

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 3

MAI 1982

ÅRGANG 11



VIRKER NORSK SELSKAP FOR ALMENMEDISIN TRUENDE?

AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS:

Norsk Selskap for Almenmedisin? Nå! 2

MARTIN HOLTE:

Alle nordens primærleger 3

LEIF HELGE:

Primærhelsetjenesten ut av støpeskjeen 4

GEIR JAKOBSEN:

Generalplan for almenmedisin 8

OVE SKJERVEN:

Spesialisering av primærleger 11

STEINAR WESTIN / ARNE IVAR ØSTENSEN:

Utpostens almenmedisinske problemserie

Evaluering 13

JON LANGVIK HANSEN:

Et kjedebrev for fred 20

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:
Knut Sveen
Abonnement:
Kr. 100,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Norsk Selskap for Almenmedisin? Nå!

DNLF's holdning til NSAM som president Hauge la frem for deltagerne i forberedelsesmøte den 24/3, var en stor skuffelse.

A påtvinge Selskapet direkte styring via APLF og OLL ved å la medlemmer av disse to foreningene automatisk bli medlemmer av NSAM og videre la disse to foreningene velge representantskap er for drøyt!

Videre at Lægeforeningen ikke vil tillate fylkeslokale grupper av Selskapet vil dempe den entusiasme som finnes i vårt vidstrakte land for Selskapet og er derved uakseptabelt.

Trusselen om at Lægeforeningen eventuelt kunne komme til å redusere støtten til våre almenmedinske institutter skapte heller ikke det riktige klima på møtet.

Man vet ikke om man skal le eller gråte når Presidenten truet med å danne et konkurrerende selskap innen Den Norske Lægeforening dersom NSAM ble dannet fritt og selvstendig utenfor.

Er dette overhodet gjennomtenkt?

Et konkurrerende selskap bestående av obligatorisk innmeldte B-lags medlemmer trenger nødvendigvis også et styre.

Vi lever midt i en merkelig tid. På kunstfronten snakker man om fremmedgjøringsprosessene i samfunnet. Man spør seg om dette er i ferd med å skje også når det gjelder Den norske Lægeforenings forhold til Selskapet. Blir selskapet bevisst eller ubevisst, forvekslet med andre utbrytende fagforeningsgrupper? I så fall er det viktig å understreke at motivet for denne foreningen er utelukket på faglig basis. Bak står en samlet eksperitise i faget norsk almenmedisin. Man ønsker ikke å være konkurrent til APLF og OLL.

Våre fagpolitiske interesser synes godt ivaretatt der. I forbindelse med anerkjennelsen av almenmedisin som egen spesialitet vil fagutvalget i APLF ha store utfordringer i videre- og etterutdannelsesengasjement i årene fremover. De oppgavene som Norsk Selskap for almenmedisin i første rekke vil ta seg av er oppgaver som under dagens forhold ikke blir ivaretatt skikkelig av noen. Utviklingen i våre naboland som for lengst har fått sine selskap og våre kolleger i England har vist hvilken faglig stimulans og inspirasjon dette betyr for den enkelte lege helt ned på grasrotplanet. Det er

denne utviklingen vi vil ha i dette landet. Det kan kun skje ved opprettelsen av fylkeslokale grupper og stor aktivitet på lokalplanet.

Vi er ikke interessert i en stor kollektiv, passiv medlemsstokk, men vil ha et selskap der medlemskapet bygger på frivillig innsending og interesse for saken.

Dette vil skape den nødvendige dynamikk og gi en videre positiv utvikling. Under dagens forhold hvor motsetninger mellom APLF og OLL er mange og dype vil Presidentens forslag til struktur innebære at de to foreningene får nok et forum å strides i.

Sterke krefter på forberedelsesmøtet ba om at Selskapet måtte stiftes utenfor Den Norske Lægeforening.

Litt større frihet må veies mot ytterligere fare for oppsplitting av norske almenmedisinere og en trang økonomi i oppstartingen som vil forsinke den nødvendige fart Selskapet trenger i starten.

Man håper at alle de impliserte parter kommer frem til et kompromiss som kan være til det beste for NSAM.

Aage Bjertnæs



- Goddag, gutter, - jeg kommer fra bygningskontrollen...!!

ALLE NORDENS PRIMÆRLEGER!!

Scandinavian Journal of Primary Health Care
trenger økonomisk fødselshjelp

I Norden med Danmark og Norge i spissen har vi lange og sterke familielegetradisjoner å ta vare på.

I de øvrige nordiske land har vi en primærhelsetjeneste som er mer oppstykket i forskjellige omsorgsger.

Et felles mål har vi alle nordens primærleger: En desentralisert primærhelsetjeneste bygget opp omkring almenpraktikeren i sentrum.

Hele Norden samlet representerer en befolkning på ca. 22 millioner hvor det ligger store utfordringer for primærhelsetjenesten - både forebyggende og kurativt.

En styrking av primærhelsetjenesten må bygge på nivåhevning av den almenmedinske kvalitet.

Dette innebærer styrking av kunnskap, ferdigheter og holdninger. For å nå dette målet trenger vi faglig stimulanse gjennom en strukturert videre- og etterutdannelse og økt forskningsaktivitet.

Et middel til å bevege oss framover er et allsidig engelskspråklig tidsskrift som kan nå utover Nordens grenser og som også er

mottagelig for almenmedinske impulser utenfra - næringstilskudd til utviklingen av en nordisk almenmedisin.

Arbeidet med utgivelsen av Scandinavian Journal of Primary Health Care er godt igang med vår alles kjære professor Paul Backer i København som hovedredaktør. Forøvrig har hvert land sin nasjonale redaksjonskomité hvor følgende redaktører er utnevnt:

Danmark - Paul A. Pedersen
Finland - Morten Kvist
Island - Olafur T. Mixa
Norge - Bent Guttorm Bentsen
Sverige - Bo Haglund.

Første årgang 1982 var beregnet til 3 prøvenummer hvoretter man ønsket en evaluering med tanke på permanent drift.

På grunn av de uunngåelige tekniske og økonomiske problemer man ville måtte støte på i startfasen, hadde man forhandlet med "Månedstidsskriftet for praktisk Lægegjerning" og Dansk Selskap for Almenmedisin om bistand til utgivelsen av de første nummer.

Dessverre har det allikevel dukket opp uforutsette

"økonomiske problemer av en størrelsesorden på D.kr.100.000,-.

Denne akutte pengemangelasfyxi ser ut til å hemme utdrivningsfasen av denne nyskapning.



- Jeg fikk en trang fødsel...!

En pengemangelasfyxi av denne karakter er absolutt behandlingstrengende fordi den kan gi irreversible fødselsskader.

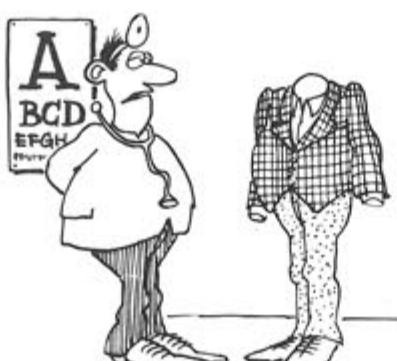
Er det etisk forsvarlig ikke å gi behandling i en slik situasjon?

Kjære Kollega!
Også her hviler ansvaret på brede primærmedisinske skuldre.

Hvis vi regner ca. 5.000 primærleger i Norden vil det bety at vi må gi en fødselshjelp på 20,-kr. hver - et minimalt beløp som vil ha maximal betydning.

Andre forslag til løsning av dette helseproblem som kan sikre tidsskriftet en faglig og økonomisk stilling?

Utposten tar imot ideer med takk.



- De virker blodfattig, Pedersen...!

Martin Holte

Primærhelsetjenesten ut av støpeskjeen

Innlegg på den fagpolitiske dag under Alment praktiserende lægers forenings etterutdannelseskurs på Beito høyfjellshotell 20. mars 1982

Aller først vil jeg få takke for invitasjonen til å innlede siste dags program under etterutdannelseskurset hvor temaet er "Primærhelsetjenesten ut av støpeskjeen".

Denne vrien på den noe utslitte talemåten om helsetjenesten i støpeskjeen markerer vel to ting:

- Primærhelsetjenesten har altfor lenge vært i støpeskjeen.
- Det er et ønske, nå også et berettiget håp om å få den ut av forma.

Vi er alle spente på resultatet inklusive jeg, fordi så mange influerer på utformingen. Beklageligvis må vi nok vente litt med å ta det i øyesyn. Først i 1984 kan vi vente at et nytt lovverk kan settes ut i livet. Likevel vil det markere et vendepunkt når Regjeringen om kort tid legger fram sin proposisjon om helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.

Siden saken med utgangspunkt i Ot.prp. nr. 36 (1980-81) er diskutert såpass inngående som den er, håper jeg at Stortinget vil behandle den i vårsesjonen, slik som forutsatt.

Saken haster, og den er viktig, det er vel kanskje overflødig å si i denne forsamlingen, men jeg vil likevel slå det fast nok en gang. Men likevel drister jeg meg til å ta et tilbakeblick i et forsøk på å rekapitulere endel trekk fra sakens forhistorie.

Egentlig har distrikthelsestjenesten stått i fokus i mange år: Den har vært utredet bl.a. av den såkalte Juel-komiteen, altså Komitéen til å utrede reformer i lokalforvaltningen, - og av Nyhusutvalget i sin delutredning I, som fremmet forslag i særdeleshed til finansieringsformen innenfor helse- og sosialtjenesten i kommunene. Hva var

egentlig begrunnelsen for å søke etter nye løsninger på hvordan organiseringen og finansieringen burde være i fremtiden? Motivene var flere, dels var de politisk-ideologiske, dels av almen art, d.v.s. tankegods som har gått på tvers av parti-politikk og som har vært naturlige konsekvenser av skifte i sykdoms- og problempanorama. Det er velkjent i denne forsamling, men ikke i totalbefolkingen at eldreandelen i populasjonen øker, at sykdomsbildet i stigende grad preges av de kroniske lidelsler, i avtagende grad av de akutte som truet våre foreldre og besteforeldre. Forebyggelse og omsorg, spesielt eldreomsorg, krever større oppmerksomhet, og ved slike helsetjenester kommer de tidligere så nyttige stykprisgodtgjørelser ved betalingen stundom til kort.

En annen grunn ligger i medisinens, forsåvidt i prinsippet også i mitt eget fag odontologiens, egen indre vekst. Teknologiske landevinnninger har medført differensiering og spesialisering, og moderne medisin har naturlig nok trivdes best ved institusjonene,

forskningen har i hovedsak skjedd ved universitetene, universitetssykehusene og deres forgreninger.

Derved har også prestisjetyngden flyttet seg bort fra almenpraksis, med relativ uttynning av almenpraktikere som følge, en tendens som også har vært sterket ved stor arbeidsbyrde og hard skattlegging. I de senere år har derfor mange innsett nødvendigheten av en oppjustering i almenpraksis, både på det faglige plan, det forskningsmessige og m.h.t. arbeidsforhold og miljø.

Rekrutteringen til helse- og sosialtjenestene er generelt god, men ikke til alle strøk av landet. Deler av distrikts-Norge har fortsatt vanskelig for å skaffe seg kvalifiserte helse-tjenere, og enda verre er det å holde på dem de har fått, ihvertfall over lang tid. Mange forsøk har vært ført for å bøte på skjevfordelingen, dels har tiltakene vært av restriktiv art, dels av stimulerende. De mest velkjente, - om enn ikke velsette restriktive tiltak, var beordringsloven for



Det kan være nok med 1! *)

Det finnes kanskje viktigere grunner enn den enkle doseringen til å velge Tenormin. Men enkel behandling synes å være en forutsetning for at pasienten skal gjennomføre en medikamentell behandling som forordnet av legen. Ikke minst gjelder dette behandling av kroniske sykdommer som hypertoni og angina pectoris.

Tenormin

atenolol



*) Dosering 1 gang daglig er doseringsmessig fordelaktig og har vist seg å gi tilfredsstilende klinisk virkning. Større svingninger i blodkonsentrasjonene må imidlertid forventes, og pasientene må overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger.

Tenormin

atenolol

Indikasjoner: Hypertoni. Angina pectoris.

Kontraindikasjoner:

Absolute: Ukompenstert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

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

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

Bivirkninger:

Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter.

Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunktjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

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

Forsiktigheitsregler:

Tenormin kan med forsiktigheit gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta₂-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøy. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og

utlese eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Beta-blokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoene for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommen utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere - særlig eldre - bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør dosen og evt. doseintervallet justeres hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon. Hvor det er spesiell grunn til å seponere preparat før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke. Hos pasienter på samtidig behandling med klonidin og betablokkerer, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkereren. Betablokkeren må seponeres først for å unngå en sterk "rebound" blodtrykksstigning etter seponering av klonidin.

Interaksjoner:

Betablokkerere CO ID	
Beta-stimulerende adrenergika	Blokkerer beta-adrenerg effekt (Vib)
antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (Via)
antihypertensiva/ diureтика	økt BT-senkende effekt (Via)
digitalis	bradykardi, arytmii (Vla, VII)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
etanol	risiko for nedsatt etanol-toleranse (VII)
generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasmer (Via)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (Vla)
verapamil	økt risiko for myokard-depresjon (Vla)

Dosering:

Individuell dosering.

Hypertoni:

Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende virkning, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større swingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasienter må derfor overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablet daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter 2 uker, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

Angina pectoris:

Initialt 50 mg x 2. Når anfall/smerter kontrolleres tilfredsstillende kan man forsøksvis gi hele dosen 1 gang pr. døgn.

Pakninger:

Tabletter 50 mg:	100
" 100 mg:	28 98 250



 **ICI-Pharma**

Drammensveien 126
Postboks 173 Skøyen, Oslo 2
Tlf.: (02) 55 90 04

tannleger, som ble avviklet for ti-års-tid siden, og nå etableringsloven for leger, som ble introdusert for et par år siden. Stimulerende tiltak har det også vært, men få har hatt store eller permanente virkninger.

Jeg kan nevne at Sosialdepartementet nylig har ned-satt en arbeidsgruppe til å gjennomgå de stimulerings-tiltak vi har hatt, og eventuelt fremme forslag til andre. Og her dreier det seg minst like meget om virkemidler som kan stabilisere bemanningen som slike til å befjordre nyrekryttering. Disse tiltakene må også betraktes som viktige ledd eller supplementer til en ny lov om primærhelsetjenesten.

En hovedgrunn for å ta fatt på lovarbeidet har nettopp vært å sikre en jevn fordeling av almenhelsetjenestene i landet, og statlige tilskudd til driften basert på behovskriterier, d.v.s. tatt for alderssammensetning og sykelighet som vi erfaringmessig vet er gode kjennetegn på det objektive behov for hjelpe tiltak.

Men denne omfordelingen er langt fra enkel fordi ide-alet om likhet i behandlings-tilbud kolliderer med et annet: helsepersonellets eget frie valg av bosted. Hittil har som kjent de statlige tilskudd vært basert på refusjoner fra trygden ut fra den bruk hver enkelt av oss gjør av de fleste primærhelsetjenester. Men fordi etterspørselen langt på vei styres bl.a. av det antall leger som praktiserer i distriktet, er forbruket av helsetjenester i dag geografisk skjevfordelt, d.v.s. det går større beløp pr. hode til primærhelse- og spesialistjenesten i sentrale strøk enn i utkantområder.

Alle er i prinsippet enig om at fordelingen bør bli jevnere, men virkemidlene er omstridt.

Jeg vil i stikkords form også nevne to andre hensyn som har ligget til grunn for arbeidet med distrikts-helsetjenesten -: desentralisering og integrering. Desentralisering har gjennom hele 70-årene vært et slagord, først og fremst fordi det har vært ansett nødvendig å motvirke en for sterk sentrali-

sering av tilbudene. Jeg har forsåvidt kommentert dette velkjente forholdet, men ikke dets praktiske konsekvens, - nemlig at nesten alle høringsinstanser slutter seg til en kommunal modell, d.v.s. at kommunene bør utgjøre det forvaltningsmessige nivå for primærhelsetjenesten. Og slik blir det formodentlig også. Når det gjelder ønsket om integrering kan dette oppfattes som historiens tilsvar på spesialisering, d.v.s. at mange synes dagens tilbud er for oppstyrtet og utilgjengelig for klienter med et sammensatt problembilde. Og nettopp det har mange i dag: Sykdom og annen nød slår ofte følge, og klienen er derfor henvist til flere slags hjelp. Bedre samarbeid mellom de enkelte ledd i hjelpeapparatet er derfor ønskelig: Det er bakgrunnen for forslaget om en større organisatorisk nærhet mellom helse- og sosialtjenesten.

Den nye proposisjonen bygger i flere henseende på grunnlaget som ble lagt i Ot.prp. 36. Jeg vil derfor kort gjennomgå hovedpunktene som føres videre i den nye proposisjonen, før jeg skisserer de nye forslagene.

Hvorfor har det hast?

Jo, fordi

- vi i kommende år vil få et økende antall eldre med fysiske og psykiske lidelser
- vi vil få et økende antall kronikere
- vi får en økende forekomst av såkalte ligsstilssykdommer.

Utbygging av helsetjenesten etter dagens mønster vil ikke gi adekvate løsninger på de nye utfordringene. Vi blir nødt til å legge vekt på andre deler av helsetjenesten, etter at sykehussektoren nå har gjennomgått, tildels ennå er inne i, en nødvendig utbyggingsperiode.

Oppgavene har et slikt omfang, og er av slik natur at vi ikke kan gjøre oss håp om å nå frem bare ved å kurere, vi må legge tyngdepunktet mer på lindring, hjelp og omsorg. Livsstils-sykommene kan unngås, i det

minste i teorien, og helse-tjenesten må i sterkere grad bidra til det.

At tyngdepunktet for innsatsen flyttes i retning av pleie og omsorg og at vi må forsøke å gi begrepet forebyggende helsearbeid et konkret innhold, betyr at åtti-årene bør bli distrikthelsetjenestens ti-år, slik sykehusutbyggingen dominerte sytti-årene.

Hovedpunnter i Ot.prp. 36.

Det første viktige punkt blir selvsagt å slå fast ansvarsforholdene, og få orden på det tilnærmede ikke-system vi har for finansieringsordningene.

Selv om mange fremdeles setter spørsmålstege ved at svaret for helsetjenesten skal deles mellom primærkommunene og fylkeskommunene, har det ikke kommet opp avgjørende momenter i diskusjonen som taler i mot at primärkommunene må overlates ansvar for distrikthelse-tjenesten. Vi vil m.a.o. bygge på en kommunal modell.

I Nyhusutvalgets andre del-utredning er forøvrig samordningsproblemene drøftet noe nærmere, og med utgangspunkt i denne utredningen, mener jeg at det skal bli mulig å få til en organisasjon som fungerer som en helhet.

Under enhver omstendighet må de nye utfordringene som helsetjenesten står overfor møtes i lokalsamfunnet.

Et annet vesentlig punkt i Ot.prp. 36 er formen på de statlige tilskuddsordningene.

Jeg mener at den mest rettferdige form for tilskuddsordning må bygge på behovet for helsetjeneste. I alt vesentlig må dette behov kunne beregnes på grunnlag av kommunenes innbyggertall, med visse korrekSJoner for særlige forhold som f.eks. et stort antall eldre.

Derfor vil vi også på dette punkt holde fast ved forslaget i Ot.prp. 36, den statlige støtten til kommunenes finansiering av helsetjenesten de får ansvar for, må skje i form av rammetilskudd, likevel med en viktig modifikasjon som

jeg vil komme tilbake til.

Heller ikke vil Regjeringen gjøre endringer med hensyn til omfanget av det kommunale ansvar, bortsett fra ett viktig og omstridt felt, nemlig bedriftshelsetjenesten.

Også dette vil jeg komme tilbake til når jeg skal skissere hovedpunktene i den nye proposisjonen.

Punktene som angår de politiske og administrative styringsordningene vil heller ikke bli endret.

Man vil kanskje spørre seg om hvorfor vi gikk imot at proposisjonen ble behandlet i forrige storting.

For det første er dette en stor og komplisert sak som krever en viss tid til overveielser og modning. Jeg tror rett og slett at opinionen ikke var motivert for en så sterk omlegging, - det pedagogiske forarbeid hadde ikke vært tilstrekkelig.

For det andre var det åpenbart at på enkelte punkter var det mulig å gjøre forslagene mer smidige og enklere å gjennomføre. På enkelte punkter var forslagene også politisk kontroversielle. Jeg for min del er ihvertfall overbevist om at det gagnet saken at man tok seg tid slik at vi fikk denne tiden til modning, samtidig som man kunne få med forbedringer.

Den nye proposisjonen.

I den bearbeidelse som vi har foretatt har vi koncentrert oss om det vi mener var svakhetene ved forslagene i Ot.prp. 36, ikke minst pasientene. I det opprinnelige forslag kunne det stundom virke som om pasientenes ønsker og behov var av underordnet betydning i forhold til ønsket om et strømlinjeformet system.

Det er særlig tre punkter vi har vektlagt ved omarbeidelsen.

Det gjelder for det første det fri legevalget.

For det andre gjelder det innpassingen av den private praksis.

Det tredje punktet var i

Ot.prp. 36 nærmest en samling spørsmål, nemlig omkring bedriftshelsetjenesten.

Det frie legevalg.

Etter forslagene i Ot.prp. 36 ville kommunene fått det fulle ansvaret for driften av tjenestene, herunder også de private.

Som grunnregel ble det utsatt at kommunenes plikt til å yte hjelp i prinsippet måtte begrenses til kommunens egne innbyggere. Selv om det vel kunne tolkes slik at de mest rigide og firkantete oppfatninger av et slikt prinsipp kunne unngås, satt mange med det inntrykk at opplegget måtte føre til vanskeligheter i dagens samfunn, med pendlere, feriegester og med stor mobilitet forøvrig.

Det nye forslaget bygger også på det såkalte regionaliseringsprinsippet som i sin tid ble lansert i St.meld. nr. 9 Om sykehustilbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.

Med andre ord vil folk når dette prinsippet gjennomføres, alltid ha et tilbud i helsetjenesten som man kan henvende seg til som "sitt". Med dette behøver selvsagt ikke å bety at den enkelte ikke kan søke hjelp utenom der man "hører til", når dette er ønskelig.

Dette kan bli en realitet gjennom det nye forslaget, fordi vi tar sikte på et endret opplegg for innpassing av privat praksis. Dette innebærer en annen form for finansiering av almenlegetjenester og fysioterapi enn det som før var lagt opp til.

Innpassingen av den private praksis.

Vi har tatt utgangspunkt i at det ihvertfall er noen gode elementer i dagens system. Vi vil derfor foreslå en løsning som kombinerer fordelene ved en rammefinansiering med refusjon fra folketrygden etter regning pr. enkelt-ytelse.

Vi tror at vi på denne måten vil kunne kombinere de beste egenskaper fra begge systemer. Vi holder

imidertid fast ved at kommunenes ansvar innebærer at helseplanen må gå god for at kommunens innbyggere og andre som oppholder seg i kommunen får et tilbud som tilfredsstiller minimumskrav.

Tanken er da at kommunene skal få en rammebevilgning som gir rom for at driftsomkostningene ved almenpraksis og fysioterapi, både privat og offentlig, skal dekkes av kommunene.

Den delen av Normaltariffen som kan kalles lønnsdelen forutsettes å bli utbetalet som før fra folketrygden, gjennom trygdekontorene.

Kommunenes ansvar for å dekke driftsomkostninger er tenkt bare å gjelde de almenpraktikere og fysioterapeuter som kommunen innpasser på sin helseplan, og som derved knyttes til den kommunale helsetjeneste ved en avtale.

Avtalen kan inneholde bestemmelser om deltagelse i annen kommunal helsetjeneste, selvagt da mot økonomisk kompensasjon.

Mange vil dra kjensel på opplegget. Tankegangen er langt på vei den samme som den Berit Tveit slo til lyd for i Tidsskriftet i febr. i år.

Jeg tror at mange almenpraktikere nettopp ønsker seg en slik løsning. Hva innebærer den så for den enkelte lege?

Jo, bl.a. det som mange har savnet de senere år, nemlig en mulighet for differensiering når det gjelder dekning av driftsomkostningene, som f.eks. i en etableringsfase kan være svært høye. Langt på vei kan man ved denne ordningen få bukt med mange av de vesentlige problemer i forbindelse med nyetablering av privat praksis.

Videre vil den enkelte lege kunne sikres en viss sosial sikkerhet, idet driftstilkoret fra kommunene antagelig vil kunne utbetales selv om legen temporært skulle være ute av stand til å skjøtte sin praksis.

Det burde også være mulig å bygge inn ordninger som sikrer legen videre- og etterutdannelse på linje

med kolleger i institusjonshelsetjenesten. Det skulle i denne forsamling være unødvendig å utdype hvorfor akkurat dette punktet er sentralt, og hvordan det kan influere på utviklingen av norsk almenmedisin.

Hva med Reguleringsloven?

Som jeg har nevnt, vil alle leger kunne benytte Normaltariffen, riktignok med reduserte ytelsjer, fordi kostnadsdelen skal betales av kommunene i form av driftstilskudd. Vi antar derfor at det bare unntaksvis vil være leger som driver praksis på heltid uten avtale med kommunene.

Det er vanskelig å se at det skulle være behov for lovbestemmelserne i Reguleringsloven etter at reformen er gjennomført. Jeg har også stor tro på at en arbeidsgruppe med Jan-Ivar Kvamme som formann skal kunne finne frem til brukbare stimulerings tiltak. Vi tar derfor sikte på å oppheve denne omstridte loven så snart lov om helsetjenesten i kommunene settes ut i livet.

Så noen ord om fastlønnsordningene.

Som kjent er disse stillingene opprettet i statlig regi. Mange vil kanskje spørre hvordan fastlønnsordningene skal kunne innpasses i et opplegg som det jeg har skissert.

Vi mener at det utmerker seg gjøre. De kommuner som ser seg tjent med det, vil kunne innpasse slike ordninger ved siden av den private praksis slik at man får en funksjonell helhet.

Det neste punktet jeg vil gå litt inn på gjelder overdragelse av praksis, siden dette problemet er spesielt nevnt i innbydelsen jeg fikk.

Som kjent får vi en betydelig økning av legetetheten i 80-årene, og det vil kunne føre til en ukontrollert oppblåsing av verdien på privat praksis, dersom vi fortsetter med dagens system i primærhelsetjenesten. Spesielt ville prisene på praksis i de fete kall kunne fryk-

tes å bli svært høye.

Sett fra det offentliges side ville en uheldig bivirkning være at for å greie omkostningene ved lån osv., vil det kunne fremmes godt underbygde krav om takstforhøyelser. Med andre ord fører dette til en unødig økning av kostnadene ved drift av privat almenpraksis.

Vi kunne på sikt frykte en ødeleggende prosess i den forstand at man etter hvert måtte "sosialisere" privat almenlegetjeneste av økonomiske grunner.

Vi er derfor innstilt på å beholde paragrafen i lovforslaget i Ot.prp.36 som sikrer at kommunene overfører avtalene til de faglig sett best kvalifiserte interessentene. Antagelig er det mest hensiktsmessig at nærmere regler for overdragelse av praksis utarbeides som en forskrift til denne paragrafen.

Dermed vil man kunne forebygge at praksiser stiger i verdi ut over det man med rimelig kan forlange for lokaler og utstyr.

Jeg mener at alle parter vil være best tjent med at problemet løses på denne måten. Lægeforeningen har da også støttet forslaget om en slik bestemmelse i sitt brev til Sosialkomiteen om Ot.prp. 36.

Bedriftshelsetjenesten.

Jeg sa innledningsvis at det tredje punktet vi ville gjøre noe med var bedriftshelsetjenesten.

Opplegget slik det trolig vil bli formet i proposasjonen vil i korthet gå ut på følgende:

Vi vil betrakte bedriftshelsetjenesten som et arbeidsmiljøtiltak, som arbeidsgiveren er ansvarlig for, både m.h.t. etablering og drift. Kommunene skal imidlertid i sin planlegging også ha med bedriftshelsetjenesten, for på den måten å sikre at utbyggingen får et hensiktsmessig volum i forhold til utbyggingen av andre typer helsetjeneste.



Et nært samarbeid med kommunene vil også være nødvendig for de små bedriftene som særlig i utkantstrøk har store problemer med å etablere bedriftshelsetjeneste i egen regi.

Når det gjelder primærnæringene vil samarbeid med kommunenes helsetjeneste helt klart være det eneste alternativ dersom vi skal få til en organisert bedriftshelsetjeneste.

Kommunene er ikke tiltenkt ansvar for finansieringen som fullt ut må dekkes av arbeidsgiveren, også i de tilfelle der kommunenes helsetjeneste står for tjenesten i bedriften som ellers ikke ville kunne makte å etablere et forsvarlig tilbud.

Dette opplegget vil ikke hindre eller forstyrre Arbeidstilsynets arbeid med sin plan for bedriftshelsetjenesten, og Arbeidstilsynet skal fortsatt være den faglige instans som fastsetter hvilke næringer som skal prioriteres i den framtidige utbyggingen.

Arbeidstilsynet vil være den instans som har nødvendig ekspertise for å kunne ha ansvaret for de spesielle yrkeshygieniske problemer. Men det generelle faglige innhold i bedriftshelsetjenesten bør sees i relasjon til øvrig forebyggende helsearbeid, og ansvaret for dette bør Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet ha i fellesskap.



GENERALPLAN FOR ALMENMEDISIN

Av Geir Jacobsen

Lægeforeningen nedsatte i 1979 et utvalg som nå har laget en Generalplan for almenmedisin. Utvalget har bestått av 3 medlemmer fra hver av de to spesialforeningene APLF og OLL. Det var naturlig med en slik sammensetning siden medlemmene av disse foreninger har felles kontaktflate og interesser i utøvelsen av faget almenmedisin.

Utvalget innleder med å slå fast at det har fulgt samme disposisjonsplan som for øvrige generalplaner i Lægeforeningens regi.

I arbeidet inngår videre en rekke definisjoner. Flere sentrale begreper, f.eks. "almenmedisin" og "samfunnsmedisin" er definert på bakgrunn av tidligere innstillinger utarbeidet av de to foreningene. Mye bygger her på "Tanker om morgendagens primærlegetjeneste" (APLF/OLL, 1977) og "Innstilling om samfunnsmedisin" (OLL, 1980).

Etter et kort historisk tilbakeblikk dveler Generalplanen litt ved dagens situasjon - igjen med bakgrunn i "Morgendagens primærlegetjeneste"- før det gis en kort skissering av forventede utviklingstrender. Disse rundes av med et avsnitt: "Veien videre" som oppsummerer hva som må til for at almenmedisinen skal fungere slik den bør:

- Flere almenpraktikere
- Strukturering av almenlegetjenesten etter geografi og bosettingsmønster.
- Fastere tilhørighet mellom pasient og lege
- Begrensning av særomsorger, og inkorporering av disse i almenpraktikerens arbeidsområde så langt som mulig
- Henviiningstvang til spesialister
- Funksjonsdyktige legevaktordninger

- Strukturert videre- og etterutdanning
- Saklig informasjon om medikamenter, helsetjenestens muligheter og begrensninger, folkemedisin og paramedisinske områder
- Avlønningssystemer som kan gi rimelig inntekt for vanlig arbeidsuke, også for forebyggende helsearbeid og tverrfaglig samarbeid.

Det slås fast i det fylde kapittel som beskriver almenmedisinens faglige innhold og legebehovet at det førstnevnte må bygge videre på "faneordet": KOPF (=kontinuerlig, omfattende, personlig, forpliktende). Også dette er overlevering av "tankearven" fra "Morgendagens primærlegetjeneste".

Almenpraktikeres faglige kvalitet skal inneholde elementene: Kunnskap (teori), Erfaring (praksis) og Ferdighet (håndlag). Det gis en vurdering av lege-pasienttilhørigheten på bakgrunn av dagens situasjon med fritt legevalg respektive fritt pasientvalg. Ved en kombinasjon av et listesystem med en geografisk tilknytning mener en å kunne utnytte fordeler og eliminere ulemper som er knyttet til de separate modeller.

Elementene i den kurative virksomhet underkastes en analyse og beskrives som like nødvendige. Dette omfatter kontorpraksis, sykebesøk utenom vakt og vaktarbeid. Det omtales hvordan én lege i gruppepraksis tar færre timeavtaler for å kunne ta hånd om akutte tilstander i løpet av dagen. Slik vil en unngå "etterslep" av Ø.hj.-pasienter til vakttjenesten.

Tilsvarende råd til solopraktikeren mangler, dessverre. Hvem som til syvende og sist er pasientens "faste lege" i en slik roterende dagturnus kan

vel tidvis også bli noe uklart for legene i gruppen?

Utvalget henger seg uten videre på Stortingsmelding nr. 12 (1976-77) som anslår 3,75 kontakter pr. innbygger pr. år som en rimelig behovsdekning av kurative legetjenester.

Ut fra dette beregnes antall legeårsverk til almenpraksis. Avhengig av 18 eller 24 pasienter i gjennomsnitt pr. dag blir behovet 3500 eller 2600 legeårsverk for kontorpraksis.

Dette dekker imidlertid også sykebesøk og akutte konsultasjoner på vakt.

Det kan tenkes at 3,75 legekontakter pr. år blir realistisk hvis det går som antydet, nemlig at konsultasjonsfrekvensen forventes å øke med et økende tilbud. Tallet passer derimot ikke med de tall Siem angir i sin "Om offentlig tilrettelagt almenpraksis" (1977).

Der refereres 3 ulike praksisundersøkelser med fra 1,8 - 2,3 konsultasjoner pr innbygger pr. år.

Det er ikke min mening å kritisere utvalget for valg av utgangsverdi, men anslag som det anførte har en notorisk tendens til å bli "sanne", og av og til på svakt grunnlag. Når likeledes forskjellen mellom 18 og 24 konsultasjoner pr. lege pr. dag gir seg utslag i størrelsesorden oppimot 900 årsverk, er det lett å se at en av og til beveger seg på noe tynn is. Likeledes ut fra anslag kommer utvalget fram til ca. 250 legeårsverk til sykebesøk utenom vakt og 500 i legevakt.

Forebyggende arbeid i kontorpraksis vies oppmerksomhet.

Gjennom systematisering og standardisering av enkelte prosedyrer i almenpraksis kan en oppnå det samme som ved større anlagte masseundersøkelser, og uten ekstra innkalling

av pasientene.

Øvrig forebyggende arbeid bør inngå som deler av almenpraktikeren arbeid. Til helsestasjonsarbeid vil det gå med 66, og til skolehelsetjenesten 49 legeårsverk. Bedriftshelsetjenesten bør så langt råd er inkorporeres, på samme måte som deltidsarbeid for almenlegen. Det anslås 100 legeårsverk til heltidsansatte spesialister, med yrkeshygienisk utdanning og 5-700 årsverk til deltidsansatte almenpraktikere.

Andre fagområder en må regne med er følgende: Tilsynslegearbeid i alders- og sykehjem (236 årsverk), Helsekontroller/Masseundersøkelser (2-300 årsverk) administrasjon av almenmedisin (150-200 årsverk), samfunnsmedisinsk arbeid (50 årsverk), helseopplysing (50 årsverk) forskning og undervisning (10 årsverk) og videre- og etterutdannelse (10% av antall almenpraktikere til vikartjeneste = 400 årsverk).

Samlet kommer en ut med bortimot 5000 legeårsverk. Gjennom reduksjoner av forskjellig slag står en igjen med et behov i dagens situasjon på ca. 3200 legeårsverk. Sammenlignet med den reelle dekning (almenpraktikere, distriktsleger og turnuskandidater) utgjør dette tall en underdekning på ca. 1200 årsverk.

Med en netto tilvekst på ca. 200 leger til primærhelsetjenesten pr. år regner utvalget med at behovet dekkes av primærhelse-tjenestens egne leger om ca. 6 år. Det pekes også på at dette kan få konsekvenser for utdannelseskapasitet og utvikling fram mot 1990.

Særomsorgene berøres kort. Det konkluderes med at de opprettes etter følt behov og ikke etter faglige kriterier. En almengetjeneste som fungerer kvalitativt tilfredsstilende vil eliminere grunnlaget for særomsorgen.

Kapitlet om "Samfunnsmedisin" er i sin helhet et konsentrat av OLL's innstilling fra 1980. "Samfunnsmedisin" i utvalgets

betydning kan settes lik: "Helseadministrasjon" eller "Offentlig helsearbeid" slik det idag praktiseres av distriktslegekorpsset.

De to samfunnsmedisinske institutter ved Universitetene i Tromsø og Trondheim bruker betegnelsen i en annen betydning. Dette vil skape en unødig begrepsforvirring, som jeg er redd vil bli problematisk å leve med. Det forventes likevel at spesialiteten er et faktum etter Loen, 1983.

Det gis et kort resymé over den eksisterende spesialbetegnelsen "Almen-

Dette vil også danne utgangspunkt for overføring av midler innenfor rammer. Kommunene må innfri visse kvalitative og kvantitative krav før overføring av midler kan finne sted.

I de små kommuner - som det er flest av - vil samfunnsmedisinske og planleggingsoppgaver best løses av lege i kombinert stilling. Dette tilsvarer dagens distriktslege. Større kommuner (over 15000 innb.) bør ha en helsesjef i samfunnsmedisinsk helstilling.

Planlegging på grunnlag av eksisterende tjenester vil være ekstra vanskelig



praktiker Dnlf." sammen med en oversikt over krevne til spesialiteten i andre land i Norden og Europa, og i USA.

Arbeidet med den kommende spesialitet (?) i Norge berøres kort ved at mandatet til den komitéen som skal fremme forslag for Lægeforeningen, refereres. Generalplanen omtaler ingen elementer av det en kommende spesialitet ventes å inneholde.

En antydning ville kanskje vært på sin plass? Det har, når alt kommer til alt, vært holdt en pris-konkurranse.

Generalplanen tar det som gitt at primærkommunene får ansvaret for planlegging, organisasjon og delvis drift av almengetjenesten. Staten vil få ansvar for å godkjenne helseplanene i kommunene.

i større byer, der institusjonsleger og andre ikke-almenleger fortsatt vil bidra i en viss utstrekning.

Fordeler og ulemper ved ulike praksisformer (gruppe-/solopraksis) diskuteres.

Kapitlet inneholder ingen konklusjon eller anbefalinger.

Fordeler og ulemper ved de prinsipielt forskjellige avlønningsformer: Fastlønn eller Normaltariff diskuteres også.

I tillegg drøftes Generalplanen prosentavtaler og tilsvarende subsidiæringsordninger uten at det trekkes konklusjoner eller fremmes anbefalinger.

Generalplanen har tydeligvis bevisst unnlatt å reise debatt om Lægeforening-

ens dualistiske syn:
Levelige kår for både
fastlønn og liberalt er-
verv.
Det antydes kombinasjon
av de to avlønningssystem,
men de må holdes klart ad-
skilt i tid.

Medhjelgere beskrives i
et kort kapittel.
Solopraktikeren vil an-
tagelig være best tjent
med en legesekretær, mens
en gruppe vil trenge flere
kategorier personell.
Fordeler og ulemper diskut-
eres. Behovet anslås som
før: 1,5 medhjelper pr.
lege (Siem, 1977).

Det listes også opp en
rekke aktuelle samarbeids-
partnere i og utenfor
distrikthelsetjenesten.
Gjennomgangstema synes
å være at "samarbeid er
viktig når det er viktig
å samarbeide".

Et noe summarisk inntrykk,
dessverre.

Generalplanen avsluttet
med et kapittel om grense-
oppganger, de faglige fak-
torer som påvirker disse,
ressursforbruk og til-
gjengelighet.

Spesialisttjenesten pлас-
seres under fylkeskommun-
alt ansvar. Det kon-
struktive samarbeid mellom
spesialist og almenprak-
tiker vil kreve et skikke-
lig henvisningsskriv.

Det vil formodentlig nød-
vendiggjøre en skikkelig
epikrise i retur fra spe-
cialisten til pasientens
faste lege.

AVSLUTNING.

Generalplanens styrke lig-
ger i presiseringen av det
faglige innhold i almen-
medisin, selv om mye vel
antas kjent for en del ak-
tive almenpraktikere.
Usikkerheten i behovsan-
slagene for legeårsverk
kunne derimot vært påpekt
noe mer enn tilfellet er.

Behovet for forskning i
almenmedisin savner under-
tegnede dessuten mer inn-
gående beskrevet.

Likeledes savner jeg an-
tydninger om hva en for-
venter blir kravene til
en fremtidig spesialitet
i almenmedisin.
Jeg forstår imidlertid at
Generalplanen ikke har
villet foregripe noe i så
henseende.

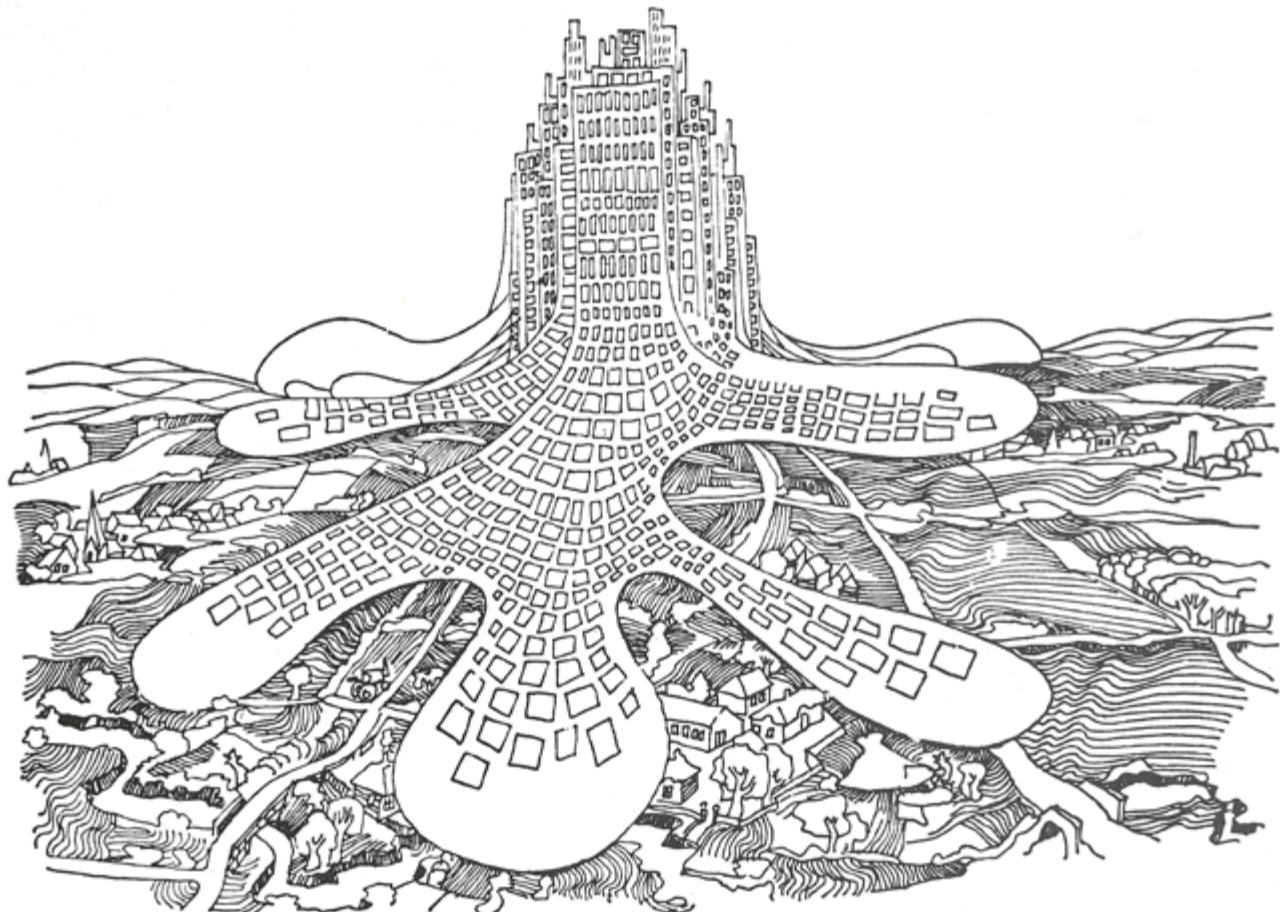
Avsnittet om "Samfunns-
medisin" er mye klarere
på dette punkt. Også her
antas Landsstyret 1983 å
betegne et vendepunkt i
utviklingen.

De øvrige kapitler bærer
preg av at stoffet er
gjennomtenkt og gjennom-
drøftet, men fremstilling-
en blir for knapp i formen
for undertegnede smak,
dessverre.

Dessuten savnes de klare
konklusjoner og anbefa-
linger. Men her råder
ulike syn. Det har nok
vært avgjørende.



– Jeg vet ikke om det er fordi du er
så liten, men du har i alle fall
hemorroider i ørene....!!



Zurück zur Natur!

Spesialisering av primærleger

Av Ove Skjerven, stadslegen i Tromsø

Definisjoner.

En primærlege kan defineres som enhver lege som arbeider med forebyggende eller kurative oppgaver i første linjen innen fagområdene almenmedisin, samfunnsmedisin og bedriftshelsetjeneste.

Tenkekomiteens "lille grønne" definerer almenmedisin som den generelle forebyggende og behandelnde medisin og spesialmedisinen som et begrenset område av faget medisin som krever spesiell innsikt og/eller utstyr.

Av disse definisjonene og med kjennskap til hvordan primærhelsetjenesten i praksis fungerer kan det sees at denne består av 3 medisinske fagområder som overlapper: almenmedisinen, samfunnsmedisinen og bedriftshelsetjenesten.

Spesialisering.

Jeg har vært ambivalent til det spesialiseringss arbeid som foregår blant primærleger, dels fordi fagområdene har generell karakter og er overlappende, dels fordi det kan virke oppsplittende på grupper av leger. Mange almenpraktikere er engstelige for å bli styrt av en kaste av samfunnsmedisinere, og det vil stadig være behov for et samarbeid mellom de tre gruppene av leger, både faglig og fagpolitisk. Utdannelsesbaser kan gi uheldige virkninger som kan forhindres ved en stor grad av felles utdannelse.

I alle de tre primærmedisinske fagområdene arbeides det nå med egen utdanningsprogram med sikte på å etablere såkalte "fullverdige" spesialiteter. Sykehusspesialisten med sin 5 års utdannelse synes å stå som modell for dette arbeidet. Men sykehusspesialisten er ikke uten videre en god modell: Han har mye kunnskaper om et sterkt avgrenset og klart definert fag-

område. Utdannelsen er langvarig og det er oftest umulig å skifte spesialitet når han først er ferdig uten å måtte begynne på nytt.

Få sykehusspesialister har krav til etterutdannelse, dette behovet ivaretas gjennom det teamarbeid som drives ved sykehusene.

Primærlegen har på sin side et mye bredere fagområde samtidig som arbeidssituasjonen er mer isolert, noe som medfører et stort behov for etterutdannelse.

De tre fagområdene i primærmedisinen har mye til felles:

Almenmedisineren bør kunne endel epidemiologi og vite noe om økonomi og organisasjon, samfunnsmedisinere og bedriftsleger driver begge grupperettet forebyggende arbeid.

Også i praksis er fagområdene overlappende, slik at mange leger ved siden av almenmedisin vil drive noe samfunnsmedisinsk arbeid og bedriftshelsetjeneste, eller de vil en tid være sterkt engasjert i ett av områdene for senere å ønske å skifte tyngdepunkt.

Følgende krav bør stilles til spesialitetene i de tre primærmedisinske fagområdene:

- Grunnutdanningen (videreutdanningen) bør i stor grad være felles.
- Det bør stilles omfattende krav til etterutdannelse som også til en viss grad kan være felles.
- Det må være relativt enkelt å utvide/skifte spesialitet.

I et felles utdanningsprogram ligger det også mulige rasjonaliseringsgevinster i felles kursopplegg osv. Skisse til utdanningsprogram.

Utdanningen av de tre kategorier primærleger får to ledd:

For det første en grunnutdannelse (den egentlige spesialistutdanning) som kan være relativt kort, for eksempel 3 år, og fagområdene kan overlappe slik at så mye som 2/3 er felles.

For det andre en omfattende etterutdannelse der f. eks. 1/3 kan være felles!



1. Grunnutdanning
(spesialistutd.)
3 år, hvorav 1 som almenpraktiker (obligat.)
1 i institusjon (oblig.)
1 avhengig av spesialitet.

Teori: minst 300 kurstimer, hvorav 2/3 er godkjent for alle spesialiteter.

2. Etterutdanning.

Fornyes for 5 år om gangen med kursprogram og bestemte krav til praksis. Ca. 1/3 av teori og praksis kan godtas for alle spesialiteter.

Alternativt kan grunnutdanningen være 5-årig som sykehuslegenes, men det blir da vanskeligere å stille krav til en stor etterutdanning og det kan bli vanskeligere å skifte spor.

En del leger vil kvalifisere seg akademisk gjennom å avlegge en medisinsk doktorgrad eller ta en MPH-grad(master of public health).

Ved våre universiteter og i den sentrale helseadministrasjon vil det være ønskelig om endel leger har slik kompetanse, men det virker ikke særlig klokt å stille krav om at alle må ha dette. Det er viktig at det ved universitetene finnes leger med bred praktisk erfaring på bekostning av noe mindre akademisk kompetanse, likeledes må det ved fylkeslegekontorer og i Helsedirektoratet finnes leger med noe forskjellig pri-mærmedisinsk bakgrunn.

Kompetansekrav, stillingsmonopol?

Kompetansekrav til stillinger har noen åpenbare ulemper:

Det kan gi for ensartede miljøer i grener av primærmedisin, og fagområdene overlapper i praksis så mye at det kan bli vanskelig å si hvilken spesialist som skal ha monopol på den og den stillingen.

I en mindre kommune kan en almenmedisiner med noe administrativ erfaring være bedre egnet som helse-sjef enn en samfunnsmedisiner. I en større grup-

pepraksis eller ved et helse- og sosialsenter kan en samfunnsmedisiner eller en lege med bedriftshelse-utdanning være en styrke for det faglige miljøet.

Mulighetene for å skape brede faglige miljøer i den praktiske, akademiske og administrative delen av primærhelsetjenesten må ikke utelukkes.

På den annen side kan kompetansekrav sikre legenes rett til videre- og etterutdanning og gi visse lønns- og karrieremuligheter. Arbeidsgiveren forplikter seg på sin side til å legge forholdene til rette for dette, og vil være sikret høyt kvalifiserte leger som holder seg faglig ved like.

Det vil trolig være lettere å få gjennomslag for tanken om slike kompetansekrav dersom grunnutdannelsen ikke er altfor omfattende, men med en solid etterutdannelse som også arbeids-giveren kan være med å påvirke innholdet av.

Konklusjonen må bli at ti-den er inne til å foreta en intim samkjøring av arbeidet med å utvikle spesi-aliteter i primærmedisin under mottoet:
Almenmedisiner, samfunns-medisiner og bedriftslege hand i hand.



SOCIETAS INTERNATIONALIS MEDICINAE GENERALIS
SIMG
International Society of General Practice
Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Société Internationale de Médecine Générale

Since 1976 the Janssen Research Foundation has helped SIMG to grant a yearly Research Award, which aims at stimulating Research in General Practice.

Every doctor, or a group of doctors, pondering on doing research, relevant for General Practice in Europe, can apply for the award. He has to mention the significance, the aims, the work-hypothesis and the methods of his project. This draft should not exceed 1.000 words, it can be written in english, german or french. The protocol should not mention the author's name, but a code, which has to be explained on a separate sheet.

Applications can be sent from now on until the 30th of October 1982 at the under-mentioned address.

An international jury of general practitioners will judge the applications on their scientific value and their relevance to General Practice.

Preference will be given to research that can be repeated on an European scale.

The winner is expected to finish his project within two years, he has to present his results on an SIMG Congress and to publish them in the SIMG Journal, AMI.

The amount of the award is 50.000 Bfr. A first part of 30.000 Bfr. will be forwarded at the awarding.

The remaining sum will be forwarded when the project is finished.

Prof. Dr. R. De Smet
Centrum voor Huisartsopleiding
Rijksuniversiteit Gent
Akademisch Ziekenhuis
De Pintelaan 135
B-9000 Gent (Belgium)

UTPOSTEN'S ALMENMEDISINSKE PROBLEM SERIE



I dette nummeret av UTPOSTEN presenterer vi fasiten og kommentarene til den sjette og foreløpig siste av oppgavene i den almenmedisinske problemserien.

Over 40 av UTPOSTENS sider har vi hittil konsumert til dette tiltaket. Men nå sier vi altså takk for oss - ihvertfall foreløpig.

Det betyr ikke at vi garanterer leserne mot at nye oppgaver kan dukke opp.



Innsendte oppgaveforslag fra kolleger frister spesielt til å fortsette. Men likevel - vi trenger en tenkepause.

Det har hele tiden vært forutsetningen at vi skulle foreta en evaluering av dette pedagogiske eksperimentet.

La oss derfor gå tilbake til introduksjonsartikelen i UTPOSTEN nr. 1/1981 og minne om den målsettingen vi formulerte for problemserien:

1. Vi ville yte vårt bidrag til å gjøre UTPOSTEN (enda) mer spennende og klinisk orientert.
2. Vi ville presentere et pedagogisk tilbud til våre kolleger i primærhelsetjenesten, et tilbud som ikke krevde reiser, fravær fra praksis eller økonomiske uttellinger.
3. Vi ville gjøre et forsøk på å bevege oss inn på feltet selvevaluering i almenpraksis, og se om vi med dette opplegget kunne kaste lys over hvordan kliniske problemer løses av almenmedisinere idag.

Oppgjørets time – evalueringen!

I UTPOSTEN nr. 7/8-1981 gav vi vår egen foreløpige oppsummering av tiltaket. Nå er turen kommet til UTPOSTENS lesere - og problemløsere.

Hva mener dere om serien så langt?

Har denne typen problemoppgaver noen verdi ut over det underholdningsmessige? Egner de sterkt bundne spørsmålene seg for almenmedisinens personlig pregete legearbeid?

Kan systemet utvikles videre som hjelpemiddel i videre- og etterutdannelsen eller til bruk i lokale selvevaluatingsgrupper?

På de følgende sidene har vi formulert en rekke slike spørsmål som vi gjerne vil at dere skal svare på. For den som synes at spørsmålene gitt i denne formen er for ledende, har vi holdt av plass på baksiden av svarslippen til mer verbale meningsytringer.

Vær rask med innsendingen av evalueringsskjemaet, dvs. innen 10 dager som vanlig.

Vi skal til gjengjeld love å komme tilbake med en "evalueringsfasit" i et senere nummer av UTPOSTEN.

STEINAR WESTIN
ARNE IVAR ØSTENSEN

HVORDAN DELTA I EVALUERINGEN?

Alle UTPOSTENS leserne, også de som ikke selv har sendt inn svar på noen av oppgavene, oppfordres til å uttale seg om dette pedagogiske forsøksprosjektet.

Spørsmålene finnes på de neste sider, og er lagt opp etter samme lest som spørsmålene til problemoppgavene.

Hvert spørsmål besvares med et tall fra 1 til 5, der tallen betyr:

- 1: Helt uenig
- 2: Delvis uenig
- 3: Usikker
- 4: Delvis enig
- 5: Helt enig

Men merk at tre av de siste spørsmålene besvares med angivelse av antall. Og de to siste med nummeret på den oppgaven du synes er "best" henholdsvis "dårligst".

Vi aksepterer et grovt skjønn!

På baksiden av slippen har vi satt av plass til en åpen kommentar. La dere ikke affisere av at postmannen kan se hva dere har på hjertet - vi vil likevel gjerne vite det!

Som tidligere klipper dere altså fra høyre halvdel av svarsiden og beholder den gjenstående venstre tallrekken som kopi.

Så er det bare å sette igang!

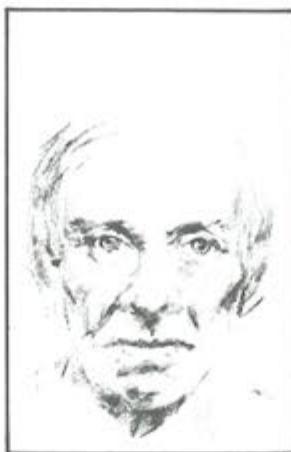
FOR EVALUERINGEN — HER ER PROBLEMSEIENS SEKS OPPGAVER!

Hvert spørsmål besvares med et tall fra 1 til 5, der tallen betyr:

- 1: Helt uenig
- 2: Delvis uenig
- 3: Usikker
- 4: Delvis enig
- 5: Helt enig



Nr. 1
Kurt
Eliassen
56 år



Nr. 2
Artur
Åsdalen
71 år



Nr. 3
Borghild
Hol
48 år

Seriens første pasient kom med sitt vonde kne på kontoret en fredag ettermiddag. Vi måtte på kort tid legge opp diagnostikk og behandling etter mulighetene infeksjon, fractur, eller - som det viste seg å være - en aseptisk prepatellar bursitt.

Seriens andre pasient hadde fått tung pust, ubehag og smerter i epigastriet etter en tur på butikken. Vi møtte ham etter to dagers sengeleie, mistenkte et hjerteinfarkt, og måtte ta stilling til om han nå skulle sendes de 15 milene til sykehus.

Som seriens tredje problemkasus møtte vi kvinnen med svigermorproblem som hadde fått anfall av klemmende smerter i brystet. Hadde hun en angstnevrose eller en reell angina pectoris, og hvordan ville vi utrede dette spørsmålet i almenpraksis?



Nr. 4
Bjørg
Lien
51 år



Nr. 5
Kristina,
5 år



Nr. 6
Elsa
Andersen
58 år

Her fikk vi som seriens fjerde problem presentert den middelaldrende kvinnen med klare thyreotoksiske symptomer. Hva slags thyreoïda-lidelse hadde hun egentlig, og hvor langt var det rimelig å gå med utredningen og behandlingen i almenpraksis?

Vår femte problemoppgave var 5-åringen som hadde fått pennicillin for en otitt og få dager senere fikk et utslett. Det var hverken insektstikk eller pennicillinallergi, men Hennoch-Schönleins purpura. Også sykehusmedisinens diagnoser debuterer i almenpraksis.

I problemseriens foreløpig siste oppgave møtte vi arbeidsmarkedets dystre realiteter. Med hvilken holdning skulle vi møte denne oppsagte kvinnen med nakkemyalgier og åreknuter og liten utsikt til å skaffe seg nytt arbeid?



Klippe her

A Min mening om serien er at:

- a) Problemformuleringene har vært godt tilrettelagt for almenpraksis.
- b) Oppgavene har gått for langt inn på spesialistmedisinens områder.
- c) Oppgavene har vært for vanskelige.
- d) Spørsmålene har for ofte vært tvetydige og uklare.
- e) Det er nyttig å få sammenholde egne svar med andre kollegers.
- f) Jeg har inntrykk av at oppgavene diskuteres blant kolleger lokalt.
- g) Problemserien er særlig nyttig for kolleger i isolerte distrikter.
- h) Oppgavegivernes gjennomgåelse av egne kasus har vært forenlig med "god almenmedisin".
- i) "Flertallsfasit" kan bidra til å befeste dårlige praksisvaner.
- j) Problemløsning pr. post kan bli et nyttig supplement i videre- og etterutdannelsen i almenmedisin.

Kopi Besvarelse

EVALUERING:

Hva mener du om

Utpostens problemserie?

Husk 5 – helt enig

skalaen 1 – helt uenig

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

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

B Hvis problemserien skal fortsette/gjenopptas, bør:

- a) svarslien fortsatt innsendes anonymt.
- b) innsendt svarslien (med navn) øj "tellende kurstimer".
- c) flere kolleger bidra med egne svar.
- d) Spesialister bør benyttes til å kommentere problemoppgavene.
- e) Oppgavene bør gi bedre anledning til å gi "riktige" og "gale" svar.
- f) Serien bør beholde samme lay-out med innsending av svarslien uten konvolutt.

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):

..... t 19 |

Bruk ledig plass på baksiden
til utfyllende kommentarer!

C Besvar med antall eller nummer:

- a) Hvor mange av de 6 oppgavene (se forrige side) har du besvart med innsending av svarslien?
(Hvis ingen, skriv 0) Antall:
- b) Hvor mange av de 6 har du besvart uten innsending av svarslien? Antall:
- c) Hvor mange av oppgavene har du diskutert med kolleger (omtrent)? Antall:
- d) Hvilken av oppgavene (nr. 1-6) synes du har vært mest interessant? Nr:
- e) Hvilken av oppgavene synes du har vært minst interessant? Nr:

STIFT

Frankeres
som brev



Klipper her

Til
Institutt for samfunnsmedisin
parkbygget,
Regionsykehuset
7000 Trondheim.

BRETT

Her på baksiden er det plass til egne
kommentarer om Problemserien:

.....

STIFT

Elsa Andersen er 58 år, gift og bor på et lite tettsted, 3 kvarters reise fra nærmeste by. Her har hun vært konfeksjonsarbeider uavbrutt fra hun var 20 år, bortsett fra 8-10 år mens barna var små. Mannen er nylig blitt uførepensjonert på grunn av dårlig rygg og høyt blodtrykk.

Fru Andersen har vært endel plaget med åreknuter og hovne ben. Hun har vegret seg for å la seg operere. Bona har likevel plaget henne mindre etter at hun for 5 år siden fikk lettere arbeid som kontrollør. Tidligere betjente hun flere vevstoler. Hun tror det kan være grunnen til at hun i mange år har hatt vondt i nakken og lett for å få hodepine.

Fru Andersens store problem oppsto da konfeksjonsfabrikken for et år siden innskrenket driften og sa opp 2/3 av arbeidsstokken. Hun meldte seg ledig på arbeidskontoret og har siden bare hatt arbeidsledighetstrygden å leve av. Hun har ikke fått seg annet arbeid der de bor.

Som den stedlige distriktslege får du fra Elsa Andersen på kontoret. Hun forteller at smertene i nakken er blitt mye verre de siste par dager. Hun virker oppgitt, deprimert og klager over dårlig sovn.

Under samtalen kommer det fram at hun ikke lenger vil få utbetalt dagpenger fordi hun nettopp har avslått å ta bort et tilbud fra Arbeidsformidlingen om arbeid på en kjeksfabrikk i byen.

Hun hadde sagt at hun ikke kunne klare stående arbeid med de dårlige bena, og at det ble for langt å reise. Hun lurer på om hun har rett til å bli sykemeldt, eller om du kan hjelpe henne på annen måte.

Du kjenner henne godt fra før og har også henvist henne til fysioterapi for nakken et par ganger mens hun ennå jobbet. I journalen har du tidligere anført følgende to diagnoser:

1. Nakkemyalgier
(osteoarthritis cervicalis)
2. Åreknuter

Et halvt år senere er Elsa Andersen stadig uten jobb og subjektivt plaget av nakkesmerter og hodepine. Du har vært borte fra praksis denne tiden p.g.a. sykehustjeneste, og får vite at hun har vært sammenhengende sykemeldt dette halvåret. Hun ymter fram på om "doktoren kanskje kan søke om uførepensjon for henne".

Du vurderer henne medisinsk sett som stort sett uendret de siste 3 årene, bortsett fra den subjektive forverrelsen av smertene i nakken. Du må nå ta stilling til spørsmålene under pkt. C på motstående side:

PROBLEMKASUS

1/1982:

Elsa Andersen

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



**PROBLEMKASUS
NR. 1/1982**
Elsa Andersen

SLIK BLE PROBLEMET LØST

Nedenfor følger den grafiske framstilling av hvordan de 51 kollegene har løst oppgaven denne gang.

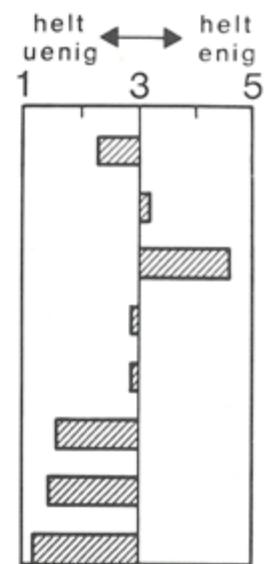
De skraverte søylenes høyde viser hvor stor andel av svarene som angir denne grad av enighet med det enkelte svaralternativ.

Pasient: Elsa Andersen

Antall svar n= 51

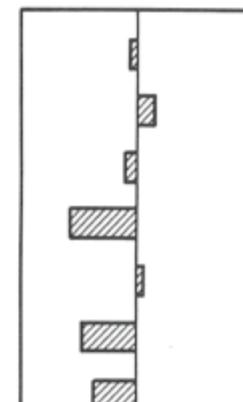
A: HVORDAN MØTE PROBLEMET?

	Oppgavegiv. svar	Oppgavegiv. svar					Ubetsvart
		1	2	3	4	5	
		helt uenig	↔			helt enig	
a	Be henne prøve seg i jobben	2	1	2	3	4	
b	Anke avslaget om dagpenger	4	1	2	3	4	
c	Legeerklæring til arbeidskontoret	5	1	2	3	4	
d	Sykemelde henne i 4 uker	3	1	2	3	4	
e	Ikke sykdom, men mangel på arbeid	3	1	2	3	4	
f	Henvise trygdekontorets rådg. lege	1	1	2	3	4	
g	Henvise til sosialkontoret	1	1	2	3	4	
h	Melding til Arbeidstilsynet	1	1	2	3	4	



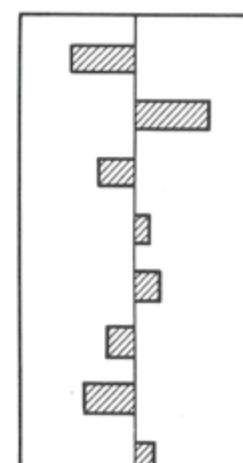
B: MEDISINSKE BEHANDLINGSTILTAK

	Oppgavegiv. svar	Oppgavegiv. svar					
		1	2	3	4	5	
		helt uenig	↔			helt enig	
a	Smertestillende/muskelrelaxerende med.	3	1	2	3	4	
b	Henvise til fysioterapeut	2	1	2	3	4	
c	Henvise til operasjon for åreknuter	1	1	2	3	4	
d	Lettere nerveberoligende medikament	1	1	2	3	4	
e	Samtaleterapi	3	1	2	3	4	
f	Ingen behandlingstiltak	4	1	2	3	4	
g	Sovemiddel	4	1	2	3	4	



C: TILTAK 1/2 ÅR SENERE

	Oppgavegiv. svar	Oppgavegiv. svar					
		1	2	3	4	5	
		helt uenig	↔			helt enig	
a	Friskmelde henne	1	1	2	3	4	
b	Hun kan søke uførepensjon	3	1	2	3	4	
c	Du tror hun vil få avslag	1	1	2	3	4	
d	Råde henne til å søke uførepensjon	3	1	2	3	4	
e	Forlenge sykemeldingen	5	1	2	3	4	
f	Ektefelletillegg like gunstig	1	1	2	3	4	
g	Henvise trygdekontorets rådgivende lege	1	1	2	3	4	
h	Henvise arbeidskontorets attføringsavd.	5	1	2	3	4	



Oversikten gir inntrykk av at dette har vært en vanskelig oppgave. Og ingen kan gjøre krav på å ha den ene riktige løsning.

Nyttig å se hvordan andre kolleger ser på en slik pasient?

Mer om Elsa Andersen og hennes problem på neste side.

Elsa Andersen

Oppgaven uten god løsning....



Vanligvis har det vært oppgavegiverens privilieum å få oppleve den lille feststund det er å skrive fasiten på den oppgaven kollegene har slitt for å besvare.

Noen feststund blir det neppe denne gang. For oppgaven har ingen god og klargjørende løsning. Men noe må vi gjøre med alle disse pasientene som møter oss med symptomer på et vanskelig arbeidsmarked. "Skjult arbeidsledighet - legens nye hodepine?" var den treffende tittel en pasient hadde satt på sin artikkel om sitt eget og doktorens dilemma i Utposten nr. 6/1981 (1).

For distriktslegene i Karasjokk, Innsmøla og Lærdal (takker for gode svar!) kan det kanskje være en trøst å vite at våre kolleger over hele Europa møter den samme typen problempasienter. British Medical Journal trykket sist sommer en serie de kalte "Unemployment in My Practice" (2), som med illustrerende og like intrikate kasuistikker minner oss om at dette er et anliggende i og for den primære helsetjenesten.

Men tilbake til Elsa Andersen. At hun blir deprimert og oppgitt stilt overfor et arbeidstilbud hun ikke tror hun makter, det er rimelig. At nakken knyter seg og hodepinnen blir verre når hun opplever det urettferdige i at hun skal miste dagpengene, det er også rimelig.

Men er det uttrykk for sykdom i den forstand at vi skal oppfatte henne som ervervsmessig ufør?

Hun har et problem, som enkelt kan uttrykkes slik at hun enda er frisk nok til den jobben hun var oppsagt fra, men for syk til å ta det arbeidet hun ble anvist.

Folketrygdens uførebegrep kan synes uklart på dette punktet. Men trygdejurister vil gi oss leger medhold (3) i å oppfatte uførheten som medisinsk betinget hvis hun kunne tatt det anviste arbeidet dersom hun ikke hadde hatt de nevnte helseplagene.

I denne NOU 1977:14 om "Folketrygdens uførebegrep" finnes en interessant drøfting av hva som i trygde-lovens forstand ansees som en medisinsk årsak til ervervsmessig uførhet (s.45).

Men om Elsa Andersen fyller kriteriene for å få uførepensjon, er det ikke sagt at dette er den beste løsningen for henne. Og det er helt åpenbart at mange kolleger har vært på jakt etter andre løsninger, og i det minste foreslått tiltak for å vinne tid.

Dette er vel bakgrunnen for at så mange som 70% av svarene helt ut slutter seg til forslaget om å sende med Elsa Andersen en legeerklæring til arbeidskontoret som redegjør for de helsemessige begrensninger hun har med hensyn til yrkesvalg. Har noen av dere opplevd at pasienter utstyrt med slike legeerklæringer blir henvist tilbake med spørsmål om

de egentlig er arbeidsføre? De må nemlig "stå til rådighet for arbeidsmarkedet", om de skal ha rett til dagpenger.

Gjør Elsa Andersen det? Kollegene er tydeligvis usikre på det, og har ihvertfall svært delte meninger om hvorvidt hun virkelig bør anke avslaget.

Den andre muligheten er å sykmelde henne. Og Elsa Andersen ble da også sykmeldt av min gode kollega, den dagen hun kom på kontoret. Antagelig var han oppmerksom på den fare som lå i å utsette en slik avgjørelse så lenge at pasienten mistet rettighetene til sykepenger. Men dermed var også den beslutningen tatt som et år senere ledet til at fra Andersen gikk over i uførepensjonistenes rekker. Det ble en canossagang og ingen trivelig opplevelse for fra Andersen, men det gav henne en rimelig økonomisk trygghet, selv om uføregraden bare ble satt til 75%. Men det gav også min kollega en ubehagelig følelse av å ha benyttet sin medisinske autoritet til å pynte på arbeidsledighetsstatistikken (4).

Hva man under første konsultasjon kunne ha foretatt seg av medisinske behandlingstiltak er det også delte meninger om, bortsett fra at ataraxica er en farlig løsning.

Fysioterapi i denne fasen kan vel ta fra henne det muskulære forsvar hun behøver, og en variceoperaasjon kan like lett fiksere henne i sykerollen som det bedrer hennes funksjonsevne.

... men her er de som løste den

Det inkom 51 svar tidsnok til å telle med i fasiten. Distriktslegene var særlig godt representert. De 29 distriktslegene utgjorde 57% av svarerne, mens deres gjennomsnittlige andel for alle oppgavene har vært 40%. Dessuten var andelen av svarere som arbeider i landdistrikter eller tettsteder uvanlig høy, hele 78%, mens bare 22% oppgav at de har sitt virke i byer.

Skal vi ta dette som uttrykk for at Elsa Andersen's problem har vært særlig aktuelt for kolleger utover i distrikturene?

Av de 51 svarerne var det ialt 47 primærleger (de 29 distriktslegene inkludert), altså 92% av svarerne. Dette tallet er også i overkant av gjennom-

snittet for alle problemoppgavene.

Av de øvrige 4 var 1 sykehuslege (assistentlege i kirurgi, som ikke uventet vil bruke kniven på årenutene), 2 turnuskandidater og endelig en av de stødige svarere i Oslo Helseråds avdeling for almenhelsetjeneste.

Og så var det fylkestoppen igjen.

Nordland toppler listen med 7 svar, gratulerer!

Rogaland har 6 svar, mens Møre og Romsdal og Oppland følger tett etter med 5 svar hver.

For Hedmark er det ingen redning. Ett innsendt svar kom dessverre for sent til å telle med i fasiten. Selv om det var et godt svar, kan det ikke redde fylket unna bunn-

Elsa Andersen: Hjem svarte på oppgave nr. 1/1982

plassering.

Fra Sogn og Fjordane har vi fått inn en anke: Fylkestoppen bør beregnes ut fra antallet primærleger i fylket. Ingen urimelig innvending, men det spørst om det ikke er like god grunn til å korrigere for antallet UTPOSTEN-abonne-menter.

Dette skal vi komme tilbake til når vi oppsummerer problemserien i neste nummer.

Da skal vi også røpe hvilket fylke som tilsammen har hatt flest svarere, med andre ord problemseriens endelige serievinner.

Følg med!

STEINAR WESTIN
ARNE IVAR ØSTENSEN

Men sovnproblemene synes jeg i alle fall man skal ta alvorlig hos en pasient i en slik vanskelig livssituasjon. Noen har i marginen foreslått tricykliske antidepressiva til det formålet. Den diskusjonen skal vi la ligge her.

Når man møter henne igjen etter et halvt år med sykemelding synes jeg det virker brutalt å frismelde henne uten videre. Hvis hun på dette tidspunkt ikke har vært innom arbeidskontorets attføringsavdeling, må vel tiden være inne for det nå? Dette med ektefellet tillegget i ektemannens uførepensjon benyttes iblant som en lettvinnt løsning, men opprettholder synet på kvinner som annenrangs arbeidskraft.

Elsa Andersen hadde 30 år bak seg i full tids arbeid ved fabrikken, og bør i all anstendighets navn bli vurdert som yrkeskvinnne!

Men noen god løsning på hennes problem fant vi vel ikke?

Steinar Westin



Litteratur:

1. Anderson, Solveig:

Skjult arbeidsledighet - legens nye hodepine.

UTPOSTEN 1981;
Nov. nr. 6, 13.

2. "Unemployment in My Practice"

Serie i Br Med J 1981;282,
1517-1844-2020 og 2104.

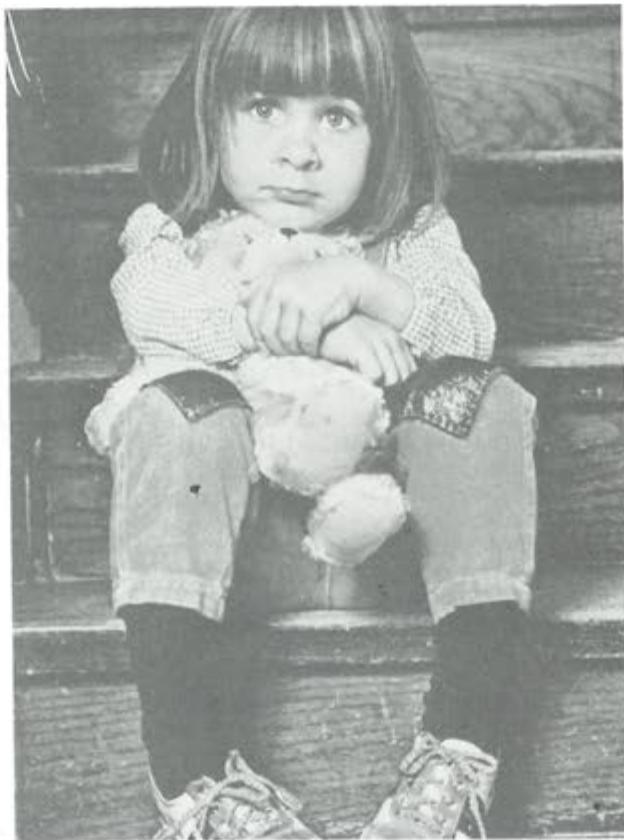
3. NOU 1977:14:

"Folketrygens uførebegrep",
spesielt s. 45-46 og
s. 97-104.

4. Westin, S.:

Legene og arbeidsmarkedspolitikken.

I: Søkelys på sysselsettingen, red: Brunstad, Colbjørnsen, Rødsæth, Universitetsforlaget 1981; 113-126.



ET KJEDEBREV FOR FRED

Kjære venn!

Jeg skriver til deg og ber deg delta i et opprør mot den største trussel mennesket har møtt i sin lange historie. Evnen til å utrydde seg selv. Trusselen fra de moderne militære terrorvåpen. Atomvåpen, biologiske våpen, kjemiske våpen og mange av de såkalte konvensjonelle våpen. I løpet av de siste tiårene har vi utviklet dem alle så de har fått ufattelig ødeleggelsesevne.

Jeg ber deg ikke om så mye, bare om at du må foreta et lite plask i din lokale anedam. Plasket kan så bidra til en bølge av tillit rundt hele vår verden. En vennering for fred over hele kloden.

ET KJEDEBREV FOR FRED

Kopier brevet. Send det til minst 5 venner og kjennte. Send det til en avis. Send det til din politiske leder. Oversett det om du kan. Send det i øst og i vest. Dersom kjeden brytes og dør øker faren for at terrorens redsler slippes løs over oss alle.

DU SKAL VITE AT:

- Terrorvåpen har nærmest ubegrenset og ufattelig ødeleggelsesevne.
- De kan ikke siktes presis og må ramme sivilbefolkningen hardest.
- Spredningen av disse vånnene tiltar, mengdene øker, teknikken fornyes og alt dette gir økende fare for at våpnene vil bli brukt, ved et uhell, forhastet i en presset situasjon eller helt bevisst.
- Bruk kan gi sammenbrudd av vår sivilisasjon og ødeleggelse av den naturen vi lever med i. All fantasi kommer til kort overfor dette.

MORALSK KAN IKKE NOE FORMÅL FORSVARE BRUKEN AV SLIKE TRUSLER!

Men de brukes. Dette må vi få slutt på. Derfor ber jeg deg:

OPPRETT SONER FRI FOR TERRORVÅPEN!

I hodet ditt (mest der).
I soverommet. I kjøkkenet.

I stua. I hele huset der du bor (snakk med naboen). I nablaget. I kommunen din. I fylket. I hele landet! I hele vår deilige verden.

Opprett soner fri for terror. Underrett dine omgivelser om dette. Overbevis dem om din fredelige hensikt. Gi dem dette brevet!

Om vi ønsker videre samliv (liv i det hele tatt) på den eneste kloden vi har, må vi fjerne mistro oss i mellom og motarbeid redselen for hverandre overalt der det er mulig. Når undergang står som en påtrengende mulighet nede i veien vi har valgt oss, så er det vel mer fornuftig og håpefullt om vi gjør så mange forsøk på å snu som vi overhode kan klare å tenke ut?

Beste hilsen

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

**NYHET
FRA**



URI-MED A.s

1458 Fjellstrand

Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

EASTLEIGH MED BARE EN MATTE

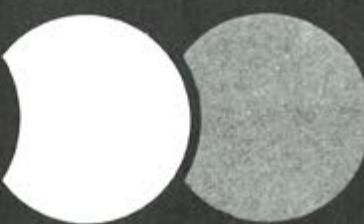
Det velkjente Dri-Nite Eastleigh alarmsystem for sengevætere har etter mange år kommet med en ny modell! Til dette apparatet trenges kun en matte, laget i myk plast med trykte kretser. Dette gir en rekke brukerfordeler:

- behageligere å ligge på
- lettere renhold
- enklere instruksjon
- unngår «falsk alarm»
- raskere varsling

Selve apparatet er mindre og nettere i utførelsen enn den tidligere modellen, og drives av et lite 9 volts batteri. Lyden er en annen, og lampen blinker helt til apparatet blir slått av.

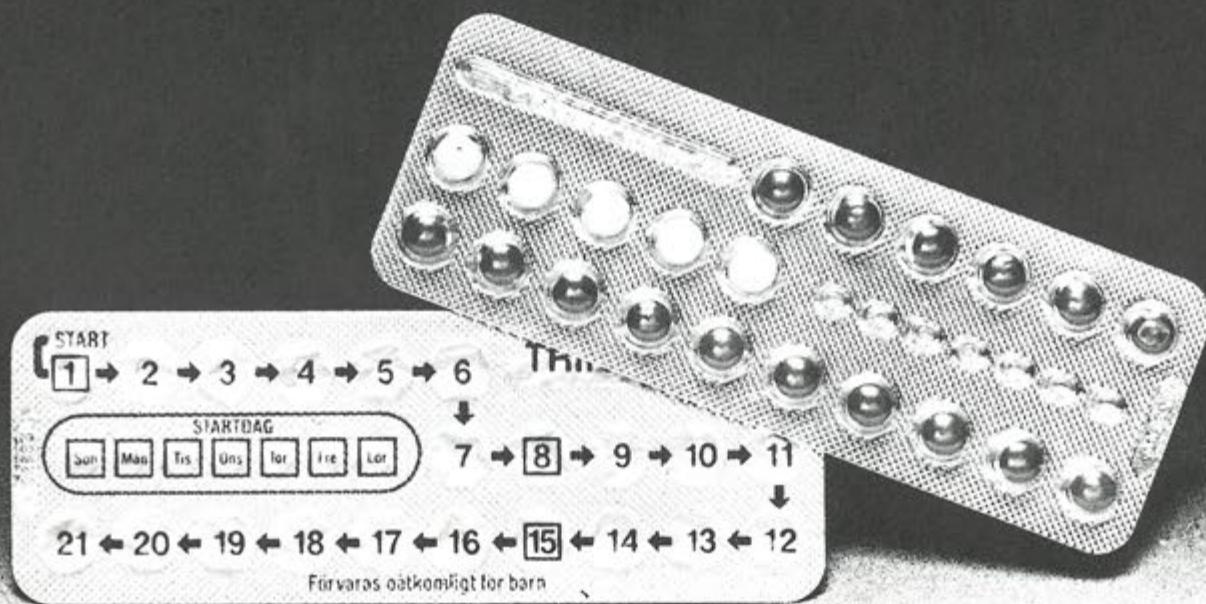
Prisen er den samme som før, dvs. kr. 500,- ekskl. mva. for et komplett anlegg.

Ny P-pille:



TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene
– men med **40% lavere gestagenmengde.**

- Høy sikkerhet
- Cyklustilpasset hormontilførsel
- God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL - 80-årenes p-pille

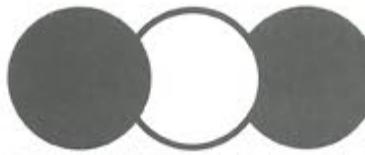
* etinyløstradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50





TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

- (1) LACHNIT-FIXON U: Münch. med. Wschr. 121, Nr. 43: 1421-1426, 1979.
- (2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
- (3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
- (4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

TABLETTER:

- 1 brun tablet inneholder: Etyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 50 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.
 1 hvit tablet inneholder: Etyloestradiol 40 µg + levonorgestrel 75 µg, const. q.s.
 1 gul tablet inneholder: Etyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 125 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:

Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetyper med lave østrogen- og progestogen-mengder.

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermene passasjer vanskliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.

Absorbjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasiøn: Etyloestradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1-2 timer etter oral innslaff.

Halveringstid: Etynodiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.

Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og faeces.

Overgang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmelken, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:

Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Østrogenavhengige tumorer. Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpræget familiær disposition for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetsicterus. Sicklecellaneemi. Herpes gestationes. Udiagnosert genitalblodning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:

Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:

Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold. I størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmonster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenliknet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorrøe av varierende lengde kan oppstå etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migréne, edemer, tretthet, nedstemhet, fett hår og benkrammer kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal nodu-

lær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blodning. Gallesten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynekologisk undersøkelse (omfatter også mamar). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner ansees som sannsynlig. Opptrer tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.

Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager før kirurgiske innlegg. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sykdommer. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advares mot samtidig røyking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migrene/liknende hodepine og/eller synsførstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som erfaringsmessig forverres under graviditet bør preventivtabletter ordines under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uteri og nyrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan oppføre. Uteblir blodningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenorø eller amenorø, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenorø med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjeldent, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:

Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B₁₂. (I: 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:

Antikonsepsjon: 1 tablet daglig i 21 dager fra cyklus 1, til 21. dag. Etter 7 tabletterfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablet daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1-6 på brettet). Deretter 1 hvit tablet hver dag i 5 dager (7-11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12-21). Fortsatt behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:

1 tabletbrett inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
 6 brett x 21 stk.
 13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn
alltid 1. blodningsdag
også ved overgang
fra andre p-piller.



KabiVitrum
 Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
 Telefon: (02) 54 29 50



Primærhelsetjenesten ut av støpeskjeen

Innlegg på den fagpolitiske dag under Alment praktiserende lægers forenings etterutdannelseskurs på Beito høyfjellshotell 20. mars 1982.

Aller først vil jeg få takke for invitasjonen til å innlede siste dags program under etterutdannelseskurset hvor temaet er "Primærhelsetjenesten ut av støpeskjeen".

Denne vrien på den noe utslitte talemåten om helsetjenesten i støpeskjeen markerer vel to ting:

- Primærhelsetjenesten har altfor lenge vært i støpeskjeen.
- Det er et ønske, nå også et berettiget håp om å få den ut av forma.

Vi er alle spente på resultatet inklusive jeg, fordi så mange influerer på utformingen. Beklageligvis må vi nok vente litt med å ta det i øyesyn. Først i 1984 kan vi vente at et nytt lovverk kan settes ut i livet. Likevel vil det markere et vendepunkt når Regjeringen om kort tid legger fram sin proposisjon om helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.

Siden saken med utgangspunkt i Ot.prp. nr. 36 (1980-81) er diskutert såpass inngående som den er, håper jeg at Stortinget vil behandle den i vårsesjonen, slik som forutsatt.

Saken haster, og den er viktig, det er vel kanskje overflødig å si i denne forsamlingen, men jeg vil likevel slå det fast nok en gang. Men likevel drister jeg meg til å ta et tilbakeblick i et forsøk på å rekapitulere endel trekk fra sakens forhistorie.

Egentlig har distrikthelsestjenesten stått i fokus i mange år: Den har vært utredet bl.a. av den såkalte Juel-komiteen, altså Komiteen til å utrede reformer i lokalforvaltningen, - og av Nyhusutvalget i sin delutredning I, som fremmet forslag i særdeleshed til finansieringsformen innenfor helse- og sosialtjenesten i kommunene. Hva var

egentlig begrunnen for å søke etter nye løsninger på hvordan organiseringen og finansieringen burde være i fremtiden? Motivene var flere, dels var de politisk-ideologiske, dels av almen art, d.v.s. tankegods som har gått på tvers av parti-politikk og som har vært naturlige konsekvenser av skifte i sykdoms- og problempanorama. Det er velkjent i denne forsamling, men ikke i totalbefolkingen at eldreandelen i populasjonen øker, at sykdomsbildet i stigende grad preges av de kroniske lidelser, i avtagende grad av de akutte som truet våre foreldre og besteforeldre. Forebyggelse og omsorg, spesielt eldreomsorg, krever større oppmerksomhet, og ved slike helsetjenester kommer de tidligere så nyttige stykprisgodtgjørelser ved betalingen stundom til kort.

En annen grunn ligger i medisinens, forsåvidt i prinsippet også i mitt eget fag odontologiens, egen indre vekst. Teknologiske landevinnninger har medført differensiering og spesialisering, og moderne medisin har naturlig nok trivdes best ved institusjonene,

forskingen har i hovedsak skjedd ved universitetene, universitetssykehusene og deres forgreninger.

Derved har også prestisjetyngden flyttet seg bort fra almenpraksis, med relativ uttynning av almenpraktikere som følge, en tendens som også har vært sterket ved stor arbeidsbyrde og hard skattlegging. I de senere år har derfor mange innsett nødvendigheten av en oppjustering i almenpraksis, både på det faglige plan, det forskningsmessige og m.h.t. arbeidsforhold og miljø.

Rekrutteringen til helse- og sosialtjenestene er generelt god, men ikke til alle strøk av landet. Deler av distrikts-Norge har fortsatt vanskelig for å skaffe seg kvalifiserte helse-tjenere, og enda verre er det å holde på dem de har fått, ihvertfall over lang tid. Mange forsøk har vært ført for å bøte på skjevfordelingen, dels har tiltakene vært av restriktiv art, dels av stimulerende. De mest velkjente, - omenn ikke velsette restriktive tiltak, var beordringsloven for



tannleger, som ble avviklet for ti-års-tid siden, og nå etableringsloven for leger, som ble introdusert for et par år siden. Stimulerende tiltak har det også vært, men få har hatt store eller permanente virkninger.

Jeg kan nevne at Sosialdepartementet nylig har nedsatt en arbeidsgruppe til å gjennomgå de stimulerings-tiltak vi har hatt, og eventuelt fremme forslag til andre. Og her dreier det seg minst like meget om virkemidler som kan stabilisere bemanningen som slike til å befordre nyrekrytting. Disse tiltakene må også betraktes som viktige ledd eller supplementer til en ny lov om primærhelsetjenesten.

En hovedgrunn for å ta fatt på lovarbeidet har nettopp vært å sikre en jevn fordeling av almenhelsetjenestene i landet, og statlige tilskudd til driften basert på behovskriterier, d.v.s. tatt for alderssammensetning og sykelighet som vi erfaringmessig vet er gode kjennetegn på det objektive behov for hjelpe tiltak.

Men denne omfordelingen er langt fra enkel fordi ide-alet om likhet i behandlings-tilbud kolliderer med et annet: helsepersonellets eget frie valg av bosted. Hittil har som kjent de statlige tilskudd vært basert på refusjoner fra trygden ut fra den bruk hver enkelt av oss gjør av de fleste primærhelsetjenester. Men fordi etterspørselen langt på vei styres bl.a. av det antall leger som praktiserer i distriktet, er forbruket av helsetjenester i dag geografisk skjevfordelt, d.v.s. det går større beløp pr. hode til primærhelse- og spesialistjenesten i sentrale strøk enn i utkantområder.

Alle er i prinsippet enig om at fordelingen bør bli jenvare, men virkemidlene er omstridt.

Jeg vil i stikkords form også nevne to andre hensyn som har ligget til grunn for arbeidet med sitriktshelsetjenesten: - desentralisering og integrering. Desentralisering har gjennom hele 70-årene vært et slagord, først og fremst fordi det har vært ansett nødvendig å motvirke en for sterk sentrali-

sering av tilbudene. Jeg har forsøkt kommentert dette velkjente forholdet, men ikke dets praktiske konsekvens, - nemlig at nesten alle høringsinnsesser slutter seg til en kommunal modell, d.v.s. at kommunene bør utgjøre det forvaltningsmessige nivå for primærhelsetjenesten. Og slik blir det formodentlig også. Når det gjelder ønsket om integrering kan dette oppfattes som historiens tilsvær på spesialisering, d.v.s. at mange synes dagens tilbud er for oppstyrtet og utilgjengelig for klienter med et sammensatt problembilde. Og nettopp det har mange i dag: Sykdom og annen nød slår ofte følge, og klienten er derfor henvist til flere slags hjelp. Bedre samarbeid mellom de enkelte ledd i hjelpeapparatet er derfor ønskelig: Det er bakgrunnen for forslaget om en større organisatorisk nærhet mellom helse- og sosialtjenesten.

Den nye proposisjonen bygger i flere henseende på grunnlaget som ble lagt i Ot.prp. 36. Jeg vil derfor kort gjennomgå hovedpunktene som føres videre i den nye proposisjonen, før jeg skisserer de nye forslagene.

Hvorfor har det hast?

Jo, fordi

- vi i kommende år vil få et økende antall eldre med fysiske og psykiske lidelser
- vi vil få et økende antall kronikere
- vi får en økende forekomst av såkalte ligsstilssykdommer.

Utbygging av helsetjenesten etter dagens mønster vil ikke gi adekvate løsninger på de nye utfordringene. Vi blir nødt til å legge vekt på andre deler av helsetjenesten, etter at sykehussektoren nå har gjennomgått, tildels ennå er inne i, en nødvendig utbyggingsperiode.

Oppgavene har et slikt omfang, og er av slik natur at vi ikke kan gjøre oss håp om å nå frem bare ved å kurere, vi må legge tyngdepunktet mer på lindring, hjelp og omsorg. Livsstils- sykommene kan unngås, i det

minste i teorien, og helse-tjenesten må i sterkere grad bidra til det.

At tyngdepunktet for innsatsen flyttes i retning av pleie og omsorg og at vi må forsøke å gi begrepet forebyggende helsearbeid et konkret innhold, betyr at åtti-årene bør bli distrikthelsetjenestens ti-år, slik sykehousutbyggingen dominerte sytti-årene.

Hovedpunnter i Ot.prp. 36.

Det første viktige punkt blir selvsagt å slå fast ansvarsforholdene, og få orden på det tilnærmede ikke-system vi har for finansieringsordningene.

Selv om mange fremdeles setter spørsmålstege ved at ansvaret for helsetjenesten skal deles mellom primærkommunene og fylkeskommunene, har det ikke kommet opp avgjørende momenter i diskusjonen som taler i mot at primärkommunene må overlates ansvaret for distrikthelsetjenesten. Vi vil m.a.o. bygge på en communal modell.

I Nyhusutvalgets andre del-utredning er forøvrig samordningsproblemene drøftet noe nærmere, og med utgangspunkt i denne utredningen, mener jeg at det skal bli mulig å få til en organisasjon som fungerer som en helhet.

Under enhver omstendighet må de nye utfordringene som helsetjenesten står overfor møtes i lokalsamfunnet.

Et annet vesentlig punkt i Ot.prp. 36 er formen på de statlige tilskuddsordningene.

Jeg mener at den mest rettferdige form for tilskuddsordning må bygge på behovet for helsetjeneste. I alt vesentlig må dette behov kunne beregnes på grunnlag av kommunenes innbyggertall, med visse korrekSJoner for særlige forhold som f.eks. et stort antall eldre.

Derfor vil vi også på dette punkt holde fast ved forslaget i Ot.prp. 36, den statlige støtten til kommunenes finansiering av helsetjeneste de får ansvaret for, må skje i form av rammetilskudd, likevel med en viktig modifikasjon som

Tenormin

atenolol

Indikasjoner: Hypertoni. Angina pectoris.

Kontraindikasjoner:

Absolutte: Ukompenstert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

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

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

Bivirkninger:

Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter.

Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

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

Forsiktigheitsregler:

Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og

utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Beta-blokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risiko for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overleddning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere - særlig eldre - bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør dosen og evt. doseintervallet justeres hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon. Hvor det er spesiell grunn til å seponere preparatet for kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke. Hos pasienter på samtidig behandling med klonidin og betablokkerer, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkeren. Betablokkeren må seponeres først for å unngå en sterk "rebound" blodtrykksstigning etter seponering av klonidin.

Interaksjoner:

Betablokkerere COID

Beta-stimulerende adrenergika	Blokkerer beta-adrenerg effekt (Vib)
antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (Via)
antihypertensiva/ diureтика	økt BT-senkende effekt (Via)
digitalis	bradykardi, arytmii (Via, VII)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
etanol	risiko for nedsatt etanol-toleranse (VII)
generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasmer (Via)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (Via)
verapamil	økt risiko for myokard-depresjon (Via)

Dosering:

Individuell dosering.

Hypertoni:

Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende virkning, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasienter må derfor overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablet daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter 2 uker, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

Angina pectoris:

Initialt 50 mg x 2. Når anfall/smerter kontrolleres tilfredsstillende kan man forsøksvis gi hele dosen 1 gang pr. døgn.

Pakninger:

Tabletter 50 mg:	100
" 100 mg:	28 98 250



 **ICI-Pharma**

Drammensveien 126
Postboks 173 Skøyen, Oslo 2
Tlf.: (02) 55 90 04



Tildeg som informerer om Trinordiol:

Plansjens forside kan brukes som hjelpemiddel ved pasientinformasjon. Teksten på denne siden er tenkt som en huskeliste over de viktigste punktene i informasjonen.

- Trinordiol er en 3-fasisk p-pille. Tablettene har 3 ulike styrker som er markert med ulike farger.
- Medisineringen skal starte i forbindelse med en menstruasjonsperiode. Dagen da blødningen begynner regnes som dag nr. 1.
- På menstruasjonens første dag begynner du med p-piller fra det første brettet med Trinordiol.
 1. For egen kontroll kan du lage et hull i tablettbrettet på den ukedag du begynner medisineringen.
 2. Begynn med tabletter nr. 1 og fortsett deretter med en tabletter pr. dag i pilenes rekkefølge 2, 3, 4 osv.
 3. Tabletts 8 og 15 skal følgelig tas på samme ukedag som tabletts 1. Til støtte for minnet er disse tabletene innrammet på samme måte som tabletts 1.
4. Når du har tatt 21 tabletter gjør du 7 dagers opphold. 2 - 5 dager senere kommer sannsynligvis (men ikke nødvendigvis) en menstruasjonslignende blødning.
- Den 8. dagen begynner du på et nytt brett Trinordiol med tabletts nr. 1 (selv om blødningen ikke har stanset). Merk av på brettet hvilken ukedag du begynner.
- Hvis du ikke gjør noen feil, skal hvert nytt brett påbegynnes samme ukedag som foregående brett.
- **HUSK: 21 dager p-pille 7 dager uten piller (men beskyttet alle dager).**



KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

Før øvrige opplysninger: Se [redacted] Felleskatalogtekst.

7.10.81

Det kan være nok med 1!*)

Det finnes kanskje viktigere grunner enn den enkle doseringen til å velge Tenormin. Men enkel behandling synes å være en forutsetning for at pasienten skal gjennomføre en medikamentell behandling som forordnet av legen. Ikke minst gjelder dette behandling av kroniske sykdommer som hypertoni og angina pectoris.

Tenormin

atenolol



*) Dosering 1 gang daglig er doseringsmessig fordelaktig og har vist seg å gi tilfredsstilende klinisk virkning. Større svingninger i blodkonsentrasjonene må imidlertid forventes, og pasientene må overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger.



TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

1. Merk av den ukedagen du begynner.

2. Begynn med tablet nr. 1 første menstruasjonsdag og fortsett i nummerrekkefølge.
3. Tabletene nr. 8 og 15 blir tatt på samme ukedag som tablet nr. 1.

START
1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6



8



TRINORDIOL®
Recip

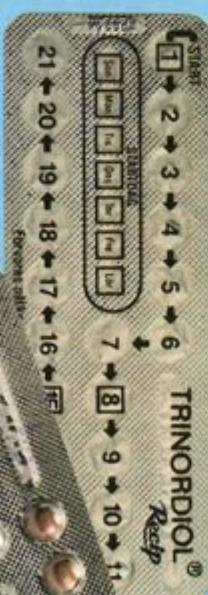
Sön
Mån
Tis
Ons
Tor
Fre
Lör

STARTDAG
7 → 8 → 9 → 10 → 11



21 ← 20 ← 19 ← 18 ← 17 ← 16 ← 15 ← 14 ← 13 ← 12

4. Når det er slutt på tabletten tar du 7 dagers pause. Den 8. dagen begynner du på et nytt tablettsbrett.



HUSK: 21 dager p-piller 7 dager uten piller (men beskyttet alle dager).

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose
med DELESTREK!



INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

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

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

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

