form av integrerte klinikker og spesifikke almenmedisinske problemstillinger. Til dette trengs det kvalifiserte almenmedisinske faglærere med en strukturert pedagogisk, faglig og forskningsmessig bakgrunn.

I årene som kommer vil en rekke almenmedisinske forskere kvalifisere seg til akademiske bistillinger og således kunne ivareta disse oppgavene. La oss få fleretoppstillinger for folk som ønsker å drive en akademisk lærergjerning fra praksis på deltid. Dette systemet kjenner vi fra en rekke land, som England, USA og Canada, hvor professoren selv er praktiserende lege tilknyttet sitt universitetsmiljø. Dette vil være den beste forsikring mot teoretiserende instituttialisme som lett ender i akademisk inavl fjernt fra praktisk almenmedisin.

Utviklingen til nå må vel sies å ha nådd langt i løpet av den korte tiden våre samfunnsmedisinske og almenmedisinske institutter har bestått.

En imponerende faglig aktivitet på et pedagogisk og forskningsmessig plan har sett dagens lys. La oss håpe at denne utviklingen fortsetter og at våre almenmedisinske miljøer får tilført de nødvendige ressurser som trengs til videre utvikling og vekst.

Aage Bjertnæs.



Almenmedisinens plass i medisinerundervisningen i Oslo

Christian F. Borchgrevink

Professor i almenmedisin, Universitetet i Oslo

Historikk.

Institutt for almenmedisin i Oslo ble opprettet høsten 1968 etter en gave fra Den norske lægeforsening til Universitetet i Oslo, og studentundervisningen begynte noen måneder senere. Da det ikke var satt av noen plass i studiet til faget almenmedisin, ble det til at man måtte gå med hatten i hånden til kolleger og be om timer. Undervisningstilbudet var ganske magert den første tiden, men øket jevnt og trutt fra år til år, slik at vi etterhvert fikk adskillig erfaring med forskjellige typer undervisning: utplassering, integrerte klinikker, forelesninger, seminarer osv. Disse erfaringene dannet basis for vårt arbeid med den nye studieplan som trådte i kraft høsten 1977.

Den nye studieplan bryter ikke radikalt med den gamle, men skiller seg likevel fra denne på vesentlige punkter.

1. Medisinske adferdsfag ble innført i 1. avdeling. Det ble opprettet et eget institutt som skulle stå for undervisningen. Faget skulle stilles likt med de andre basalfag, men instituttet er ikke bemannet tilnærmet så godt som de andre institutter i 1. avdeling.
2. Overgangen mellom 1. og 2. avdeling skulle mykes opp ved at den propedeutiske termin ble flyttet ned i 1. avdeling. Erfaringene med denne forandring har hittil ikke vært særlig gode.

3. Undervisningen i psykiatri, sosialmedisin og almenmedisin ble utvidet, og man må ha lov til å si at almenmedisin er blitt et hovedfag i studiet.

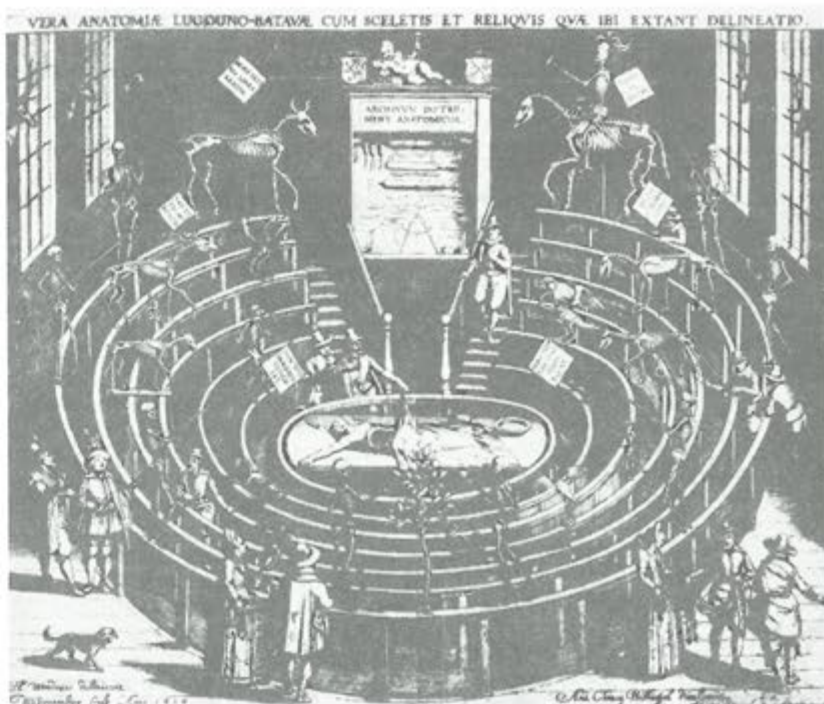
Vår undervisning strekker seg gjennom hele studiet, bokstavelig talt fra første dag studentene begynner på Universitetet til en dobbelttime i siste termin. Institutt for almenmedisin har 3 faste stillinger, 1 professor og 2 l. amanuenser, og er avhengig av samarbeid med en rekke eksterne lærere for å gjennomføre undervisningen.

1. avdeling.

I 1. termin har vi 5 dobbelttimer hvor vi tar opp kliniske emner. Hensikten med denne undervisningen har vært:

- a) å presentere studentene for pasienter og kliniske problemstillinger tidlig i studiet,
- b) å vende studentene til å arbeide i grupper, og
- c) å la studentene i stor grad selv være ansvarlig for undervisningen.

Disse mål prøver vi å oppnå ved å dele studenter i grupper som hver tar seg av ett emne: Problemer rundt den døende pasient, Den kronisk syke, Den gamle pasient, Den psykiatriske pasient osv. Studentene blir satt i forbindelse med pasienter, interesserte leger, pasientforeninger osv., og velger selv hvilke problemer de vil ta opp i dobbelttimene etter å ha diskutert dette seg imellom i en rekke møter. De er selv ansvarlig



for gjennomføring av dobbelttimen overfor resten av kullet.

3. termin.

Her har vi et samarbeid med adferdsfag som har overlatt oss 2 dobbelttimer (klinikker) i forbindelse med deres undervisning i menneskets utvikling.

7. og 8. termin.

I løpet av disse terminer gir vi alle studentene tilbud om utplassering 2 dager hos almenpraktikere i Osloområdet.

Vi er med i klinisk patologiske konferanser og i integrerte biomedisinske klinikker med anatom og ortoped, hvor vi presenterer pasienter med rygg og skulderproblemer.

2 dobbelttimer bruker vi til å forelese over almenpraktikerens arbeid i et perifert strøk av landet og i en storby.

Vi har videre 3 dobbelttimer som vi tidligere brukte til å diskutere kliniske problemstillinger, men fordi propedeuten er flyttet ned i disse terminer, er dette ikke lenger så viktig. Vi har derfor brukt disse timene til å diskutere medisinsk etikk. Undervisningen blir gitt sammen med Knut Erik Tranøy, som er professor i filosofi med spesiell interesse for medisinsk etikk. Vi gir en halv times teoretisk gjennomgang av et emne, etterfulgt av kasuistikker som belyser dette emne og diskusjon med hele kullet. Prinsippet er også her at studentene skal være aktive, og grupper av dem har fått problemstillingene på forhånd og bruker lang tid til å gjennomdrøfte dem.

Institutt for almenmedisin er meget fornøyd med omfanget av undervisningen i almenmedisin i 1. avdeling, men vi har ett stort problem. Meget av undervisningen faller i 7. og 8. termin og konkurrerer med eksamenslesning i anatomi, fysiologi og biokjemi. Vi må innrømme at vi overfor en rekke studenter taper denne konkurransen.

2. avdeling (9. - 18. termin)

Det er satt av tid til 2

dobbelttimer (klinikker) til almenmedisin i hvert av de kliniske og parakliniske fag, hvor det er meningen at vi skal presentere almenmedisinske problemstillinger. Dette har hittil fungert bra i indremedisin og øre-nese-hals, og delvis i gynekologi, farmakologi og hud. Vi har foreløpig ikke hatt kapasitet til å gå inn i alle fag på tilsvarende måte, men regner med sakte men sikkert å klare dette. Vi er her avhengig av hjelp fra almenpraktikere utenfor Instituttet.

Forholdet til psykiatri er litt spesielt og ennå ikke helt avklart. I den gamle studieplan la vi stor vekt på undervisning i psykiatri i almenpraksis. Vi hadde seminarer i 20 timer 2 ggr. i året, både for studentene i 1. og 3. år i 2. avdeling. Disse var lagt opp som Balint-grupper med 5-8 studenter, 2-3 almenpraktikere og 1 psykiater, hvor almenpraktikeren la frem problemene. Pasienten var ofte tilstede. I den nye studieplan er psykiatriundervisningen blitt utvidet og foreløpig vil vårt tidligere tilbud om seminarer falle bort. Det er ennå usikkert hva vi bør erstatte dette med.

Studentene får tidlig i 2. avdeling tilbud om å være med på legevaktkjøring om aftenen eller natten.

15. termin.

Hovedtyngden av vår undervisning vil ligge i 15. termin og skal integreres med hygiene (som vil skifte navn til forebyggende medisin) og sosialmedisin.

Terminen begynner med en 4 ukers lang teoretisk undervisning hvor almenmedisin får 25 timer. Videre vil det bli holdt 8 integrerte seminarer med sosialmedisin og/eller hygiene. Denne undervisning skal danne grunnlaget for den praktiske undervisning som vil omfatte 4 ukers utplassering, enten hos bydelsleger i Oslo (halve kullet) eller hos distriktslege i Østlandsområdet (halve kullet). Av praktiske og kapasitetsmessige grunner vil Institutt for sosialmedisin sammen med Oslo Helseråd være ansvarlige for utplas-

sering hos distriktslegene.

Terminen avsluttes med en 3 ukers periode med integrerte seminarer mellom de tre fag, hvor studentene skal ta med og bearbeide sine inntrykk og erfaringer fra de 4 uker i praksis.

Et slikt opplegg legger et betydelig arbeid på Instituttet. For å desentralisere administrasjonen av utplasseringen har vi opprettet fylkeskoordinatorer i de 8 fylkene i Østlandsområdet, som vil være behjelpelig med å finne frem til distriktsleger som får ansvaret for det praktiske opplegg for studentene i de 4 ukene. Det er i den anledning utarbeidet en ganske detaljert veileder som beskriver de aktiviteter vi gjerne vil studentene skal delta i (almenpraksis, helsestasjon, sykehjem, bedrift, helseråd, hygienisk inspeksjon, hjemme-sykepleie fysioterapi osv.) noe som selvsagt må tilpasses til lokale forhold. Studentene skal første gang utplasseres våren 82.

17. - 18. termin.

Disse terminer er ennå ikke fasttømmret i detalj, men det er satt av plass til integrerte klinikker hvor almenmedisin rimeligvis vil få ansvaret for noen av disse, og delta i mange andre.

I siste termin (18.) blir det eksamen i almenmedisin. For ikke å belaste studentene med ny eksamen har fakultetet bestemt at 1/6 av eksamensklinikkene i indremedisin skal erstattes med tilsvarende klinisk eksamen i almenmedisin og at 1/6 av studentene får erstattet sin eksamen i psykiatri med almenmedisin. Om denne skal være skriftlig (slik psykiatrieksamen er idag) eller muntlig er ennå ikke bestemt.

I tillegg til den ovenfor skisserte undervisning har vi, uavhengig av studieplanen, startet en ny type undervisning. På hvert kull i klinikken (3 i året) oppretter vi en gruppe på ca. 10 studenter som har regelmessige møter med en almenpraktiker hver 5 - 6 uke gjennom hele den kliniske del av studiet. Hensikten er at de erfaringer og kunnskaper studentene

Forts. side 6.

UNDERVISNING I ALMENMEDISIN, UNIVERSITETET I BERGEN

Sigurd Humerfelt, Professor i almenmedisin,
Universitetet i Bergen

Innledning

Etter at Institutt for almenmedisin (IAM) ble etablert våren 1972, fikk styreren fullmakt av studieplankomiteen (SPK) til å innføre undervisningen i almenmedisin i den kliniske del av studiet som en prøveordning. Forutsetningen var at undervisningen måtte innarbeides slik at den ikke kolliderte med de øvrige kliniske og parakliniske fag.

Undervisningen er nå innarbeidet i 1. kliniske termin (propedeutisk termin), delvis i 8. termin, foruten 9. og 10. termin. Undervisningen er delvis koordinert med undervisningen i sosialmedisin.

I tillegg har instituttet engasjert seg i adferdsfagsundervisningen. Planleggelsen av denne undervisning har foregått gjennom flere år og det ble i 1978 opprettet et Fagråd for adferdsfag. Samme år godkjente Rådet for Det medisinske fakultet at det skulle settes i gang et 60 timers prøveopplegg for preklinisk undervisning i medisinsk adferdsfag. Undervisningen ble gjennomført første gang i 1979.

I 1981 har Fagrådet foreslått at medisinsk adferdsfag innføres som obligatorisk eksamensbelastet fag og at det administrative og faglige ansvar legges til IAM i samarbeid med Fagrådet for adferdsfag.

1. Almenmedisin som del av adferdsfagundervisningen

Undervisningen i almenmedisin inngår som en introduksjon til undervisningen og starter opp i 3. termin.

Først gis forelesninger med orientering om sykdom- og helsebegrepet, pasientlegeforholdet og en oversikt over de medisinske problemstillinger. Deretter følger undervisningen i smågrupper (seminarer) med diskusjon og gjennomgåelse av sykehistorier fra almenpraksis. Eksemplene inneholder aktuelle adferdsmessige og etiske problemer.

Undervisningen i smågrupper hvor samtlige av instituttets leger deltar, har hittil fungert godt og studentene er meget vel fornøyde med denne enkle undervisningsform.

Målsettingen er først og fremst å presentere den almenpraktiserende lege som en kompetent kliniker og å motivere studentene for den etterfølgende systematiserte undervisning i psykologi, sosialantropologi og filosofi - ialt 60 timer.

2. Almenmedisin i den propedeutiske termin

Undervisningen er lagt opp med orientering om faget almenmedisin, gitt som forelesninger. Emnene omfatter oversikt over helsevesenet - spesielt om den primære helsetjeneste - og sykdomspanoramaet i almenpraksis. Enn videre gis en oversikt over samarbeidsproblemer og kommunikasjonen mellom de forskjellige ledd i helsetjenesten samt om legenes informasjon til pasientene. Denne undervisning er gitt som supplement til de oversikter som ellers gis i de øvrige kliniske disipliner.

Dernest gis studenten muligheter til å se den praktiserende lege i arbeid ved

at studentene utplasseres hos de almenpraktiserende leger ved instituttet og ved flere helsesentra i Bergen og omegn (Fyllingsdalen, Sotra og Askøy). Den enkelte student møter hos legen i hans kontorpraksis. Målsettingen er at studenten opplever noe av den almenpraktiserende leges hverdag og daglige rutine. Han får anledning til å oppleve pasient-legesituasjonen, samtaleformen og atmosfæren på legekontoret. Hittil har denne undervisningsform vært frivillig og omfatter 1-2 dagers besøk.

3. Deltagelse i sykebesøksformidlingen

Denne undervisning er lagt til 8. termin og i samarbeid med koordinator (lektor) ved Medisinsk avd. A. Ordningen er basert på frivillig deltagelse og tilbudet benyttes av relativt få studenter.

4. Undervisningen i 9.-10. termin

Hovedundervisningen i almenmedisin finner sted i disse terminer, dels i form av forelesninger med diskusjon, klinikker med pasienter hentet fra instituttets klientell, praktisk tjeneste (uketjeneste) ved legegruppen, IAM, og ekskursjoner til distriktslegene. Ved terminens avslutning holdes et diskusjonsmøte med skriftlig evaluering og diskusjoner omkring undervisningsopplegget.

Målsettingen ved undervisningen i disse terminer er å vise:

1. Den almenpraktiserende lege som en kompetent kliniker med spesielle og nødvendige arbeidsoppgaver.
2. hvorledes team-arbeidet fungerer
3. sykdomsformer som vanligvis ikke sees i sykehus
4. hvorledes almenpraktikeren bedømmer og behandler de emosjonelle sider av pasientens sykdom
5. hvorledes sykdommer kan innvirke på familiesituasjonen
6. hvorledes pasientens sykdom kan påvirkes av familie og miljøsituasjonen
7. sykdomsutviklingen og forløpet av en del akutte og kroniske sykdommer
8. almenpraktikerens arbeid med profylakse
9. almenpraktikerens arbeid med helseopplysning

Den teoretiske undervisning gies i form av forelesninger med diskusjoner om emner relevant for almenpraksis:

1. Sykdom og sykdomsbegrep Sykdomspanoramaet i almenmedisin
2. Den diagnostiske problemstilling i almenmedisin
3. Etablering av almenpraksis
4. Utstyr og bruk av legeskuffert
5. Laboratoriet i almenpraksis
6. Utstyr på legekantoret
7. Arbeidsdeling og samarbeidsformer på legekantoret
8. "Arkivsystemet"
9. Arbeidsrutiner og økonomiske forhold i almenpraksis.

Ekskursjonene til distriktslegene i Hordaland startet i 1975 som et frivillig tilbud. De deltar nå mellom 12-15 distriktsleger i denne praksisrettet undervisningsform. Reise og oppholdsgifter samt lønn til distriktslegene dekkes av bevilgninger fra Universitetet og fra Den norske lægeforbunds fond.

Tilbudet er frivillig og har i stigende grad vært benyttet. Oppholdet har variert fra 1-5 dager.

Erfaringer og fremtidige planer

Evalueringsresultatene viser at studentene gjen-

nomgående er fornøyd med opplegget og at de gjerne vil ha mer undervisning i almenmedisin dersom dette kan erstatte annen undervisning. Flere av studentene har gitt uttrykk for at de gjerne vil prøve seg selv i pasientarbeidet.

Det arbeides nå med et fast opplegg med obligatorisk undervisning i almenmedisin. Studieplanen viser at det er muligheter for å koordinere undervisningen med undervisningen i sosialmedisin, særlig i 3. 4. og 5. termin. Visse endringer i studieplanen er dog nødvendig før studentene i Bergen får et tilbud som kan sies å være likeverdig med de øvrige 3 fakulteter.

Forts. fra side 4.

får i klinikken på en måte skal settes inn i et almenmedisinsk perspektiv. Våre erfaringer hittil har vært ganske gode.

Hvorledes vil så den nye studieplan arte seg i praksis for oss? Vi får håpe det beste, men vi er noe bekymret for den arbeidsbelastning vi må påta oss, som nok overstiger de ressurser vi har. For tiden

arbeider vi sammen med instituttene i hygiene og sosialmedisin for å snekre sammen den endelige utforming av 15. termin, et samarbeid som går meget godt.

Den annen hovedbekymring er av økonomisk art. Den nye stideplan, ikke minst 15. termin, vil trenge ekstra ressurser som Universitetet selv ikke kan skaffe. Det er tatt kontakt med departementet, idet det vil bli nødvendig med ekstra bevilgninger. Hvor lett det vil bli å fremskaffe disse, vet jeg lite om, men distrikthelsetjenesten skal jo styrkes

Vi har såvidt begynt å arbeide med tanker rundt eksamen i almenmedisin, enten nå denne skal bli skriftlig eller muntlig. Det er jo også en spennende utfordring.

Alt i alt må vi si at vi har en noe ambivalent holdning til fremtiden når det gjelder vår studentundervisning. Den nye studieplan er en klar forbedring i forhold til den gamle sett fra vår side, men den pålegger oss også økte forpliktelser, som vi ikke alltid kan se at vi kan klar å oppfylle.



ALMENMEDISIN I DET MEDISINSKE STUDIET —

Universitetet i Trondheim

Bent Guttorm Bentsen Professor i Almenmedisin

Avdeling for medisin, Universitetet i Trondheim, mottok de første studentene i januar 1975. Den gang, som senere, har vanligvis studentene tatt første avdeling i Bergen. Det begynner to kull årlig, hvert på 20 studenter.

Institutt for samfunnsmedisin har idag seks ansatt i heltidsstillinger og fire i deltidstillinger. I tillegg kommer to faglærere som er primærleger. Instituttet har videre et utstrakt samarbeid med almenpraktikere og annet helse- og sosialpersonell i byene og distriktene i Midt-Norge.

Undervisningen skal foruten almenmedisin, omfatte fagene sosialmedisin og forebyggende medisin. "Samfunnsmedisin" er bare en paraplybetegnelse. I begynnelsen hadde vi ingen bestemt undervisningsmodell å gå etter, spesielt når det gjaldt almenmedisin. Vi måtte prøve oss frem og forme vår egen modell. Rammen var studiets målsetting: "... gjøre dem (studentene) i stand til å utøve selvstendig virksomhet som leger". Vi har sett det som et mål at undervisningen ikke bare skal gi kunnskap, men også være holdningsskapende.

UNDERVISNINGEN I DAG

I de vel fem årene instituttet har eksistert, har undervisningen stadig vært i vekst og utviling. Vi har sett dette som en hovedoppgave. Grensene mellom våre tre hovedfagområder: Almenmedisin, forebyggende medisin og sosialmedisin synes å være uskarpe. Det meste av dette berører våre oppgaver som primærleger. Figur 1 gir en oversikt over omfanget av undervisningen.

Undervisningen kan grupperes i fire deler:

1. Introduksjon/propedeutikk

I 1. kliniske termin er det en "blokk" på 22 timer, foruten fire dagers tjeneste i almenpraksis, som instituttet har ansvar for. Undervisningen tar her særlig sikte på å forberede studentene for praksistjenesten.

2. Integrert undervisning

2. til 8. termin er såkalte organeterminer. Personell fra instituttet og/eller personell fra primærhelsetjenesten (eks. distriktslege/almenpraktiker) forestår undervisningen i samarbeid med sykehusmedisiner innen et av terminens hovedfag. Normen har vi satt til tre dobbeltimer pr. termin, og vi har stort sett nådd dette målet. Hovedretningene for oss er å omtale arbeidsteknikker i almen praksis, psykososiale aspekter og epidemiologi

i forbindelse med det tema som blir undervist.

3. Samfunnsmedisins hovedtermin

I 9. termin, som er instituttets hovedtermin sammen med undervisningen i psykiatri, har instituttet ansvar for 110 timers undervisning. Dessuten har studentene tre ukers praksistjeneste, hvorav det vesentligste i primærhelsetjenesten.

Her tas opp almenmedisinske emner sett f.eks. fra en mer teoretisk og ideologisk synsvinkel, vårt samarbeid med annet personell i helse- og sosialtjenesten, helsekontroll og helseopplysning, omsorgen for eldre m.m.

Halvparten av undervisningen gjennomføres nå som såkalte "temadager". Modellen er en som ofte benyttes ved kurs i videre- og etterutdannelsen av leger. Emner innen et bestemt felt blir gjennomgått, med gruppearbeid og egenaktivitet fra

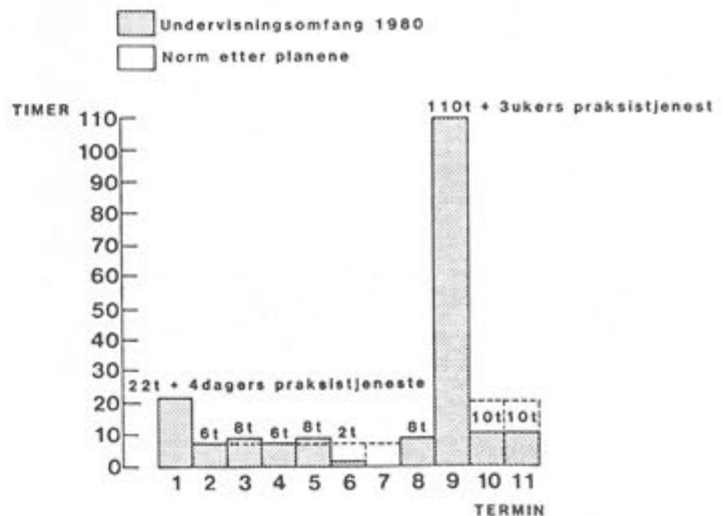


Fig. 1 Oversikt over undervisningen for medisinstudentene ved inst. for Samfunnsmedisin, Trondheim, i 1980.

studentenes side - og forelesninger. Ofte er dette seminarpreget og iblant deltar "ressurspersoner", som f.eks. pensjonister under temadagen om eldreomsorg.

Terminen avsluttes med skriftlig eksamen.

4. Primærmedisinske klinikker

I 10. og 11. termin har vi primærmedisinske klinikker med pasienter. Det tas utgangspunkt i symptomer, som f.eks. slapphet, svimmelhet, hodepine, ryggsmertter, søvnvansker, feber, brystsmertter og overvekt. Retningslinjene for disse klinikkene er hvorledes vi bygger opp den diagnostiske utredning trinnvis, med f.eks. observasjonsperioder mellom konsultasjonene - og prøvebehandling. Dessuten gir denne undervisningen anledning til å peke på noe studentene ofte glemmer; - at vanlige sykdommer er vanligst!

ALMENMEDISINENS ROLLE I UNDERVISNINGEN

Som denne oversikten viser, har almenmedisinen en bred plass i undervisningen. Dette er et fag introdusert i alle terminer, og det tas opp både fra en praktisk og teoretisk synsvinkel.

"Samfunnsmedisin-paraplyen" med kombinasjonen av flere disipliner har ikke skapt vanskeligheter. Almenmedisinen har ikke tapt i kampen. Tvert om har denne samordningen virket gjensidig befruktende på undervisningen i de enkelte fag, og almenmedisin-undervisningen har tjent på den nære koblingen til sosialmedisin og forebyggende medisin. I tillegg kommer fag som epidemiologi og helsetjenesteadministrasjon.

Almenmedisin som et samfunnsmedisinsk fagområde er et eksamensfag, og et av de store i klinikken, og eksamensoppgavene er spesielt siktet mot primærlegens oppgaver. Karakteren i samfunnsmedisin; som også dekker sosialmedisin og forebyggende medisin, teller 1.5, d.v.s. nesten like mye som indremedisin eller kirurgi (vektttall = 2).

Almenmedisinen preger undervisningen ved instituttet, ikke minst fordi flertallet av medarbeiderne har faglig og praktisk erfaring fra primærhelsetjenesten.

FREMTIDEN

Som nevnt har instituttets undervisning stadig vært i vekst og utvikling de vel

fem årene instituttet har eksistert. Vi er opptatt

med å forbedre undervisningen, men vår tidsramme slik den fremgår av studieplanen, er snart oppfylt. Målet er bl.a. å få ansatt flere faglærere som er primærleger, - og å få bygget opp en video-kassett-"bank" av kasuistikker fra almenpraksis for undervisningen. Helst ville vi også utvidet uketjenesten i almenpraksis for studentene betydelig, men tidsramme og stram økonomi setter her grenser.

Har vi så lykket i å yte noe av betydning til det medisinske studium i Trondheim? Vi tror det. Når for eksempel mer en 2/3 av et årskull skrev i "Kullboka" at primærhelsetjenesten vil være deres primære valg, avviker dette adskillig fra de 15-20% som tidligere undersøkelser blant medisinske kandidater har vist. Det er dette vi ønsket skulle skje. I årene som kommer vil i alle fall en stadig større andel av de nyutdannede legene finne sitt fremtidige arbeid i primærhelsetjenesten. Måtte dette være mer enn det nest beste valg når sykehusene ikke lenger har stillinger å by på.



Undervisning i almenmedisin ved universitetet i Tromsø

Av Anders Forsdahl, Professor i almenmedisin

Lenge før undervisningen av medisinske studenter i Tromsø tok til, høsten 1973, hadde det vært en generell oppfatning i Norge at medisinerundervisningen var for institusjonspreget, og at dette institusjonspreg var blitt mer uttalt etter hvert. Med dette for øye ønsket planleggerne i Tromsø å gi en bedre innføring i den delen av medisinen som eksisterte utenfor institusjonene. Man tok med andre ord sikte på en bedre balanse mellom klinisk medisin, biologisk medisin og det som man oppfattet som mer samfunnsrelatert medisin, med bl.a. større vekt på de psykiske og sosiale faktorer i sykdomsutviklingen. Ved å gi en bredere innsikt i primærmedisinen, med de muligheter og de krav som denne stiller, håpet man å få studentene mer engasjert i denne delen av medisinen og motivert for å arbeide her.

Det medisinske fakultet, eller Fagområdet medisin som det ble hetende i Tromsø, ble sammensatt av tre institutter:

1. Institutt for klinisk medisin.
2. Institutt for medisinsk biologi.
3. Institutt for samfunnsmedisin.

Opprettelsen av et eget institutt for samfunnsmedisin tok nettopp sikte på å oppfylle målsetningen om en bedre likevekt mellom kliniske fag og med fag som hadde sin problemstilling utenfor institusjonene. Instituttet skulle på mange måter tjene som en brobygger mellom den primære helsetjeneste og institusjonene.

Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø er sammensatt av 6 forskjellige seksjoner:

1. Epidemilogi og medisinsk statistikk.

2. Almenmedisin.
3. Sosialmedisin.
4. Forebyggende medisin.
5. Sosial psykiatri.
6. Klinisk psykiatri.

Noen av seksjonene, f.eks. Epidemiologi og medisinsk statistikk og Sosialpsykiatri er nyskapninger innen norsk universitetsmiljø, mens andre er gamle kjenninger. Fagfeltet for forebyggende medisin var tenkt som en betydelig utvidelse av den tradisjonelle hygiene.

Av vesentlig betydning for undervisningen har det vært at disse seksjonene, som er små enheter med til sammen 15 vitenskapelige ansatte, har vært samlet i et institutt. Dette har bl.a. medført at det ikke har vært nødvendig å trekke skarpe faggrenser mellom de forskjellige seksjonene. De vitenskapelige ansatte har undervist på felter hvor de har hatt kompetanse, hvilket flere ganger har medført at de også har undervist i fag som man ved en mer striks definisjon vil kunne hevde hørte til et annet fagområde enn deres eget.

Dette medfører at ansatte ved andre seksjoner også

underviser i felter som ved en nøyere definisjon kunne tilhøre det almenmedisinske fagområde og at ansatte ved seksjon for almenmedisin også underviste i områder som gikk ut over dette felt. I det følgende redegjøres det for den undervisning som utgår fra seksjon for almenmedisin.

Undervisningen.

Det medisinske studiet ved Universitetet i Tromsø varer i 6 år, og undervisningen er inndelt i 4 stadier. Det tas hver høst opp 40 nye studenter. Undervisningen i almenmedisin (og tilgrensende fag) starter allerede ved studiets begynnelse.

Stadium I.

Varer i vel 1 år. Seksjonen for almenmedisin har ansvaret for en klinikkserie med tittelen "Samfunn og sykdom" med 1 dobbeltime hver uke. Man tar her sikte på å gi studentene en innføring i pasientens opplevelse av å være syk, og man har sett det ønskelig å gi denne innføring før studentene har tilegnet seg medisinske kunnskaper. Man har tatt sikte på å ta for seg sykdommer som er



vanlig i befolkningn. Vanligvis spenner hvert tema over 3 dobbelttimer. Den første dobbelttime medgår til å gi en oversikt over sykdommens natur, utbredelse og sosiale komplikasjoner. 2-3 studenter blir så valgt til å snakke med den syke og den sykes familie, hvoretter studentene i neste dobbelttime fremlegger dette for sine medstudenter, og da ofte sammen med pasienten. Den siste dobbelttime medgår til felles diskusjon. Etter ca. 4 mndrs. studium utplasseres hver student 2-3 dager hos en almenpraktiserende lege i Tromsø by. Studenten opptre her som observatør ved konsultasjoner, reiser i sykebesøk, observerer laboratoriefunksjoner og lignende. Denne utplassering er også et ledd i studentenes undervisning i medisinsk sosiologi.

Stadium II.

Varer i nesten 3 år, og gis en systematisk og fullstendig serie av integrerte organkurs ut fra biologiske, kliniske og samfunnsmessige forhold. Det er ialt 14 slike organkurs, og seksjon for almenmedisin deltar i de fleste av disse. Sykdomstilstander blir da belyst sammen med sykehusklinikker og ofte også farmakolog. I denne undervisning trekker man også inn almenpraktiserende lege fra Tromsø by og enkelte ganger har disse med pasienter fra sin praksis i undervisningen.

Et av organkursene, Organkurs XIII, har tittelen "Samfunnsmedisin". Kurset organiseres fra Institutt for samfunnsmedisin, og almenmedisin har her en bred plass. I dette organkurs inngår bl.a.: formell undervisning om helsevesenets oppbygning og funksjon, helserådsarbeid, skolehelsetjeneste, vaksinasjoner m.m. Der er flere gruppearbeidere med gjennomgåelse av problemstillinger fra almenpraksis, mindre seminarer hvor grupper av studenter fremlegger et på forhånd oppgitt emne for sine medstudenter.

Under veiledning av lærer deltar også hver student en aften i den kommunale legevakt. Studentene fore-

tar her undersøkelse og behandling av 3-4 pasienter som har søkt legevakten. Pasientgrunlaget er noe selektert på forhånd.

Nytt av året er at man har innredet et ganske enkelt legekantor i instituttets lokaler. Dette er utstyrt på en slik måte at studentene kan øve seg i enkel undersøkelsesmetodikk som er vanlig i almenpraksis. De skal her forsøke seg fram på egen hånd, men vil ha tilgang til lærer fra instituttet dersom dette er nødvendig.

Stadium III.

Etter 4½ års studium blir studentene utplassert 2 mndr. hos distriktslege (på forhånd har de vært utplassert 4 mndr. på mindre sykehus i Nord-Norge). Før utplasseringen skjer blir de deltagende distriktsleger innvitert til et orienterende møte i Tromsø hvor man gjennomgår undervisningsopplegget for utplasseringen. Etter at studentene har utført denne tjenesten, blir distriktsleger og studenter innkalt til et felles møte hvor man gjennomgår og drøfter de erfaringer man har hatt.

Stadium IV.

Det siste, 6. året, er viet klinisk undervisning og seksjon for almenmedisin deltar i fellesklinikker og har noen egne klinikker hvor hovedvekten blir lagt på problemløsninger i almenpraksis.

Eksamen.

Etter 4 års studium blir det avholdt skriftlig eksamen (3 dager à 6 timer). Eksamensinnholdet er lagt slik an at de samfunnsmedisinske fag, herunder også almenmedisin, belegger ca. 25% av eksamensinnholdet.

En slutteksamen, etter 6 år, består av 1 skriftlig eksamensdag, også her med almenmedisinske problemløsningsoppgaver.

Det blir dessuten avholdt muntlig eksamen i kirurgi, indremedisin, og etter loddtrekning i de andre kliniske fag. Til alle de muntlige eksa-

mener tar man sikte på at sensor skal være almenpraktiker med erfaring fra Nord-Norge. De skal også delta aktivt i eksaminasjonen hvor de finner det nødvendig å belyse almenmedisinske problemstillinger.

Hovedoppgave.

Etter at studentene har avsluttet sitt 5 studieår, skal det innleveres en skriftlig hovedoppgave. Ca. 20% av studentene har valgt oppgaver som er utført i den tiden de har oppholdt seg hos distriktslege eller hvor problemstillingen i oppgaven er hentet fra primærhelsetjenesten.

Erfaringene med forskjellige undervisningsformer i almenmedisin.

Almenmedisin er et utpreget klinisk fag. I motsetning til forholdene ved universitetene i Oslo og Bergen, har Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø ingen fast praksistilknytning. Årsaken til dette var at man under planleggingen ikke ønsket å etablere en egen praksis tilknyttet Instituttet. Man var engstelig for at man derved ville kunne få en meget spesiell type praksis som ikke i tilstrekkelig grad gjenspeilet en vanlig almenpraksis. Man tok derfor sikte på at instituttet skulle innarbeide seg i et av de kommunale helse og sosialsentra som var under planlegging i Tromsø. Imidlertid er ikke disse helse- og sosialsentra på langt nær blitt utbygget i det tempo som var planlagt, med den følge at det ikke har lyktes å få en fast tilknytning fra instituttets side. Man hadde her tatt sikte på en mer systematisk gjennomgåelse av enkelte pasienter for å illustrere de store muligheter, men også de begrensninger som almenpraksis innebærer. Utvilsomt representerer den manglende etablerte praksistilknytning et tap i undervisningen, men hvor stort dette tapet er, er det imidlertid vanskelig å ha noen sikker formening om. En viss kompensasjon for dette har man ved at praktiserende leger i

Tromsø trekkes inn i undervisningen og den relativt lange utplassering hos distriktslegene. Imidlertid følger også lærerne ved Instituttet denne mangelen som et savn, de føler at de til en viss grad risikerer å miste den faglige kontakt med det kliniske fag de underviser i.

Utplassering hos distriktsleger i Nord-Norge.

Etter 4½ års studium blir studentene som allerede nevnt enkeltvis plassert ute hos distriktsleger i Nord-Norge i 4 uker. Denne tiden er i det vesentlige viet den praktiske, kliniske del av faget. Erfaringer fra denne utplasseringen er nesten udelt positive, både fra distriktslegene og fra studentenes side.

Tjeneste på den kommunale legevakt.

I den kommunale legevakt har universitetet etablert et legekantor som er forholdsvis enkelt utstyrt i likhet med de utekontordagssteder som studentene senere vil møte i sin utplassering hos distriktslegene. Under observasjon av lærer tar studentene opp anamnese, undersøker pasientene, gir en vurdering av sine funn og foreslår behandling. Både lærere og studenter er av den oppfatning at dette er en meget instruktiv undervisningsform. Man har dessuten bare mottatt positive reaksjoner fra pasientenes side.

Seminaroppgaver.

Under veiledning av lærer skal studentene - 8 i hver gruppe - bearbeide et bestemt tema. Resultatene skal studentene framlegge for de øvrige studenter på kullet i plenum. Målsetningen for denne undervisningsform er flersidig: Det er en variasjon fra de formelle forelesninger, som det jo er svært mange av i det medisinske studium, gjennom observasjoner, litteratursøkning og kontakter med enkeltpersoner og institusjoner skal studentene få en øvelse i å konsentrere resultatene slik at de egner seg for en muntlig frem-

stilling med begrenset tid til rådighet.

Studentene skal likeledes få en øvelse i samarbeide og arbeidsfordeling. Til sist skal de også få øvelse i å fremstille sine resultater muntlig. Studentenes syn på denne undervisningsform er noe varierende. Et mindretall mener at man bruker for mye tid i forhold til det faglige resultat. Imidlertid er det en generell forståelse for målsetningens øvrige innhold.

Oppgaveløsninger i almenmedisin.

I grupper på 8 gjennomgår studentene sammen med en veileder på forhånd utarbeidede problemoppgaver fra almenpraksis. Dette synes å være en utbytterik undervisningsform.

Øvingskontoret.

Man har foreløpig for liten erfaring med dette tiltak til å kunne evaluere tiltakets verdi.

Integrerte klinikker.

Dette er en serie klinikker hvor det er en samundervisning med lærere fra Institutt for klinisk medisin, Medisinsk biologi og Institutt for samfunnsmedisin. Klinikkenes spenner over to timer, oftest med pasientdemonstrasjoner. Dette er en vanskelig form for undervisning og det er nødvendig med en nøye tilrettelegging på forhånd. Som lærer i almenmedisin kan man lett komme i konkurranse med sykehuslegene når det gjelder medisinsk ekspertise, istedenfor klart å fremheve de spesielle problemer som kan og bør løses i almenpraksis.

Eksamen.

Almenmedisin som eget universitetsfag er ungt. Det har vært hevdet fra flere hold - også fra almenpraktikerhold - at det er nødvendig med en egen muntlig eksamen for på denne måte å fremheve fagets egenart. I Tromsø har man foreløpig ikke gått inn for dette. Man har heller tatt sikte på

at problemløsninger fra primærhelsetjenesten skulle belyses fra alle muntlige eksamener. Som en sikkerhet for at dette skulle skje, har man engasjert almenpraktikere som sensorer, og de skulle da kunne delta aktivt i eksaminasjonene. Stort sett synes dette å ha virket etter hensikten, men en nærmere analyse vil være nødvendig.

Blir målsetningen i almenmedisin oppfylt?

Mye tyder på at studentene er bedre orientert i problemstillinger fra primærhelsetjenesten enn deres lærere var det da de ble uteksaminert etter mer tradisjonelle undervisningsmetoder. Undervisningen har da også tatt sikte på at den nyutdannede lege skulle ha den samme faglige og psykiske bakgrunn for å starte sin karriere i primærhelsetjenesten som i institusjonshelsetjenesten.

Hvor vidt man har oppnådd noe av dette er det for tidlig å uttale seg om. De første utdannede leger fra Tromsø er nylig ferdig med sin turnustjeneste. Men man har planlagt å følge deres karrieremessige utvikling i årene som kommer.



HVORFOR VIL NOEN BLI PRESIDENT I USA — ELLER UNDERVISE

I ALMENMEDISIN

Per Hjortdal

Almenpraktiker DNLD Oslo

Almenpraksis er et av de eldste medisinske fag, - samtidig som det er et av de yngste universitetsfag.

Almenpraksis er det mest vidtfaavnende medisinske fag, - samtidig som det til dels mangler spesialisitet.

Almenpraksis er av mange ansett som det enkleste medisinske fag, - samtidig som det kan være vanskelig å lære, det må oppleves.

Med alle disse motsetningene, hvorfor er det da noen som vil drive almenpraksis, - eller enda mer ekstremt, undervise i dette faget? Hvor bør denne undervisning foregå?

Felles for de fleste av oss som i dag driver almenpraksis - om vi studerte i Norge eller i utlandet - er at vi fikk ingen eller i beste fall en mangelfull innføring i faget almenmedisin. Det er bare i løpet av de siste år almenpraksis har vunnet innpass i universitetsmiljøet. Det er faget fremdeles preget av. Undervisningen har til nå stort sett vært utført av en håndfull fulltidsundervisere ved de forskjellige almenmedisinske institutter. Men almenmedisin ved sin egenart i form av kontinuitet, forpliktende, omfattende og personlig pasientforhold, er så uløselig knyttet til praksis at den ikke kan eller bør undervises av praksisfjerne universitetsfolk. Vi trenger instituttene med de skapende sjeler som der finnes, som åndelige overhoder for oss fotfolk. Men selve den individrettede og motive-rende enkeltundervisning av studentene må utføres av oss almenpraktikere på lokalplanet. Universitetene har innsett at undervisningen må desentraliseres fra instituttene. Studiet i Tromsø og den nye studieplanen for Oslo er eksempler på dette. Et lite regnestykke viser at omtrent 2.000 al-



menpraktiker-uker pr. år vil medgå til undervisning. Dette er tid hvor vi vil drive pasientbehandling, men hvor undervisning vil bety en merbelastning. Er vi som almenpraktikere villig til å påta oss denne økede belastning? Vil vi prioritere undervisning i disse usikre tider med stadig strammere økonomiske rammer, stor pasientpågang med økende forventninger og stigende krav om familieliv?

Jeg mener at undervisningen er et ansvar vi må påta oss om vi har en tro på almenmedisin som eget fag med egen fremtid.

Ved siden av idealistisk målsetting bør det ligge personlige grunner og mulighet for gevinst bak ønsket om å delta i undervisningen.

Å ha en student - eller "lærergutt" - i almenpraksis, kan være som å spise "sweet and sour pork" på kinesisk restaurant. Det kan være en pirrende opplevelse med studenter som bærer av åndelig frisk pust fra det akademiske miljø, - samtidig som vi kan tilføre studenten praktisk lærdom fra almenpraktikerens til dels ensomme og harde virkelighet. Men det kan også være skremmende å få en fremmed student så nær innpå seg - i et "en til en forhold" - i vårt profesjonelle liv. Vi vil bli sittende og tegne for hverandre i sanden. Da er det ofte sjelene åpner seg, på godt og vondt. Undervisningen har vært en integrert del av al-

menpraktikerens funksjon opp gjennom tidene. Vi har - med større eller mindre hell - undervist våre pasienter om sykdom og helse. Nå skal vi forsøke oss på kolleger.

Dette er nye og til dels ukjente oppgaver. For mange av oss henger frykten for det ukjente, - vår egen usikkerhet, følelsen av faglig utilstrekkelighet, engstelse for pedagogikk - som tunge, mørke skyer over lysten til å undervise.

For å få et bredest mulig spekter av almenpraktikere som universitetslærere trenger et formidabelt motivasjons- og trygghets-skapende arbeid. Noe av dette har de forskjellige institutt ved universitetene allerede gjort. Det meste må vi som almenpraktikere gjøre selv. Men vi vet lite om hverandre. Noe av det første vi bør gjøre er å utvikle et felles forum hvor vi kan bli kjent, utveksle og formulere forventninger, målsetninger, erfaringer, fagpolitikk og ønsker om forskning. Dette bør så fremmes overfor universitetene som våre ønsker og krav for å ville delta i undervisningen. Utposten, fagutvalgene APLF/OLL, Almenmedisinsk selskap kan bli mulige rugeplasser for disse aktiviteter.

La oss som almenpraktikere slå oss sammen, yte noe generelt for almenmedisinnens beste, men samtidig formulere og forlange noe for oss selv. Begge deler vil i det lange løp være til vårt eget beste.

Rapport fra almenmedisinsk forskningsutvalg

Bent Guttorm Bentsen og Steinar Westin

Som ledd i arbeidet for å fremme mere og bedre forskning i almenmedisin, ble det allerede i 1974 etablert et Almenmedisinsk forskningsutvalg (1). Utvalget består av 1 representant med varamann fra hvert av de fire almen- og samfunnsmedisinske institutter, samt av tilsammen tre representanter med varamenn fra Almenpraktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening¹⁾.

Utvalgets arbeid er etter hvert kommet i god og stabil gjenge. Likevel har vi inntrykk av at mange kolleger er dårlig informert om utvalgets virksomhet. Med denne korte redegjørelsen skal vi prøve å rette på det, og gi et lite innblikk i de saker som for tiden står i sentrum for utvalgets arbeid.

Den opprinnelige beskrivelsen av Utvalgets oppgaver ble formulert i 5 punkter (1). Utvalget skulle "støtte og stimulere forskning i almenmedisin ved å:

1. Gi eller formidle veiledning under planlegging og gjennomføring av slik forskning.
2. Registrere og koordinere planlagte, igangværende og gjennomførte prosjekter.
3. Registrere og formidle ideer til forskning og ta initiativ til prosjekter Utvalget finner aktuelle.
4. Arbeide for kanalisering av midler til forskning i almenmedisin.
5. Være behjelpelig med å organisere finansiering av konkrete oppgaver."

Senere har det vist seg at noen oppgaver er blitt særlig sentrale.

Siden 1. september 1980 har utvalgets sammensetning vært som følger:

Fra APLF: Ivar Rosenberg med Kjell Johansen som varamann, og Finn Nilsson med Even Lærum som varamann.

Fra OLL: Steinar Nakrem med Olav Breen som varamann.

Fra Institutt for almenmedisin i Bergen: Olav Sulheim med Arne Bjørge som varamann.

Fra Institutt for almenmedisin i Oslo: Per Fugelli med Dag Bruusgaard som varamann.

Fra Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø: Bernt Nesje med Egil Arnesen som varamann.

Fra Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim: Bent Guttorm Bentsen med Steinar Westin som varamann.

Sekretariatfunksjonen er i inneværende 2-års periode lagt til Institutt for samfunnsmedisin, Regionsykehuset i Trondheim, Blokk 38, 7000 Trondheim, med Bent Guttorm Bentsen som formann.

For det første har Den norske lægeforenings Fond til videre- og etterutdanning av leger, siden 1976 bevilget det såkalte "almenpraktikerstipend", en stilling i lønnsklasse 22 som kan fordeles i porsjoner fra 1 til 6 måneder til forsknings- eller undervisningsinteresserte almenmedisinere (kfr. utlysningstekst).

Søknadene stiles til det regionale almen- eller samfunnsmedisinske institutt, oversendes derfra til Almenmedisinsk forskningsutvalg, som hvert halvår avgir innstilling om tildeling av stipendmidlene. Det foreligger denne gang 8 søknader til almenpraktikerstipend for 2. halvår 1981.

Almenpraktikerstipendium 1981. Den norske Lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger har bevilget midler til et almenpraktikerstipendium for 1981. Instituttene for almenmedisin i Oslo og Bergen og instituttene for samfunnsmedisin i Tromsø og Trondheim utlyser derfor et stipendium til almenpraktiserende leger og offentlige leger i kombinert stilling, som ønsker å drive forskning og/eller medvirke i undervisningsopplegg. Søknaden gjelder for annet halvår 1981. Stipendiet er ment som lønn og tilsvarer lønnsrinn 22 i Statens regulativ. Det kan søkes for tidsrom fra 1-6 måneder. Stipendiaten forventes å være tilknyttet et eller flere av de nevnte institutter, som også vil kunne gi nærmere opplysninger. Hvis ikke kvoten fylles av sokere som arbeider som leger i den primære helsetjeneste, kan også andre leger og annet helsepersonell med interesse for og/eller tilknytning til den primære helsetjeneste komme i betraktning. De oppgaver de ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha klar tilknytning til problemer innen den primære helsetjeneste. Søknaden stiles til aktuelle institutt innen 1. mai 1981.

For det andre har utvalget etter hvert fått en stor oppgave med å gjennomgå og evaluere forskningsprotokoller for forskningsprosjekter i primærhelsetjenesten. Denne virksomheten foregår på frivillig basis, ved at den som ønsker utvalgets råd og assistanse, fritt kan anmode om utvalgets skriftlige kommentar til den tilsendte protokoll (protokoller må sendes i 3 eksemplarer).

Denne del av utvalgets arbeid er blitt så godt innarbeidet at mange kolleger ikke ønsker å delta i forskningsprosjekter som ikke først er forelagt Almenmedisinsk forskningsutvalg til uttalelse. Utvalget ser selvsagt positivt på denne utviklingen, selv om det bør understrekes at utvalget ikke formelt er noe kontrollorgan. Det har likevel vært en klart uttalt hensikt å bidra til å sile vekk noen av de multisenterundersøkelsene som synes å være mer innrettet på markedsføring av medikamenter enn på å vinne pålitelig og relevant kunnskap. Forøvrig benyttes utvalgets medlemmer i noen utstrekning som konsulenter for Statens legemiddelkontroll i arbeidet med godkjenning av enkelte kliniske utprøvinger av legemidler.

Blant annet som et resultat av denne kontinuerlige vurdering av forsøksprotokoller, har utvalget arbeidet seg fram til mer generelle retningslinjer for hvilke krav som bør stilles ved kliniske medikamentutprøvinger i almenpraksis (2). Denne veiledningen er i første rekke ment som et hjelpemiddel for de kolleger som skal ta stilling til om de ønsker å delta i et aktuelt forsøk med klinisk utprøving av legemidler. Men det er grunn til å anta at også de farmasøytiske firmaene og andre vil finne det nyttig å ha disse retningslinjene for øye ved utarbeidelse av forsøksoppleggene. Også på denne måten håper utvalget at kvaliteten av de kliniske utprøvingene i almenpraksis kan heves.

Utvalget bekjentgjør i allminnelighet ikke selv de uttalelser som avgis om hver enkelt forsøksprotokoll. Likevel er det full anled-

ning for interesserte kolleger til å be om kopi av utvalgets uttalelse om et aktuelt prosjekt, noe som iblant kan være nyttig for den som vil ha støtte til sin avgjørelse om eventuell deltakelse i et forsøksopplegg.

Spørsmål som vedrører forsikring for leger og pasienter som deltar i medikamentell utprøving av legemidler i almenpraksis har vært en hyppig post på Utvalgets sakslister. Vi skal ikke her gå inn på resultatene av den oppryddingen, men bare konstatere at det siste års protokoller stort sett er klarere på dette punkt. Arbeidet med forsikringsprosjekt var muligens årsaken til at trykkfeilsdjevulen ved en anledning fant det for godt å omgjøre Forskningsutvalget til "Almenmedisinsk forsikringsutvalg" i APLF's spalte i Tidsskriftet.

I utvalgets regi er det utarbeidet en ganske omfattende almenmedisinsk bibliografi. I annotert form inneholder den en tilnærmet komplett oversikt over vitenskapelige arbeider, oversiktsartikler, ledere, debatt- og korrespondanseinnlegg ved norske almenmedisinere eller om norsk almenmedisin gjennom de siste 20 år.

Det siste året har utvalget

vært opptatt av hvordan man kan fremme en mer målrettet forskning omkring visse sentrale sider av det almenmedisinske fagområdet. Det er enda mange hvite flekker på almenmedisinens store kart. Utvalget har tenkt seg muligheten av på eget initiativ å utarbeide forskningsprotokoller, og deretter finne aktuelle kandidater for å gjennomføre oppgavene. Noen spredte eksempler på denne arbeidsformen har allerede vært forsøkt.

Utvalget har også arbeidet med forslag til hvordan man kan få bukt med to viktige flaskehalsar for den almenmedisinske forskningen; de knappe økonomiske midler og den knappe kapasitet på kvalifiserte forskningsveiledere.

Utvalgets neste møte vil finne sted i Bergen 17. juni, i tilslutning til 2. Nordiske kongress i almenmedisin.

LITTERATUR:

1. Almenmedisinsk forskningsutvalg.
Tidsskr Nor Lægeforen 1975, 95, 244-245.
2. Almenmedisinsk forskningsutvalg: Medikamentutprøving i almenpraksis.
Tidsskr Nor Lægeforen 1980, 100, 2061-2062.

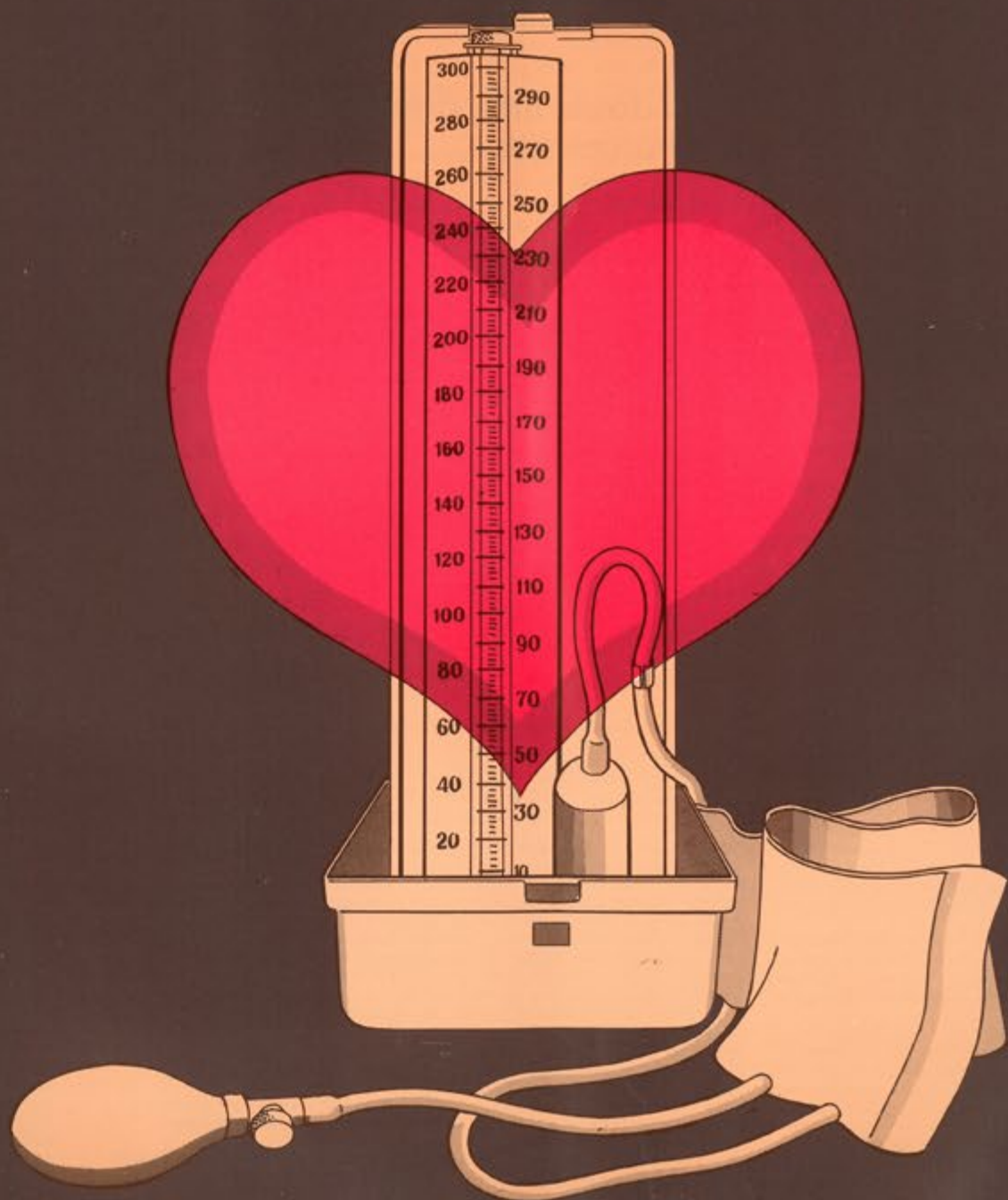
Vi antar at det kan være av interesse å presentere en oversikt over hvilke forsøksprotokoller som har vært behandlet av Almenmedisinsk forskningsutvalg hittil i 1981 (pr. april 1981):

- En kontrollert studie av akupunktur som profylaktisk behandling ved migrene.
v/ bydelslege Peter Major.
- Multicentre double blind comparison of zopiclone and nitrazepam in the treatment of chronic insomnia.
v/ Rhone Poulenc Pharma Norden A/S.
- Klinisk utprøving i almenpraksis av Pondocillin tabl. 350 mg x 3 i 3 dager ved akutt cystitt.
v/ Løvens kemiske Fabrik.
- Kliniske utprøving av Tegretol/placebo ved «restless legs».
v/ CIBA/GEIGY.
- Klinisk utprøving i almenpraksis av Apresolin/Apresolin SR som en del av en kombinasjonsbehandling ved essensiell hypertensjon.
v/ CIBA/GEIGY.
- Surmontil ved myalgier, «Surmyalgi».
v/ Rhone Poulenc Pharma Norden A/S.

Seloken[®] (metoprolol)

ved HYPERTENSJON

- Høy grad av β_1 -selektivitet
- Verdens mest benyttede selektive betablokker.



Enkel dosering: Kan doseres 1 gang pr. dag.*

* Dosering 1 gang pr. døgn vil, i likhet med andre β -blokkere medføre større svingninger i plasmakonsentrasjonen hvilket kan medføre forandringer i effekt og bivirkninger.


Hässel
hjerter kar

Seloken® (metoprolol)

Original substans fra Hässle

- Effektiv blodtrykkskontroll
- Ingen endring i doser eller doseintervaller ved nedsatt nyrefunksjon

I seg selv en forenkling for lege og pasient fordi:

Sitat:

»... selv aktuell serumkreatinin kan være misvisende og derved et ubrukelig grunnlag for doseberegning ved akutt nyresvikt, ved ustabil nyresvikt, ved hemodialyse og delvis hos eldre pasienter.»

P. K. M. Lunde
Medisinsk Årbok 1978.

Kontraindikasjoner: Absolutte. Ikke kompensert hjertesvikt. A.V.blokk grad II og III. Relative: Metabolsk acidose, hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans. Raynauds syndrom. Graviditet (se forsiktighetsregler).

Bivirkninger: Lette tilfeller av gastro-intestinale besvær, tretthet, depresjon og søvnforstyrrelser kan opptre. Kalde hender og føtter kan forekomme. Nedsettelse av lungefunksjonen kan opptre. Allergiske hudreaksjoner er sett i sjeldne tilfeller.

Forsiktighetsregler: Seloken kan gis til pasienter med obstruktive lungesykdommer. Også β_1 -selektive substanser kan imidlertid gi en økning i luftveismotstanden hos enkelte pasienter, og slike bør ha β_2 -stimulerende medikamenter (f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol) tilgjengelig og bør instrueres i bruken av dem hvis symptomer på bronkialobstruksjon skulle tilfelle.

Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt.

Pasienter som står på betablokkere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkelse med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Betablokkere påvirker imidlertid ikke digitalis' positive inotrope effekt på hjerte-muskelen. Pasienter med hjertesvikt må derfor digitaliseres på forhånd og/eller behandles med saluretika. Betablokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrio-ventrikulære overledning økes når medikamentene gis sammen slik at pasientene da må følges nøye. Forsiktighet bør utvises ved ukontrollert eller vanskelig innstillbar insulinkrevende diabetes mellitus. Hypoglykemi antas å forekomme sjeldnere ved bruk av β_1 -selektive blokkere enn ved ikke selektive. Man bør imidlertid være oppmerksom på muligheter for hel eller delvis maskering av føling-symptomer. Seloken kan benyttes ved nedsatt nyrefunksjon uten endring av doser. Kan med fordel kombineres med hydralazin ved sterkt nedsatt nyrefunksjon. Dersom man ønsker å seponere preparatet for f.eks. kirurgisk inngrep, bør seponering skje gradvis i løpet av 7-10 dager.

Interaksjoner:

Betablokkere C01D

β -stimulerende adrenergika

antidiabetika

antihypertensiva/diuretika

digitalis

disulfiram

generelle anestetika
sekalealkaloider

kolinesterasehemmere

verapamil

blokkerer β -adrenerg effekt (VIb)
økt hypoglykemisk effekt (VIa)
økt BT-senkende effekt (VIa)
bradykardi. arytmi (VIa VII)
dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
myokard-depresjon (VII)
økt risiko for perifer karspasm (VIa)
økt risiko for bradykardi (VIa)
økt risiko for myokarddepresjon (VIa)



Kopi av brev fra Norsk Bedriftslegeforening til Den norske lægeforening

Utdannelsen av bedriftsleger

Den norske lægeforening underrettet i brev av 28.8.80 at det var nedsatt et utvalg til videre bearbeidelse av forslag til utdanning av bedriftsleger, samt koordinering av bedriftslegeutdannelsen med almenpraktikerutdannelsen. Fra Norsk Bedriftslegeforening var oppnevnt Øivind Larsen og Asbjørn Kverneland, fra Direktoratet for Statens arbeids-tilsyn Hans Tjønn, fra Almen praktiserende legers forening Leiv Tjeldflaat, fra Offentlige lægers landsforening Per Ø. Berstad og fra VEAP-rådet Dag Bruusgaard. Øivind Larsen var oppnevnt som utvalgets formann.

Utvalget har hatt tre møter, hvorav ett ved Kverneland Fabrikker, Kverneland, for samtidig å se nærmere på en del av de problemer en bedriftslege står overfor.

Utvalget har gått igjennom den oversendte utredning om utdanning av bedriftsleger med de innkomne kommentarer og har diskutert hvert punkt meget nøye. Utvalget delte seg i sitt syn på hvorvidt et utdanningsopplegg for bedriftsleger kunne skisseres og eventuelt fastlegges før bedriftslegenes posisjon i forhold til legetjenesten forøvrig var nærmere fastlagt. Videre var man delt i sitt syn på hvorvidt utdanningen burde legges opp som et helsepolitisk styringsmiddel. Larsen, Kverneland og Tjønn mente at utdanningen burde kunne fastlegges på fritt grunnlag ut fra de faglig

medisinske behov, mens Bruusgaard, Tjeldflaat, Berstad mente at utdanningen burde sees i sammenheng med den helsepolitisk sett ønskelige utvikling innen almenpraktis og offentlig legevesen.

Det avgis derfor en delt innstilling, nemlig den foreliggende ved Larsen (formann), Kverneland og Tjønn. Utvalgsmedlemmene Bruusgaard, Tjeldflaat og Berstad har utarbeidet en dissens som vedlegges.

Larsen, Kverneland og Tjønn (LKT) mener den foreliggende utredning danner et godt utgangspunkt for å fastlegge utdanning for bedriftsleger. LKT har ingen prinsipielle innvendinger overfor utredningen, utover en del justeringer som vesentlig skyldes den tid som er gått siden utredningen ble innsendt.

LKT konstaterer at det generasjonsskifte som omtales i innstillingens punkt 1.1. er i ferd med å skje. Dette aktualiserer utdanningsbehovet meget sterkt. Dessuten legges det vekt på at det i medhold av Arbeidsmiljøloven kan stilles krav til bedriftslegers utdanning. Det antas derfor at det fra Lægeforeningens side må være ønskelig så snart som mulig å kunne legge opp et konkret utdannings-tilbud for bedriftsleger.

LKT mener at det fortsatt vil komme til å bli et system med deltids- og heltids bedriftsleger. Kvalitetskravene må imidlertid kunne være de samme til det bedriftslegearbeid som skal utføres, enten det gjøres i hel- eller deltid.

Det er først og fremst næringslivets struktur som gjør at det er nødvendig å bygge på deltidslegesytemet for et meget stort antall av våre bedrifter. Utdanningen må sikre at den ekspertise som kjøpes i og med ansettelse av bedriftslege blir tilfredsstillende og tilpasset den eller de bransjer som arbeidet skal dekke, samtidig som utdanningen er lagt opp slik at

den er praktisk mulig å gjennomføre for de interesserte, til tross for at de såvel under utdanningsperioden som mens de er bedriftsleger må forutsettes å ha annet arbeid ved siden av.

Den godkjenning som innstillingen forutsetter, må gjelde utdanningen til bedriftslegearbeidet. Den må bevirke at kvalifikasjonene oppfyller visse normer, mens den på den annen side ikke bør ha helsepolitisk innhold, som f.eks. å skjele til hvilken type leger som kan godkjennes for å ha deltidsarbeid som bedriftslege når kvalifikasjonene for bedriftslegearbeidet forøvrig er tilstede. En øremerking av deltids bedriftslegestillinger for almenpraktikere ved hjelp av godkjenningsordningen vil f.eks. ikke kunne aksepteres.

Utredningens punkt 1.4. omhandler forholdet mellom spesialiteten yrkesmedisin og bedriftslegearbeid. LKT mener det bør presiseres ytterligere at det ikke er meningen med spesialisten yrkesmedisin at den uten videre skal være kvalifikasjon for å være bedriftslege. Bedriftslegearbeid inneholder mange elementer som ikke uten videre vil være dekket i en utdanning fram til spesialiteten yrkesmedisin. Også i fremtiden vil det sannsynligvis være hensiktsmessig at spesialistene i yrkesmedisin fortrinnsvis er å finne ved de institusjoner som danner annen linje for bedriftslegene, bortsett fra de relativt få store bedrifter som har eget behov for en spesialist i yrkesmedisin.

I punkt 1.6.1. i utredningen konstaterer LKT at det i siste ledd finnes en formulering som kan misforståes derhen at det anses uheldig om offentlige leger,

m.v. skal være deltids bedriftsleger. Det står ikke dette i utredningen, formuleringen er uheldig, meningen er at bedriftslegebasisutdannelsen innenfor medisinstudiet i Norge er for svak, for dårlig koordinert og at den rolle som ferdig lege som studiet legger opp til, er for dårlig tilpasset bedriftslegerollen, noe som er særlig uheldig når de nevnte legekategorier skal inneha bedriftslege-deltidsjobber.

I utredningens punkt 2 er språkbruken ikke i samsvar med det skulle man ellers anvender mellom videreutdanning og etterutdanning, likeledes bør betegnelsen spesialiteten almenmedisin erstattes med regler for rett til å benytte tittelen almenpraktiker Dnlf. 1 2.3.1.2. mener LKT at "teknisk-hygienisk opplæring" er et bedre navn enn laboratorietjeneste. Det bør vurderes om ikke tiden kan være

kortere enn 3 måneder og om slik tjeneste ikke også kan skje ved Arbeidstilsynets landsdelslaboratorier. Et nytt punkt 2.3.1.4. burde omhandle meriterende verdi av praksis som almenpraktiker, noe som er rimelig å ta med. LKT regner med at et utdanningsutvalg skal ha løpende styring med hvilke emner som tas opp i utdan-

ningen. Hva som er aktuelt vil skifte. Derfor gås ikke nærmere inn på dette her.

Et slikt utvalg må antas å bli gitt myndighet til å foreta den godkjenningen som er forutsatt i punkt 2.6. og også til å fastsette overgangsordninger. Den norske lægeforening bør oppnevne utvalget og må også sørge for at det får en bred sammensetning også med representanter fra Arbeidstilsynet og fra næringslivet selv.

Som konklusjon mener LKT at Den norske lægeforening snarest bør oppnevne et undervisnings- og godkjenningsutvalg for bedriftsleger. Da den foreliggende utredning synes å ta tilbørlige hensyn til en god koordinering med annen videre- og etterutdanning for leger, også for almenpraktikere, og da utredningen synes å ha vurdert de fleste av de momenter som må antas å være viktige i denne sak, antas den foreliggende utredningen å burde bli lagt til grunn for undervisnings- og godkjenningsutvalgets daglige arbeid.

På vegne av komiteens fraksjon Larsen, Kverneland, Tjøenn.

Øivind Larsen.



BEDRIFTSHELSETJENESTEN — ET UMULIG KOMPROMISS?

Av Steinar Westin

Amanuensis Inst. for samfunnsmed., Universitetet i Trondheim

Overlege Landgård's artikkel i Utposten nr. 2/3-1981 om utbygging av bedriftshelsetjenesten og konsekvenser for familiehelsetjenesten, var en opplysende sammenfatning av hvilke ødeleggende ringvirkninger for primærhelsetjenesten vi kan vente oss om man nå ensidig satser på en opprustning av bedriftshelsetjenesten. At han dessuten kunne peke på at en slik forsert opprustning også kan være uheldig for bedriftshelsetjenesten selv, var egentlig nytt for meg.

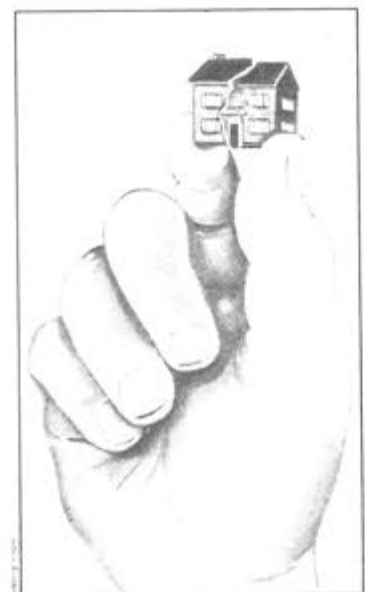
Landgård omtaler risikoen for at vi nå kan få to sideordnede primærhelsetjenester, administrert fra hvert sitt departement. Og han sparer ikke på kritikken av Arbeidstilsynet for å fremme en slik utvikling. Han nevner ikke LO som politisk faktor i denne sammenheng, men vi andre kan i det minste antyde at LO trolig gjør seg

selv en bjørnetjeneste ved å kjøre denne saken hardt fram. I mellomtiden har vi sett at bedriftshelsetjenesten ble trukket ut av lovforslaget om helsetjenesten i kommunene (Ot. prp. nr 36 1980/81), hvilket bekrefter våre bange anelser.

Men midt i all klarheten munner Landgård's artikkel ut i et merkelig kompromiss: Under avsnittet "hvordan løse problemene" formulerer han et forslag om "en styringsgruppe - gjerne et eget direktorat - som står midt mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for Arbeidstilsynet, og som finansieres 50/50 fra de to departementene".

Denne forvaltningsmessige nyskapingen høres for meg ut som et umulig kompromiss. Man kommer vel ikke utenom spørsmålet om hvilket Departement dette "Direktorat for bedriftshelsetjenesten" skulle sortere under.

Hvis det ikke blir Sosialdepartementet og Helsedepartementet, hvordan skal man da unngå at dette blir Arbeidstilsynets modell i ny forkledning?



Debatt!



Brev til redaktøren

Fra Erich Erichsen, 2300 Hamar

Spesialist i yrkesmedisin

Takk for siste nummer av Posten. Norsk praktisk medisins smertensbarn har fått en bred behandling i dette nummer, og det er bra at man i ett hvert fall i en publikasjon kan finne temaet behandlet noenlunde inngående. Jeg må bekjenne at jeg i mer enn 30 år har vært beskjefteget innenfor faget yrkesmedisin og bedriftshelsetjeneste. De siste par årene har jeg gjort forsøk på å analysere betydningen av bedriftshelsetjenesten, både når det gjelder arbeidslivet og menneskenes situasjon utenfor arbeidsplassen. Jeg har etterhvert hatt bedrifter med omkring 7 tusen arbeidsplasser, med allehånde risikogrupper, men sitter nå igjen med bedrifter som i liten grad er preget av det man vanlig kaller yrkesrisiko (på mine gamle dager!). Jeg har begynt å samle statistiske inntrykk av helsetilstanden hos en yrkesaktiv gruppe på ett par tusen mennesker for om mulig å finne et uttrykk for i hvilken grad man kan gjøre nytte for seg i bedriftshelsetjeneste.

Her er vi vel ved et nøkkelsspørsmål: analyse av det egentlige behov for bedriftshelsetjeneste! På dette feltet er lite eller intet gjort, selv om vi har hatt et mektig materiale å øse av. Det er vel også det som preger Arbeidstilsynets "Abusus medicinae laboris", overforbruk av bedriftshelsetjeneste. Manglende viten om behovet, manglende vurdering av form og plan som følge av uvitenhet, for ikke å snakke om en overveldende overvurdering av arbeidslivets betydning for folks helse (på svært mange områder). Som i mange andre grener av vår praktiske medisin mangler en ideologisk bakgrunn for organiseringen

av arbeidet.

Det slår, som i denne sammenheng ut i en total mangel på samordning av arbeidet. Hva er det egentlig som er det viktigste, det vil si: hvilken gren av den praktiske medisin skal ha ressursene? Skal man behandle alle i sykehus av giganttype, eller skal man sørge for at alle gamle kommer i syke- og pleiehjem eller skal man møte pasientene i primærmedisinsk omsorg eller skal man satse på å møte (endel av) menneskene på arbeidsplassen, i den tro at det er i arbeidet man møter sin helsemessige skjebne? Gigantomani er en vanskelig sykdom å behandle, fordi den har et betydelig innslag av politisk infeksjon som i sykehussektoren og nå også i bedriftshelsetjenesten.

Primærmedisinen og tjenester utenfor sykehus synes å ha en sterkt avstøtende effekt på politikernes interesse. Og det er dumt fordi det er egentlig der man treffer menneskene og deres problemer, hva enten de skyldes deres arbeidsaktivitet eller deres mer eller mindre helsepåvirkete situasjon i samfunnet.

En erfaring har jeg som umiddelbart faller i øynene en meget stor del av de plager og sykdommer som av "ekspertisen" oppfattes som fremkalt i arbeidet har sin opprinnelse utenfor arbeidsplassen. Jeg kan også si at det er nettopp på dette feltet jeg som bedriftslege synes å gjøre nytte: Å få plassert årsakene riktig i sammenheng og gi råd som kanskje kan være til nytte, uten å behøve å flytte på skrivebord og stoler i den enfoldige tro at feilstillinger er eneste årsak til såkalte "belastningssykdommer".

Fortsatt er jeg av den oppfatning at mennesker består av to hoveddeler: kropp og

sjel. Og denne kropp og denne sjel har mennesket med seg overalt, både hjemme og på jobben, og like stor er sårbarheten hvor enn mennesket går.

Det er en masse fin teori å lese om bedriftshelsetjenestens oppgaver og organisering, tørrprat som vil komme til å gjenspeile seg i en steril og lite menneskenær praksis i de tusen små og store bedrifter, på jakt etter helse-skader som man ikke finner. Det kommer til å bli stor salg av fin apparatur for å kartlegge mennesket i arbeid gjennom mikroverdier i dets blod.

Av 17 tusen menns senkning-er var det mindre enn 2% som hadde en senkning høyere enn 20mm, av like mange Hæmoglobinprøver var det mindre enn en halv % som var under 80%! Det danner noe av mitt vurderingsgrunnlag når jeg skal fortelle hva prøvene vi tar betyr i helheten. For meg står samtalen med hver enkelt som viktigere: "hva er ditt problem, - hvis du har noe? Man trenger ikke et gigantapparat for å tilfredsstille ønsker som har sitt utgangspunkt i myten om at det farlig å arbeide!

Noen må sette seg ned og tenke over det samlede problem, ikke tenke hver på sin kant, hva enten det er

i Sosialdept., i Komm. dept. eller i Arbeidstilsyn og Legeforening. Er det ikke noen som kan ta et initiativ for å samle det norske medisinske liv til en enhet som taler samme språk?

Jeg bare spør!





Særuttalelse om innstillingen «Utdanning av bedriftsleger»

Fra almenpraktiker Leiv Tjeldflaat, distriktslege Per Ø. Berstad og førstemanuensis Dag Bruusgaard

Arbeidslivets medisinske problemer er ikke til- lagt stor nok vekt i Norge. Derfor er det nødvendig å styrke det arbeidsmedi- sinske fagfelt i grunnut- dannelsen og gi et best mulig kurstilbud til leger som skal arbeide som bedriftsleger.

Før det er rimelig å frem- me konkrete forslag til utdanning av bedrifts- leger må det avklares hvem som skal utføre ar- beidet, hvilket kunnskaps- nivå og hvilken yrkeser- faring de har. Dessuten må det avklares i hvor stor grad bedriftsleger skal fungere som behand- lende primærleger ved si- den av det forebyggende arbeid.

Vi mener bedriftshelse- tjenesten bør være en del av primærhelsetjenestens omfattende og kontinu- erlige ansvar for helse og helseproblemer i lokalsam- funnet. Ved å la primær- leger fungere som bedrifts- leger på deltid vil de bare med seg sine kunnskaper om nærmiljø, familie og indi- vider. De vil dermed bli i stand til å se bedriften i et videre perspektiv. Primærlegene vil ha kjenn- skap til forebyggende helsearbeid fra andre felt, som bl.a. helsestasjonsar- beid og skolehelsearbeid og vil dessuten være fullt kompetente til å påta seg kurativt arbeid.

Ca. 50% av våre primærleger har i dag bedriftslegear- beid på deltid. Andelen er sannsynligvis økende.

Vi mener det ikke vil by på store problemer å flette bedriftslegeutdan- nelse inn i den ordinære videre- og etterutdanning for almenpraktikere, evt. med en viss supplering. Det nåværende regelverk som gjelder for å kunne benytte tittelen Almen- praktiker Dnlf er imidler- tid ikke tilstrekkelig. Dette regelverk inneholder

hverken krav om tjeneste eller kurs i forebyggende helsearbeid.

Prinsippet om å gjøre be- driftshelsetjenesten til en integrert del av pri- mærhelsetjenesten kan ikke gjennomføres absolutt. Ved bedrifter med spesi- elle yrkesmessige problemer og/eller med spesielt mange ansatte, kan det være ri- melig med heltids bedrifts- leger. Vi regner med at det også for disse kan bli aktuelt å påta seg noe ku- rativt primærlegearbeid. Krav til praktisk tjeneste og kurs i kurativ almen- praksis må derfor stå sen- tralt i utdannelsesstil- budet til disse ved siden av det forebyggende be- driftslegearbeid.

Prinsipielt mener vi ikke det er heldig at andre enn primærleger og heltids bedriftsleger skal ha be- driftslegearbeid. I dag dreier dette seg særlig om leger i administrative stillinger, med institutt- tilknytning, laboratorie- tilknytning o.l. Det disse bringer med seg inn i be- driftshelsetjenesten er relativt beskjedent i for- hold til hva primærlegene gjør, jfr. tidligere.

Hvis slike leger likevel skal påta seg bedrifts- legearbeid på deltid bør krav til praksis og teo- retisk utdanning være det samme som for bedriftsle- ger i heltidsstilling, evt. kan krav om utdanning i kurativ almenpraksis fra- falles hvis de også av- står fra å drive slik virk- somhet som bedriftslege.

Vi mener den foreliggende komitéinnstilling er et verdifullt arbeidsdoku- ment for det videre ar- beid med å utvikle et best mulig utdannelsesstilbud til bedriftsleger. På det nåværende tidspunkt finner vi det imidlertid ikke rimelig å formalisere en videre- og etterutdanning av typen "Bedriftslege Dnlf", dvs. en semispesia-

litet der kravene er min- dre enn til de ordinære spesialiteter. Vi finner det ikke ønskelig å eta- blere et utdanningsregel- verk innen et arbeidsfelt som i stor utstrekning bør dekkes av primærleger med sine egne videre- og etter- utdannelsesregler. Dessuten mener vi at den nåværende uavklarede situa- sjon for primærhelsetjenes- tens og bedriftshelsetje- nestens administrative tilknytning gjør det ri- melig å avvente en nærmere avklaring.

I dag foreligger det et forslag om å etablere en egen spesialitet i sam- funnsmedisin, samtidig med at almenmedisin som full spesialitet er under ut- redning. Også den uav- klarede situasjon på dette område gjør det etter vår mening lite tilrådelig å etablere et ytterligere regelverk.

Vi vil imidlertid anmode Den norske lægeforening om å legge stor vekt på forebyggende helsearbeid generelt og bedriftslege- arbeid spesielt i vurde- ringen av det foreliggende forslag om spesialitet i samfunnsmedisin og i ar- beidet med å etablere al- menpraksis som full spesia- litet.

**DON'T
FORGET**

**HUSK
Å
betal
bladpenger!**

Økonomisk krise i helsesektoren — hva med primærhelsetjenesten?

Av Bjørn Magne Eggen, Trondheim

REGJERINGEN HAR NYLIG, ETTER Å LOVET AT FORSLAGET VAR LIKE RUNDT HJØRNET I TRE ÅR, LAGT FRAM OT.PRP. NR 36, OM LOV OM HELSETJENESTEN OG SOSIALTJENESTEN I KOMMUNENE. SOM VENTET FORESLÅR REGJERINGEN AT OGSÅ KOMMUNENES HELSETJENESTE SKAL FINANSIERES GJENNOM ET RAMMEFINANSIERINGSSYSTEM, PÅ SAMME MÅTE SOM HELSEINSTITUSJONENE I DAG MOTTA STATSTØTTE TIL DRIFTEN. DENNE ORDNINGEN HAR MEDFØRT STORE VANSKER FOR FYLKENE, OG DET ER GRUNN TIL Å VENGE EN STORM AV PROTESTER FRA KOMMUNENE MOT FORSLAGET OM AT OGSÅ DE SKAL FÅ SIN HELSETJENESTE FINANSIERT VED ET RAMMEFINANSIERINGSSYSTEM, OM DA IKKE DET GJØRES NOE DRASTISK FOR Å BEDRE KOMMUNENES OG FYLKESKOMMUNENES ØKONOMI.

Hva vil vi med helsetjenesten her i landet? Hvilken tjeneste ønsker vi, og hva er vi villig til å betale for å få? Dette er sentrale spørsmål i diskusjonen omkring dagens store problemer i helsesektoren, problemer som i første rekke har rammet fylkenes helseinstitusjoner, dvs. sykehusene. Daglig leser vi om økende ventelister, stenging av sykehusposter og avdelinger, og reduksjon i de polikliniske tilbudene. De siste par årene har fylkeskommunenes økonomi blitt alvorlig svekket, gjennom arbeidstidsforkortninger, arbeidsmiljøloven, sykelønnsordningen og lavtlønnsordning. Disse forbedringene har vært viktige for de som arbeider i helsesektoren, men det har vært kostbare omlegginger for fylkeskommunene, som ikke har fått styrket sin økonomi for å møte omleggingene i arbeidstid og arbeidsrutiner. Dessuten har ikke fylkene fullt ut fått dekning for lønnsøkningene gjennom økte overføringer fra staten. Fylkenes andel av de offentlige inntektene har også

vært synkende de siste årene. Vi vet også at langt de fleste kommunene har økonomiske vansker, vansker som gjør det lite realistisk å tro at kommunene vil finne plass på sine budsjetter til en utbygging av helsetjenesten i kommunene.

Nettopp økonomi er viktig i denne sammenhengen. Ønsker vi at det private forbruket skal økes, ved å gi skattelettelse, eller ønsker vi å prioritere den offentlige innsatsen, i bl.a. helsesektoren?

Til nå har flertallet i Stortinget, spesielt Høyre og Arbeiderpartiet, klart vist at de prioriterer det private forbruket på bekostning av bl.a. helsesektoren. Vi så dette sist like før påske, da Stortingets Kommunal- og Miljøvernkomite avga innstillingen om ekstra skatteutjæmningsmidler til fylkeskommunene. I følge fylkene selv trengs vel 400 mill. kr. ekstra om en skal unngå å redusere tilbud. Høyre og Arbeiderpartiet er villig til å bevilge bare 150 mill. kr.

I kommunalkomiteen er det bare Venstres Odd Einar Dørum som går inn for å bevilge 400 mill. kr. til fylkene. Dette er forøvrig forslag helt i overensstemmelse med hva Dørum foreslo i samband med behandlingen av statsbudsjettet for 1981. Den gang fikk forslagene i alt 4 av Stortingets 155 stemmer. Skal innsatsen som helseinstitusjonene yter, kunne opprettholdes, må også fylkeskommunenes generelle økonomi bedres kraftig. Dørum foreslår således også i sin fraksjonsmerknad at inntektene til fylkene må økes, f.eks. gjennom en økning av skatteinntektene til kommunene og fylkeskommunene.

Det haster med en bedring av økonomien for kommunene og fylkene. Stortinget har nettopp fått oversendt Ot.prp. nr 36, om helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Dette lov-

forslaget gjør det klart at den kommunale innsatsen i primærhelsetjenesten vil bli betydelig. Men forslaget gir ingen garantier for at kommunene vil få økonomiske rammer til den økte innsatsen - og forslaget sier lite om den generelle økonomiske situasjonen for kommunene. Med den erfaringen som vi har etter 1½ år med rammefinansieringsordning for sykehusene, må vi regne med betydelig motstand fra kommunenes side mot et tilsvarende system. Dessuten er lovforslaget svært problematisk når det gjelder framtida for privatpraktiserende allmennleger, forslaget tar ikke opp de privatpraktiserende spesialistenes stilling, sykehjemmenes plass er uklar, og forholdet til bedriftshelsetjenesten blir ikke avklart. Men likevel er den viktigste innvendingen mot lovforslaget at kommunene ikke har en økonomi som tåler økte uttelling, og som derfor heller ikke gir rom for en styrking av primærhelsetjenesten.

Det er bred politisk enighet om at primærhelsetjenesten skal styrkes, i det minste på papiret. Med et godt og allsidig helse-tjenestetilbud i kommunene vil også betydelige deler av det omsorgsarbeidet som idag gjøres i sykehusene, bli gjort i primærhelsetjenesten. Også andre deler av sykehusenes virksomheter vil kunne flyttes til helsetjenesten i kommunene. Men bare å redusere sykehusaktiviteten uten at helsetjenesten utenfor institusjonene er i stand til å møte det økte presset, vil øke problemene for pasienter og pårørende - og frustrasjonen for dem som arbeider i helsesektoren.

Derfor er nettopp spørsmålet om økonomi og bruk av penger viktig. Skal vi godta at fellesgoder, som tilbudene i helsesektoren, blir svekket ved at det private forbruket blir prioritert gjennom skattelettelse? Eller skal vi si et kraftig nei til den nedskjæringspolitikken som Arbeiderpartiet og Høyre står sammen om, gjennom stemmeseddelen til høsten.

UTPOSTEN'S

ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE



UTPOSTEN'S
ALMENMEDISINSKE PROBLEM-
SERIE:

Nye utfordringer i vente!

I dette nummer av UTPOSTEN følger den tredje problemoppgaven i denne serien. En av våre kolleger har tatt utfordringen i forrige nummer alvorlig og selv sendt inn en oppgavekasuistik.

Vår felles pasient denne gang, Borghild Hol, presenterer en type plager som de

fleste av oss vil kjenne igjen fra det daglige arbeidet. Vi er spent på å se om våre kolleger er noenlunde enige om hvordan vi kan nøste opp et slikt problem i almenpraksis.

For nye lesere kan det være grunn til å minne om at disse oppgavene ikke nødvendigvis har ett enkelt riktig svar. Svaret på oppgaven blir til ved at flest mulig sender inn sine egne svarslipper og deretter får anledning til å sammenligne egne vurderinger med andre kollegers når neste nummer av UTPOSTEN presenterer svarfordelingen. Jo flere svar, desto mer representativ blir den oversikten dere skal sammenligne dere med!

Det gir oss en passende anledning til å minne om at svarene bør sendes inn raskt. På den første oppgaven kom det inn hele 15 svar etter at de første 100 var gått i datamaskinen. Det er selvsagt oppmuntrende at mange svarer, men vi vil gjerne at alle skal få gjøre sitt syn gjeldende før tidsfristen går ut. Det gjør den 10 dager etter at UTPOSTEN ankommer.

Enda er det noen som bare fyller ut den ene ruten som angir det svaralternativ de er mest enig i. Vi gjentar at alle svarrutene bør utstyres med et tall, slik at vi også kan få inntrykk av hva dere mener om de øvrige svaralternativene.

Ellers har utfyllingen av svarslippene og det tekniske opplegget forøvrig vist seg å fungere meget godt. Vi vil allerede nå rette en spesiell takk til EDB-konsulent Per Balstad og grafisk tegner Finn Bakke Olsen, begge ved Avdeling for medisin, Universitetet i Trondheim, for henholdsvis krysstallklare datautskrifter og flekkfrie grafiske oversikter.

SW



PROBLEMKASUS NR. 3/1981



Borghild Hol

Etter hvert er hun blitt engstelig for å ha hjertesykdom, slik faren var plaget med i mange år før han døde. Har "trøstespist" det siste året og gått opp 5-6 kg til 67 kg.

Ved vanlig klinisk undersøkelse påviser du et blodtrykk på 160/100, ellers intet særlig, høyde 160 cm.

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

Begge talkolonnene 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.

Som almenpraktiker i en middelstor norsk by får du en dag på ditt kontor besøk av Borghild Hol. Hun er 48 år, gift, har voksne og nylig fraflyttede barn og arbeider deltid som sentralborddame. Du kjenner henne som pårørende i forbindelse med farens død av hjerteinfarkt knapt et år tidligere.

Hun forteller at hun det siste året har fått tiltagende plager med smerter i brystet, ofte som en sviende fornemmelse. Hun får det gjerne når hun har det travelt, gjør storrenngjøring eller går i trappe opp til leiligheten i 3. etasje. Iblant kommer smertene også når hun blir "alterert", ofte etter konfrontasjoner med svigermor i etasjen under som legger seg mye opp i familiens liv.

Tidligere har hun også hatt plager med anfall av tung pust, tror selv det er en slags allergi. Ihvertfall ble hun bedre etter at de avlivet hunden et par år tidligere. Overgangsalderen har heller ikke vært problemfri. Hun har periodevis vært nedfor og søvnløs og plaget av svettetokter. Av en gynekolog i byen har hun fått østrogentabletter, som hun fortsatt bruker.



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 vekttall.

Problemkassus nr.3/1981

BORGHILD HOL

Problemkassus nr. 3/1981

BORGHILD HOL



Klipp her

Husk 5 - helt enig
↓
skalaen 1 - helt uenig

(A) Angi med hvilken sikkerhet du ville velge følgende diagnoser (tall fra 5 til 1):

- a - Hyperventilasjonssyndrom
- b - Asthma bronchiale
- c - Angstnevrose/hjertenevrose
- d - Angina pectoris
- e - Polymyalgia rheumatica
- f - Gastritt
- g - Intercostalmyalgia
- h - Annen diagnose, spesifiser:
.....

(B) Angi med hvilken sikkerhet du ville utføre/rekvirere supplerende undersøkelser ved denne 1.gangs-konsultasjonen: (tall fra 5 til 1):

- a - Thyreoidea funksjonsprøver
- b - Elektrolytter
- c - Hgb og SR
- d - Urin stix og micro
- e - Serumlipider
- f - Hvite blodlegemer m/diff.
- g - Henviser til belastnings EKG
- h - Henviser til coronar angiografi
- i - Annen undersøkelse, spesifiser:
.....

(C) Angi videre med hvilken sikkerhet det du forøvrig ville foreta deg før denne første konsultasjonen avsluttes: (tall fra 5 til 1):

- a - Oppfordre henne til å slanke seg
- b - Starte behandling med β -blokker
- c - Gi henne resept på et diazepam-preparat
- d - Gi henne resept på nitroglycerin som et diagnostisk hjelpemiddel
- e - Fortelle henne at hun må komme tilbake til enda et par konsultasjoner før du kan si noe mer om hva brystsmertene kan skyldes
- f - Henviser henne til psykiater
- g - Henviser til indremedisiner/evt. søke om innleggelse i sykehus
- h - Annet tiltak/avtale, spesifiser:
.....

Kopi
Besvarelse

.....

.....

.....

Denne svarslippen klippes fra og sendes Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim, innen 10 dager fra mottagelsen av dette nummer av UTPOSTEN (slippen er forhåndsadressert, se baksiden).

Det er viktig at du gir disse opplysningene om din egen bakgrunn:

Opplysninger om avsenderen:

Kjønn: Kvinne
Mann

Alder: År

Antall år i almenpraksis:

Godkjent almenpraktiker Dnlf?
Ja
Nei

Praksisform:
Enelege
Enelege m/turn.kand.
Gruppe

Stillingstype:
Privat almenpraktiker
Distriktslege
Bydelslege/kommunal almenprakt.

Lønnsforhold i hovedstilling:
Normaltariff
Normaltariff prosent
Fast lønn

Praksissted:
By
Tettsted (>5000 innb.)
Landdistrikt

Praksisstørrelse (innb. pr. primærlege):
Under 2000 personer
2000 - 3000 "
Over 3000 "

Praksisfylke:

Hvis annen hovedstilling enn almenpraksis, spesifiser stilling og fagområde:

Medisinsk embetseksamen ved (universitet):

..... i 19

Frankeres
som brev

Institutt for samfunnsmedisin
Blok 38
Regionsykehuset i Trondheim
7000 TRONDHEIM

BRETT

UTPOSTENS
almenmedisinske problemserie
nr. 2/1981



For å gi nye lesere anledning til å delta i gjennomgåelsen av svarene på oppgaven i forrige nummer av UTPOSTEN, gjengir vi nedenfor sykehistorien slik den ble presentert. Svarene følger på motstående side.

Problemkase nr. 2/1981

ARTHUR ÅSDALEN

Som primærlege på et tettsted med organisert legevakt, avstand til nærmeste sykehus ca. 12 mil, blir du en mandag morgen i kontortiden oppringt av hustruen til en av dine pasienter som bor 5 km fra kontoret. Hun forteller at hennes mann (71) lørdag (to dager siden) måtte tilkalle vakthavende lege p.g.a. ubehag og smerter i øvre del av magen og opp mot brystet. Etter å ha undersøkt mannen, ga legevaktlegen ham noen tabletter som senere viste seg å være Vival 5 mg, som skulle brukes 2-3 tabl. daglig. Forut for dette hadde han ikke hatt noen spesielle plager. På spørsmål opplyser hun videre at temperaturen på søndag morgen var 38,9, om kvelden 38,6. Mandag morgen var temperaturen 38,6, målt rectalt. På spørsmål kom det videre fram at han siste natt hadde sovet godt, ikke vært tungpustet, ikke hatt smerter og han hadde heller ikke smerter når han holdt seg rolig i sengen. Hun legger til at de hadde fått beskjed om å kontakte sin faste lege på første hverdag derfor ringte hun nå.

Kartotekkortet hans viser at han hadde blødende magesår for 10 år siden. Fått legeattest for førerkort for kort tid siden med reg. BT 140/90. Ellers bare noen vanlige infeksjonssykdommer og litt "nerver" i perioder.

Ved undersøkelsen forteller han at sykdommen begynte med noe tung pust og trykk for brystet i forbindelse med en tur på butikken lørdag formiddag. Han ble svimmel og uvel da han gikk i vanlig tempo opp en bakke. Dette gikk over etter kort tid. Etter snømaking om ettermiddagen fikk han igjen noe tung pust, smerter og ubehag fra epigastriet med utstråling til v. skulder. Da dette ikke straks ga seg etter at han kom inn og holdt seg i ro, ringte de til vakthavende lege om kvelden. Legen hadde ikke antydning av noen sikker diagnose, men pasienten forsto det slik at legen trodde det kunne være en virusykdom.

Ved undersøkelse av abdomen: Palp. om i muskulaturen i epigastriet og under v. costalbue nær midtlinjen. Cor: Litt fjerne, normale hjerteroner, ingen bilyder. Puls: ca. 100. Puls: Ingen patologiske fysikalia, ingen demping. BT: 120/70. Pas. virker ikke medtatt, men er blek, forøvrig tørr og varm. Han har ingen smerter når han ligger i ro. Når han beveger seg får han lette smerter strålende oppad i thorax fra mellomgulvet og i pectoralisregionen på venstre side.

Nedenfor gjengir vi en grafisk fremstilling av hvordan problemet ble løst denne gang. Ialt 77 svarslipper var innkommet innen fristens utløp, hvorav 68 fra almenpraktikere eller distriktsleger.

Tallrekken til venstre er oppgavegiverens egen vurdering av det aktuelle casus.

Deretter følger de innsendte svarene, der den skraverte søylens høyde viser hvor mange prosent av svarene som angir denne grad av enighet i det enkelte svaralternativ.

Lengst til høyre følger en grafisk framstilling av svarenes gjennomsnittlige tallverdi.

Oversikten skulle gi et godt inntrykk av hvordan oppfatningene fordeler seg. Men vi under-

streker som før at flertallet ikke nødvendigvis har den beste løsning i medisins verden!

Den beste løsningen kan like godt være den du selv sitter igjen med på den gjenstående del av svarsiden i forrige nummer av UTPOSTEN.

Finns den gjerne frem, sammenlign, og tenk etter!

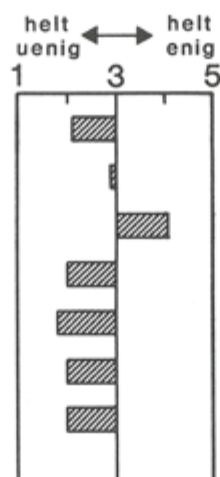
PROBLEMKASUS NR. 2/1981

Pasient: Arthur Åsdalen

Antall svar n= 77

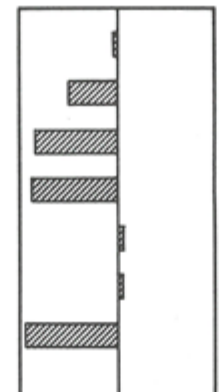
A: DIAGNOSEFORSLAG

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	1	2	3	4	helt enig	5	Ubesvart
a	Influenza (virussykdom)	2								
b	Angina pectoris	4								
c	Infarctus cordis recens	5								
d	Myalgia epidemica	1								
e	Ulcus ventriculi cum hæmorrhgia	2								
f	Pneumoni	1								
g	Annen diagnose	1								
h										



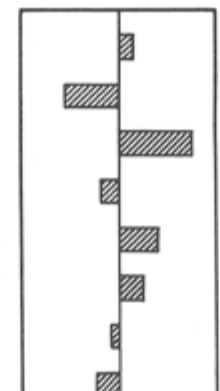
B: DIAGNOSTISK/TERAPEUTISKE TILTAK

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	1	2	3	4	helt enig	5	Ubesvart
a	Hente pas. med ambulanse	2								
b	Besøke pas. i kontortiden	2								
c	Henvise vakthavende lege kveld	1								
d	Besøke pas. neste dag	1								
e	Besøke pas. senere på dagen	5								
f	Be pas. komme i drosje	2								
g	Se det an noen dager	1								
h										



C: ØVRIGE TILTAK VED 1. KONSULTASJON

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	1	2	3	4	helt enig	5	Ubesvart
a	Prøve nitroglycerin-effekt	5								
b	Rtg. thorax/V D	2								
c	Ta EKG selv	5								
d	Avføringsprøve m.h.p. blod	1								
e	Hgb/SR på kontoret	4								
f	Transminaser/virus antistoff	3								
g	Innleggelse i sykehus ø.hj.	5								
h	Se an til neste dag	1								



Kommentar til svarene på oppgave 2/1981.

Også denne gang har flertallet av kollegene stilt den preliminare diagnosen som viste seg å være riktig, for det var altså et hjerteinfarkt. Sykehistoren og funn kunne uttvilsomt peke i flere retninger. Enkelte kan ha blitt misledet av den forholdsvis høye temperaturen eller smertelokalisasjonen, som også kunne peke mot en abdominal lidelse. Likevel er det kanskje mer påfallende at så mange har angitt angina pectoris som den mest sannsynlige diagnosen. Noen av disse har riktignok også gitt infarktadiagnosen høy score.

Når det gjelder spørsmålet om hva man foretar seg etter en slik telefonhenvendelse, er det ingen av svaralternativene som enkeltvis seg positivt ut. 16 av de 77 ville med stor sikkerhet hentet pasienten inn til kontoret i ambulanse, mens 22 ville bedt pasienten komme til kontoret straks i drosje. Men jevnt over synes vi svarene preges av en noe passiv holdning til et akutt sykdomstilfelle der infarktadiagnosen bør være nærliggende. På den annen side kunne man hevde at en to dagers sykehistorie i alle fall indikerte at pasienten hadde gjennomlevd det første døgnet med størst risiko for hjertedød. Er det en slik bevisst holdning til problemet som gjør at så mange fraviker den rutine vi lærer på doktorskolen om håndtering av infarktsuspekterte pasienter?

Etter gjennomført undersøkelse er det relativt mange som vil gi nitroglycerin som prøvebehandling mot smertene. Meningene er altså delte om hvorvidt dette er indisert under en slik akutt sykdom med feber og påvirket almentilstand. Det er interessant i seg selv å kunne konstatere det. De aller fleste finner liten hensikt i å rekvirere røntgenundersøkelser, noe vi selvsagt er enig i. Hele 57 av de 77 svarerne vil le med stor sannsynlighet tatt EKG selv. Er det så mange av kollegene som har EKG i egen praksis? Eller er det mer uttrykk for et ønske om å hadet til slike diagnostiske avklaringer?

Spørsmålet om hvorvidt man vil be om "avføringsprøve for senere undersøkelse på blod", er nok noe tvetydig formulert, slik enkelte kolleger også har kommentert på svarslippen. En av kollegene påpeker at en rectal eksplorasjon med undersøkelse av blod i fæces på hansken ville gi en umiddelbar avklaring av hvorvidt det dreide seg om et blødende mavesår. Vi er selvsagt enig. Hæmoglobin og SR vil mange ta, og det synes også vi er et rimelig ledd i utredningen.

De 34 kollegene som vil ta transaminaser og virus anti-stoff kan vel ikke vente seg noen avklaring på diagnosen ved det, annet enn post festum. Med mindre de da velger å behandle pasienten hjemme. Og her er vi ved det mest overraskende poeng ved svarene denne gang: Hvorfor er det så få som velger å legge pasienten inn i sykehus, tiltrengende øyeblikkelig hjelp? Er det uttrykk for den noe passive holdningen som vi antydte under kapittel B, eller betyr det at en så stor andel av kollegene kan tenke seg

å forestå behandling av et mulig hjerteinfarkt utenfor sykehus? Vi minnes Magne Nylenna og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nylig (3) og må stille spørsmålet om resultatene fra de store engelske undersøkelsene (1, 2) allerede begynner å gjøre seg gjeldende i norsk almenmedisin?

LITTERATUR:

1. Hill, J.D. & al: Randomised trial of home and hospital care for patients with suspected myocardial infarction. Lancet 1978, 1, 837-841.
2. Mather, H.G. & al: Myocardial infarction: A comparison between home and hospital care for patients. Br Med J 1976, 1, 925-929.
3. Nylenna, M., Skanke, F. og Rekvig, J.E.: Behandling av akutt hjerteinfarkt utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1981, 101, 712-715.

Hvem svarte på oppgave nr. 2/1981

Til UTPOSTEN's problemserie nr. 2 fikk vi inn 77 svar (8 kvinner, 69 menn). Alderssammensetningen blant svarerne og antall år i almenpraksis var omtrent som for problemkasus nr. 1. Tallene viser at 68 har almenpraksis eller distriktslegearbeid som hovedstilling. De øvrige 9 fordeler seg slik:

3 sykehusleger, 1 bedriftslege, 1 medisinestudent og 4 i annen legestilling (alle i administrasjon av almenlegetjeneste).

Fylkestabellen følger nedenfor og viser til fulle at Oslo tok opp den utfordringen som fulgte kommentarene i forrige utgave av UTPOSTEN.

Beklageligvis savner vi svar fra "de 3 bunnlagene" i forrige serierunde. Utfordringen går derfor denne gang til kolleger i Hedmark, Sogn og Fjordane og Finnmark om å ta pennen og problemkasus nr. 3 fatt. Vi har som mål å stimulere og aktivisere kolleger i alle landets fylker.

Her er fylkesoversikten over de som besvarte UTPOSTEN's problemkasus nr. 2:

Oslo	11
Nordland	7
Sør-Trøndelag	7
Oppland	6
Troms	6
Vestfold	6
Møre og Romsdal	5
Rogaland	5
Hordaland (m/Bergen)	4(7)
Akershus	3
Aust-Agder	3
Telemark	3
Østfold	3
Buskerud	2
Vest-Agder	2
Nord-Trøndelag	1

Det er all grunn til å følge den fortsatte utviklingen på fylkestoppen. Foreløpig har Hordaland m/Bergen og Oslo toppet hver sin gang. Det er fritt for enhver å gjøre dem rangen stridig!

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**

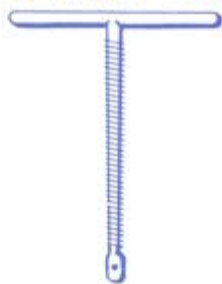
1458 Fjellstrand
Tlf. (02) 91 80 13 - 91 81 29

PREVENSJON?



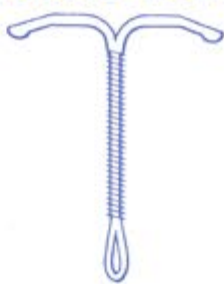
Tre gode alternativer:

COPPER-T."KABI"



Den opprinnelige
og mest brukte
kobberspiral:
Høy sikkerhet
God akseptabilitet
Røntgentett
Rimelig

NOVA-T."KABI"



Nyutviklet
livmorinnlegg
med kobber:
Høy sikkerhet
God akseptabilitet
Røntgentett
Tynnere innfører
Lettere å lade
Lengre virketid

FOLLIMIN



Lavdose østrogen p-pille:
150 ug D(-) norgestrel
30 ug Ethinyløstradiol
Sikker antikonsepsjonell
virkning
God akseptabilitet
God cyklus kontroll
M.h.t. bivirkninger og
kontraindikasjoner,
se Felleskatalogen.

KURS I PREVENSJON FOR PRIMÆRLEGEN



Så langt opplaget
rekker, kan denne
boken rekvireres
gratis fra oss.

KabiVitrum



Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 BILLINGSTAD

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose
med DELESTREK!

NYHET!

NYHET!



NYHET!

NYHET!

INDISERT
ved

ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårervæien 150 Postbox 20 · N-1473 Skårer Tlf. (02) 70 55 20

