

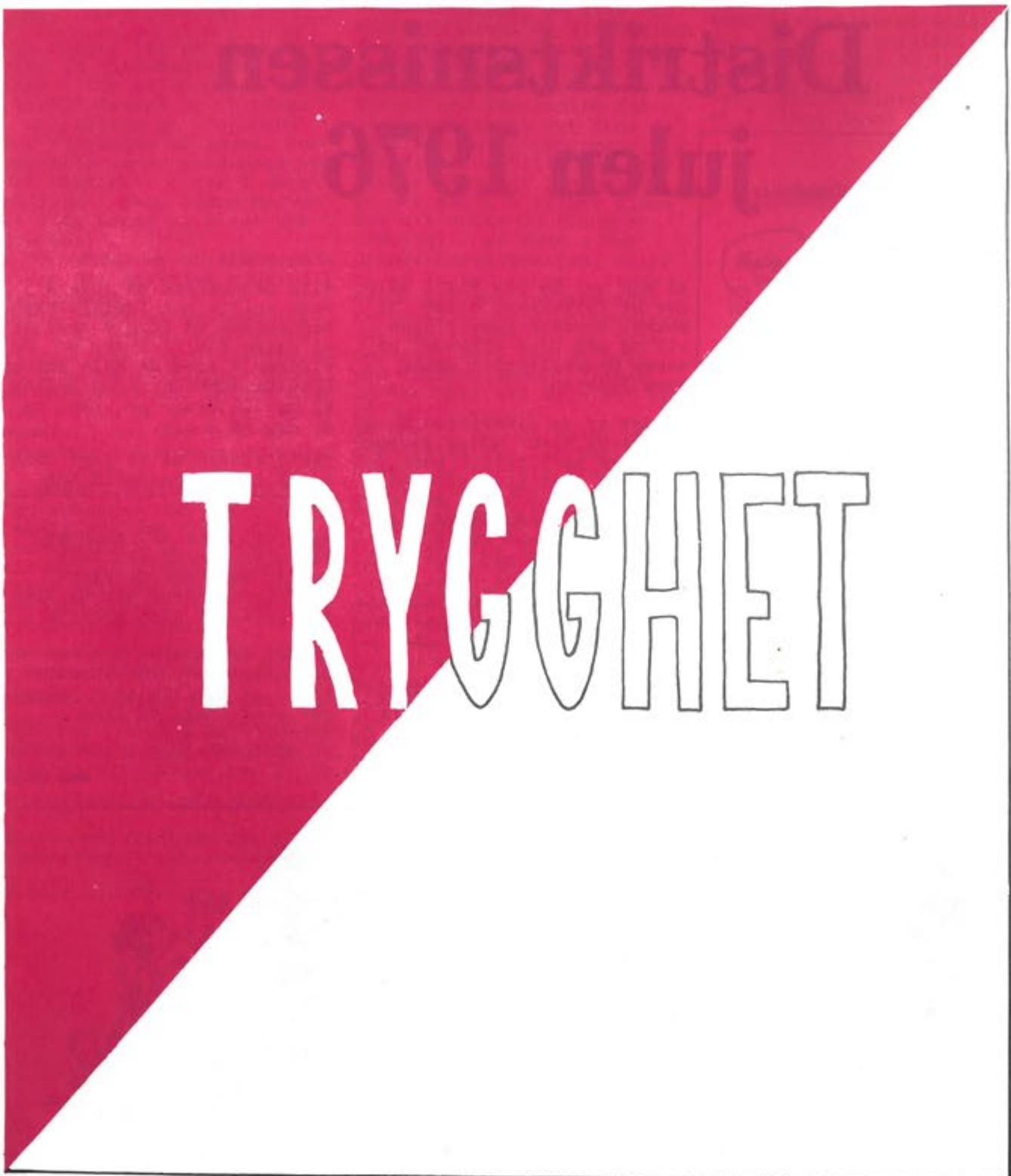
# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 8

NOV./DES. 1976

ÅRGANG 5



TRYGGHET

Redaktører:  
Harald Siem  
Per Wium  
Redaksjonssekretær:  
Reidun Solem  
Adresse:  
6420 Aukra  
Tlf. Aukra (072) 74 130  
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

# UTPOSTEN

STARTET 1972

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

Trykk:  
ST-TRYKK A/S-Orkla-Trykk A/S,  
7300 Orkanger

# Distriktsnissen julen 1976

I år har distriktsnissen en kjempepakke i sekken sin. Man skal jo helst ikke røpe hva julepakkene inneholder, men jeg tar sjansen allikevel. Kjempepakken heter FAMILIELEGEN. I gamle dager var nesten alle leger familielege, og menneskene ville ikke bli glade hvis de fikk høre at de skulle få familielege i julegave. Men det er lenge siden gamle dager, og nesten alle familieleger er døde nå.

I Sverige har bekjempelsen av familielegene vært så effektiv at ropet på at man måtte vekke ham tillive igjen til og med slo ut i svensk -enes valgkamp i høst. Og nå begynner menneskene i Norge å våkne også. Jeg leser i avisens at Lars Korvald har våknet og ytret ønske om familielegen. Når politikerne til de grader ytrer ønsker,

må man vel ha lov til å kalle det et folkekrev, eller et ønske. Kanskje familielegen til og med blir stående på mange ønskelister i denne sørte juletid?

Og det er da distriktsnissen kommer og sier: Godag, godag, har dere vært snille barn, da? Har dere tatt godt vare på helsen deres i 1976? Her skal dere få en kjempepakke i år. Og så pakker han ut en helt ny familielege med fast lønn og god tid. Denne legen kan reise i sykebesøk i hjemmene, og han blir ikke sur selvom man ringer til ham på alle døgnets tider.

Som distriktsnisse beklager jeg at jeg må stille vilkår for gaven. Gaver med innebygde vilkår er det verste jeg vet, men når man må, så må man.

Alle menneskene må love å være snille mot familielegen. Menneskene må love å ansette så mange familieleger at de slipper å arbeide hele døgnet. Enkelte arbeider idag mellom 90 og 100 timer pr. uke, og de dør så snart.

Familielegen må få fast lønn og så fast arbeidstid som mulig.

Men, vil noen si, hvordan kan distriktsnisser love pakker med familieleger? Distriktsnissene har da ikke noe greie på slik praksis ?

Og det er akkurat det som er hemmeligheten. Det største korps av familieleger landet rår over idag, er ikke doktor'n på hjørnet, nei, det er distriktslegene som sitter

Forts. side 15.



# Primærhelsetjenesten

## — vårt ansvar?

Landsmøte i A.P.L.F. i Trondheim 13.11.76.

### INNLEGG VED PETER F. HJORT

Mitt budskap er at almenmedisinen er ikke i sin skjebnetime, og jeg tror det er nå eller aldri før en gjenomtenkt almenmedisin i Norge.

Hva bygger jeg på når jeg sier at almenmedisinen er ikke i sin skjebnetime akkurat nå? Svaret er to ting:

- Den første er prognosene for tilgangen på leger. For meg står denne prognosene som det viktigste trekk i norsk medisin i dag. Denne kurven er både håpet og riset bak speilet.

- Den andre er at almenmedisinen har politisk medvind i øyeblikket.

Dette betyr at almenmedisinen står overfor den store utfordringen. Jeg vil forsøke å tegne et klarere bilde av utfordringen, og jeg gjør det i form av en kjede av de spørsmål som jeg tror er sentrale for almenmedisinen.

#### 1. Hva er dagens situasjon?

Jeg summerer den opp i en tabell fra den siste Stortingsmelding 12 (1976-77) om tilgang på og etterspørsel etter helsepersonell. Almenpraksis dekkes stort sett av følgende grupper:

Turnuskandidater: ca. 200, gjennomsnittsalder ca. 28 år.

Distriktsleger: ca. 450, gjennomsnittsalder ca. 40 år.

Almenpraktikere: ca. 1000, gjennomsnittsalder ca. 50 år.

Praktiserende spesialister: ca. 500, gjennomsnittsalder ca. 60 år.

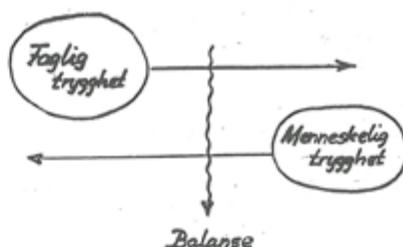
#### 2. Hvilkens ideologi skal almenmedisinen bygge på?

Jeg tror at almenmedisinen har undervurdert betydningen av en ideologi, en klar og enkel filosofi og målsetting. Skal det være noen hjelp i en ideologi, må den være enkel, maksimum én setning. Hva så med ideologien for almenmedisinen? Det fins jo kataloger over oppgavene, og det fins innstillinger, artikler og bøker i hundrevis. Er det mulig å skjære gjennom alt dette og finne en ideologi — en fane — for primærhelsetjenesten, eller må en la seg fange i lange setninger med forklaringer, reservasjoner og betingelser. Jeg tar sjansen på en fane. Den skal være rød og hvit, som studieplanen i Tromsø, og det skal stå bare ett ord på den: trygghet.

Så enkelt må det være, men også så vanskelig. For problemet er at folk trenger to forskjellige tryggheter. Den ene er faglig og den krever at primærhelsetjenestens folk kan sine ting, at de holder en standard folk har rett til å kreve, at de er dyktige. Men samtidig er det behov for den andre tryggheten, den menneskelige. Den krever at legen kommer, at han interesserer seg for pasientens problem, at han har tid, takt, omtanke og varme. En av trygghetene er ikke nok, og derfor må fanen være rød og hvit. Men, nå kommer problemet: ofte er det konflikt mellom disse to krav. Høy faglig standard krever

sentralisering, utstyr, teknikk, naturvitenskap og spesialisering. Høy menneskelig standard krever desentralisering, nærlhet, direkte kontakt med pasienten uten for mye utstyr og teknikk, god tid, forståelse og ikke-spesialisering. Hovedproblemet i primærhelsetjenesten er å finne denne balansen.

#### Primærhelsetjenesten: balanse

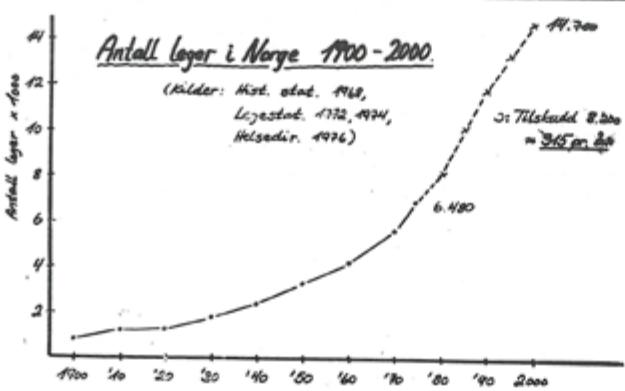


For primærhelsetjenesten kompliseres saken ytterligere ved at det kreves også en tredje trygghet, den sosiale. Primærhelsetjenesten er en del av samfunnet og har viktige oppgaver her. F. eks. hele det forebyggende arbeidet. Også her ligger det en konflikt, fordi dette arbeidet ikke går på enkeltmennesker, men på grupper. Det representerer derfor en helt annen arbeidsmåte, interesse og legning.

Når ideologien er klar, er det neste spørsmålet:

#### 3. Hva slags leger skal drive primærhelsetjenesten, generalister eller spesialister?

To syn står mot hverandre her. Etter det ene synet er kontinuitet i lege-pasient-forholdet et avgjørende mål. Siden menneskenes problemer veksler, må legen være generalist. De som slutter seg til dette synet, bruker ofte uttrykkene familielege, huslege og fast lege, for å understreke betydningen av kontinuitet. Jeg går ut fra at UTPOSTEN's lesere kan argumentere for dette synet i sørne, og ramser dem derfor ikke opp her.



Etter det andre synet er faglig nivå det viktigste hensynet, og pasientene bør derfor ha direkte adgang til et sett av spesialister, særlig for barnesykdommer, kvinnesykdommer, indremedisin, øre-nese-hals og geriatri. De som går inn for dette synet, organiserer spesialistsentre og poliklinikker hvor pasientene fritt kan velge blant spesialistene. (Dette synet rommer en stor svakhet: ofte er spesialist-servicen et dårlig faglig tilbud for de problemer folk søker primærhelsetjenesten med).

De vestlige land har satset helt forskjellig. England og Danmark går inn for generalister, mens Sverige for en stor del satser på spesialister, og i noen spesialiteter er det allerede utdannet så mange at de må brukes i primærhelsetjenesten. For eksempel kjemper svenske pediatrere for å få anerkjent begrepet "familiepediater". Norge har vært i tvil, men heller mest til generalistleiren.

Selvfølgelig er dette også et politisk problem. Spesialistsynet er et mer liberalistisk syn, og i mange land har legene og deres organisasjoner kjempet for det. Generalistsynet er mer sosialt preget - jfr. slagordet "rettferdig helsetjeneste", og tilhengerne må akseptere en høyere grad av offentlig regulering, blant annet:

- Henvisningstvang, det vil si at pasienter ikke kan gå direkte til spesialister, men må ha henvisning fra generalister. Spesialistforeningene kjemper selvfølgelig mot denne tvang, for eksempel i Sverige.
- Kontroll av spesialistutdannelsen, så en ikke får så mange spesialister at de som ikke får jobb på sykehuse, må drive praksis.
- Etableringskontroll, i det minste for spesialister.

Mange forsøker seg selvfølgelig med et kompromiss. De går i prinsippet inn for huslegen, men godkjener samtidig at hans felt splittes opp og at stadig flere deler utleveres til andre. Det er lett å nevne eksempler på biter som er skåret av almenmedisinens pølse: skolehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, forslag om egen helsekontroll for gamle, for kvinner, o.s.v.

Jeg vet ikke hvordan folk flest stiller seg. De vil nok ha huslege, men mange, spesielt i byene og i de øvre lag av befolkningen, ønsker nok også å kunne gå direkte til spesialister, for eksempel til kvinnelege. Derfor er det viktig at folk får klart for seg at det er en pris å betale for huslegen, nemlig en lojalitet som må gå begge veier i pasient-lege-forholdet. Det er pris å betale for legene også, nemlig at de er villige til å gi folk den trygghet de ønsker, blant annet i form av vaktordning og sykebesøk. Det er ikke lett å argumentere for huslegen bak et hemmlig telefonnummer.

For ordens skyld må jeg føye til at det selvfølgelig er behov for spesialistservice også til pasienter som ikke er innlagt. Organiseringen av denne service tar jeg ikke opp her. Poenget er at veien til spesialist stort sett må gå gjennom generalist.

#### 4. Hva slags praksis: solo eller gruppe?

Utviklingen går klart i retning av praksis-enheter med flere leger. Slike "sentre" gir en rekke fordeler: bedre lokaler, mer utstyr og hjelpepersonell, vaktordning, større muligheter for etter-utdannelse og kurs. Den viktigste fordelen er allikevel at almenpraktikeren arbeider i et faglig miljø hvor han får støtte, råd, hjelp og kritikk. Mangelen er lengre reisetid for pasientene, og arbeidet kan også bli mer upersonlig, hvis det ikke organiseres riktig. Flere intervjuundersøkelser i England har imidlertid vist at pasientene stort sett foretrekker helsesentre med flere leger. Jeg tror at erfaringene fra Norge viser at unge leger allerede har truffet sitt valg: de vil arbeide i gruppepraksis. Det betyr at vi må finne ordninger som gjør det mulig for begge praksisformer å leve side om side i årene fremover.

#### 5. Hvor store skal sentrene være?

Gjennomsnittet både i England og Skottland ligger på 3 leger pr. praksisenhet, men spesielt i Skottland har en ønsket en del store helsesentre for 20.-40.000 mennesker. I Sverige har en også ønsket store enheter for 20.-25.000 mennesker.

Deler av vårt land må selvfølgelig dekkes av enelegger, men storparten av befolkningen kan nå et helsecenter på rimelig tid. Jeg understreker også at det er byene som har den dårligste primærhelsetjenesten. Vi må derfor ta standpunkt til enhetens størrelse, særlig for byene, og jeg gjetter på at 3-4 leger er passe i byene, men mange steder er det naturlig med 2-3, og noen få steder bør det antakelig være flere. Det kan være bra med en viss spesialisering i gruppen.

#### 6. Hvor mange mennesker kan en primærlege ha ansvar for?

Dette er selvfølgelig et sentralt helsepolitisk spørsmål, og svaret avhenger blant annet av befolkningens alderssammensetning. I innstillingen om Oslo's primærhelsetjeneste går en inn for ca. 3000 mennesker pr. lege, men erfaringer fra England og Skottland taler for at dette er for mange.

I 1973 var det gjennomsnittlig 2.400 mennesker på listene i England og 2.000 på listene i Skottland. Norsk geografi minner om skotsk, og jeg tror at ca. 2.000 mennesker pr. primærlege er et rimelig tall i dag, men det bør reduseres gradvis til ca. 1.500. Derved blir det totale behov for primærleger i Norge:

Ca. 2.000, basert på 2.000 mennesker pr. primærlege, ca. 2.700, basert på 1.500 mennesker pr. primærlege.

Disse tallene stemmer godt med de behovene Helsedirektoratet beregnet - på et helt annet grunnlag - i Stortingsmelding 9. 1974-75. Holder jeg fast på mine tall, er det lett å beregne hvor mange primærleger vi mangler: 600 i første omgang og 1.300 på litt lengre sikt. Jeg nevnte at vi kan regne med en årlig økning i legetalllet på ca. 300. Disponerer vi halvparten til primærhelsetjenesten, er behovet i første omgang dekket på vel 4 år, og i løpet av ca. 10 år vil vi være godt dekket. Legemangel er derfor ikke lenger noen unnskyldning for årlig primærhelsetjeneste. Kombinerer vi de to tallene, får vi at det blir ca. 5.000 mennesker ved hvert helsecenter, og jeg er interessert i å høre hva andre mener om dette: for mange, for få, eller passe?

## 7. Hva med forebyggende arbeid?

Jeg kan ikke her forsøke å analysere alle de problemer som knytter seg til forebyggende arbeid og primærhelsetjenestens oppgaver i dette arbeid. Jeg må nøye meg med å slå fast at det er økende forståelse for betydningen av det forebyggende arbeid, og jeg tror det skyldes to smertefulle erkjennelser:

- For det første blir det stadig klarere at våre viktigste dødsårsaker er knyttet til miljø og livsstil: det er livsstilen som dreper.

- For det annet spiller livs- og samlivsproblemer en stadig viktigere rolle for trivsel og helse.

Dette betyr at legene må engasjere seg i det forebyggende arbeid på en helt ny måte. For primærlegene vil det slå ut i allfall på tre områder:

- Lokalt miljøarbeid i denne forstand, i nedslagsfeltet til helseenteret.
- Helsekontroll for store grupper av befolkningen. Det er delte meninger om nytten av en del av dette arbeid, jfr. betegnelsen "kjøttkontroll", men jeg er overbevist om at det ikke er noen vei tilbake fra disse kontrollene. Kvinnene vil for eksempel ikke finne seg i at et gode som bedriftshelse-tjenesten med dens store ressurser i det vesentlige skal forbeholdes menn. Det er ikke politisk holdbart å si at vi har råd til helsekontroll for menn, men ikke for kvinner. Det har vært en tendens til å ta helsekontrollene ut av primærhelsetjenesten og lage særomsorger, for skolebarn, studenter o.s.v.

Det er nok argumenter for dette, men det er også argumenter imot, slik det for eksempel fremgår av distriktslege Jo Telje's undersøkelse som viste at 49% av kvinnene måtte følges opp hos primærlegen. Prisen for disse særomsorgene er en splittet og svak primærhelsetjeneste. Jeg tror derfor tiden er inne til å føre flest mulig av disse gruppene tilbake til primærhelsetjenesten og begrense særomsorgene til rent hygienisk arbeid, for eksempel ved bedriftene. For primærhelsetjenesten tror jeg spørsmålet ikke lenger bør være om vi har råd til helsekontroll, men hvorledes

den bør drives, også for å ta vare på helsetjenestens ressurser på en effektiv måte. Primærlegene bør engasjere seg i dette spørsmålet.

- Det tredje området er individuell helseopplysning og påvirkning av familiene og den enkelte for å motivere dem til en sunnere livsstil. Dette arbeid er antakelig viktigere enn all annen forebyggende virksomhet, og primærlegen har en avgjørende rolle i hele dette forebyggende arbeid, men det er ikke klart at den nåværende betalingsordning er en vesentlig hindring for å utvikle det. Helseopplysning er i dag ubetalt luksus-ytelse fra legenes side.

## 8. Hvordan skal primærhelse-tjenesten organiseres og finansieres?

Dermed er vi kommet til en av rosinene i pølsen, og jeg understreker at jeg ikke snakker om inntektsnivå, bare om betalingsordning. Jeg må først gi en innføring i de problemer som knytter seg til finansieringsordningene i helsetjenesten. Mange har trodd at det er mulig, på prinsipielt grunnlag å lage en ideell finansieringsordning for alle helsetjenester, enten det gjelder primærhelsetjenesten, sykehusene, hjemmesykepleien eller

andre tjenester. Etter hvert melder det seg imidlertid alltid bivirkninger som virker virksomheten skjevt i forhold til de mål alle var enige om. Det eksisterer derfor neppe ideelle løsninger, blant annet fordi resultatene avhenger av om det er korte eller lange avstander, få eller mange leger, sykehus, privat-praktiserende spesialister, o.s.v. En må derfor studere oppgavene, stille opp mål, analysere forskjellige ordninger og deres sannsynlige bivirkninger, og så forsøke å lage den best mulige ordning. De fleste land har endt med kombinerte ordninger.

Ser vi på primærlegene, er det antakelig fire forskjellige måter å betale dem på:

- Takstsysten med betaling for hver enkelt ytelse, slik vi stort sett har det i Norge.
- Fast lønn for fast arbeids-tid, slik vi har det ved enkelte poliklinikker og helsecentre.
- Fast lønn for å ha ansvar for en liste med mennesker, slik de har det i Storbritannia.
- Fast lønn for å ha ansvar for et distrikt.

## Betalingsordninger for primærlegene.

| 28-2-1.  
Fag. 18

Betalingsordninger	Arbeids-innslags	Service-holdning	Løn-pas-forhold	Praksis-profil	Henvise- og innlegg.	Forebygg.-arbeid	Helsefin.-økonomi
<b>1. Takstsysten</b>	+	+	-	-	?	-	-
<b>2. Fast lønn - fast arbeidstid</b>	-	-	-	+	-	-	-
<b>3. Fast lønn - liste</b>	+	+	+	+	-	-	+
<b>4. Fast lønn - distrikt</b>	+	+	+	+	-	+	+

Kombinasjoner er mulige og vanlige. For eksempel har danskene lister, men legene har fast lønn pluss betaling for hver ytelse. I tabellen har jeg antydet oppfatninger som ofte gjør seg gjeldende om de forskjellige ordninger, men det er stor uenighet, blant annet avhengig av politisk syn. Jeg kan ikke diskutere disse  $7 \times 4 = 28$  påstander; jeg vil bare vise at dette problemet ikke er så enkelt som mange tror. Dette er vanskelige problemer, synes jeg, og historien viser at almenpraksis og almenpraktikere ofte har motstridende interesser. For eksempel krever god almenpraksis et fast pasient-lege forhold, mens legeforeinningen i alle land allikevel har insistert på et takstsysten som ofte gir best inntekter. Meget tyder imidlertid på at legenes holdninger er myket opp, fordi de:

- er bekymret dels over de store etablerings- og driftsutgifter og dels over den kommende raske økning i legetallet.
- ønsker større økonomisk trygghet og mer regulerte arbeidsforhold.

Det kan derfor tenkes at vi akkurat nå er i en situasjon hvor legenes og pasientenes interesser faller sammen. I så fall har vi en parallel til situasjonen i 1911, da både befolkning, politikere og leger var interessert i å opprette en sykekasse for folk med lav inntekt. Den skaffet pasientene leger og legene et sikrere inntektsgrunnlag. Det vi nå bør strebe etter, er en ordning som gir pasientene fast lege, men det er mange veier til dette målet, og vi bør ikke låse oss i uproduktive og unødvendige prinsipielle standpunkter. En ordning kunne være distriktsleger på landet og lister i byene, men der er mange muligheter, også for flere ordninger samtidig. Jeg vil understreke at jeg tror det er viktig at en finner en ordning som opprettholder pasientenes frie legevalg.

Hvis denne saken kjører seg fast, er det lett å mane frem et spørkelse. De mange nye legene vil først prøve sykehusene, vesentlig fordi sykehusene tilbyr god økonomi, fast arbeidstid, godt faglig miljø, høy status og karrieremuligheter. Hvis sykehusene tar dem, betyr det en svær

vekst av sykehusvesenet og stagnasjon av primærhelsetjenesten. Hvis sykehusene ikke tar dem, må de ut i praksis. Landpraksis blir økonomisk umulig, så de må kjempe om pasientene i byene. Der må de satse på takstsystemet, det vil si på laboratorierover, og resultatet blir like for alle: en dårlig, yr og urettferdig primærhelsetjeneste. Derfor regner eg denne saken som den viktigste i norsk medisin i dag.

#### 9. Hvilket tekniske nivå skal en ta sikte på?

Det er uenighet om hvor langt en skal ruste opp helseentrene. Mitt syn er at sentrene må ha de moderne hjelpeidler som gjør arbeidet sikrere, raskere og lettere, men utstyr må ikke komme i veien for et nært pasient-legeforhold, og almenpraktikeren må ikke konkurrere med sykehusene, spesialistene og poliklinikkene om laboratorieservice. Dette spørsmålet kan løses gjennom en finansieringsordning som oppmuntrer almenpraktikeren til fornuftige investeringer, men samtidig hindrer at laboratoriet blir en spesiell inntektskilde. På dette området tror jeg på styring gjennom betalingsordning.

#### 10. Hva skal forholdet være til sosialtjenesten?

Forholdet mellom helse- og sosialtjenesten er på langt nær avklart. Mange pasienter har medisinske og sosiale problemer som er filtrert inn i hverandre til ett næste, og mange spør om en i det hele tatt kan skille mellom helse- og sosialproblemer. De som føler at skillet er unaturlig, påberoper seg WHO's helsedefinisjon. Allikevel har de fleste land endt med å sette et skille mellom helse- og sosialtjenesten, fordi de føler at det er to etater med forskjellige mål, filosofi, utdannelse, arbeidsmåte, organisasjon og budsjett.

For bare 2-3 år siden mente mange at en burde rive ned gjerdet og lage kombinerte helse- og sosialsentre, der helse- og sosialtjenesten arbeidet hånd i hånd. Det er antakelig riktig å si at erfaringene ikke har vært gode, hverken hos oss eller i andre land.

Jeg er usikker i denne saken. Antakelig må det være to etater, men de må samarbeide.

Legene må engasjere seg i sosiale problemer, og i mange tilfelle - muligens alltid - er det behov for sisionomer ved helseentrene.

#### 11. Hvilke andre helseprofesjoner skal arbeide i helseenteret?

La oss nå se på hvilke andre helseprofesjoner som bør trekkes inn i teamet. Det har vært argumentert for følgende profesjoner:

- Helseøster er en nøkkelperson som har ansvaret for en vesentlig del av det forebyggende og oppsøkende arbeid. Hun har direkte kontakt med familiene, og hun bør ha et risikoregister over familier og personer som trenger spesielt tilsyn, for eksempel "multiproblem-familier", gamle som bor alene, o.s.v.

- Legesekretær er en viktig person som blandt annet skal holde orden på ca. 6.000 pasientjournaler.

- Sykepleier som kan ta hånd om skiftninger, behandling, prevensjonsveiledning og mange andre spørsmål.

- Fysioterapeut til å drive laboratoriet.

I tillegg har det vært argumentert for to mer sideordnede profesjoner:

- Fysioterapeut ved helseentrene har vært forsøkt med gode erfaringer i Tromsø. Jeg tror det er for tidlig å si noe om hvorledes dette vil utvikle seg.

- Sisionom, som jeg alt har nevnt.

For meg reiser denne diskusjonen to viktige spørsmål: antall og typer av personell. Når det gjelder type av personell, synes jeg en tenker i for tradisjonelle baner. For meg ser det ut som om det øvrige personell også må være generalister og kombinerte sykepleie, laboratorie- og sekretærarbeid. To argumenter taler for dette. For det første arbeidets art: en fysioterapeut vil for eksempel arbeide langt under sin kompetanse og mistrives. For det andre må hjelpepersonellet kunne hjelpe hverandre og løse for hverandre. Jeg tror derfor at primærhelsetjenesten må gå inn for en egen type hjelpepersonell, en generalist med for eksempel ca. 1½ års utdannelse. Det andre viktige spørsmålet er antall hjelpepersonell. Økonomiutvalget regnet med 1,5 ansatt pr. lege, og i

øyeblikket er det takstene som avgjør dette. For meg er det helt urimelig at et tilfeldig takstsysten skal avgjøre dette spørsmålet, og jeg etterlyser systematiske undersøkelser over hva behovet egentlig er. Jeg synes almenpraktikerne har engasjert seg altfor lite i denne saken, og det dreier seg i virkeligheten om forholdsvis små beløp. La oss si at hver primærlege fikk en ekstra hjelper. Det betyr:

- ca. 2.000 personer eller ca. halvparten av de stillingene helsetjenesten fikk i 1976
- ca. 200 millioner kroner eller 2% av helsebudsjettet, mindre enn driftsbudsjettet for det nye Haukeland sykehus.

Poenget er at en regner i daler for sykehusene og i skilling for primærhelsetjenesten, og primærhelsetjenesten har avfunnet seg med dette, istedenfor å studere sine egne behov: hva krever god almenpraksis?

#### 12. Hvorledes skal dette finansieres?

Jeg vender nå tilbake til finansieringsproblemene igjen. Hvorledes finansieres virksomheten i dag? Primærlegene må få endene til å møtes, og jeg vil kaste to brannfakler:

- finansiering av gruppepraksis. Gruppepraksis krever i dag ca. dobbelt så store driftsutgifter som solopraksis, og utgiftene dekkes stort sett ved laboratorieprøver.
- bedriftshelsetjenesten er forholdsvis godt betalt og yter på den måten tilskudd til almenpraktikerens virksomhet.

Jeg trekker foreløpig bare to konklusjoner av dette. Den ene er at det må finnes bedre måter å løse dette spørsmålet på, den andre er at her trengs forskning for å lære mer om hva god almenpraksis er. Samfunnet har råd til å betale for god praksis, hvis vi bare kan bli sikre på hva det er og hvorledes den bør finansieres.

#### 13. Hva med sykehjem og sykestue?

Det ville være galt å lukke øynene for ett viktig problem i primærhelsetjenesten, og det er den faglige stimulering og utfordring. En må

ikke organisere tjenesten slik at den blir kjedelig, en grå og langtekkelig kose- og snakkemedisin. Selvsagt kan en hevde at det ligger menneskelige utfordringer her som burde være store nok, men vi må huske at primærlegen også skal utdannes og trenes i den harde kjerne av faget, slik at han mestrer alt den rommer, fra en stor trafikkulykke til tidlig diagnose av kreft.

Jeg tror det finnes en vei å gå her. Om få år har vi sykehjem i alle kommunene, og primærlegene vil fungere som leger ved sykehjemmene. I dag har dette arbeidet lav status og kvalitet. En kunne slå to fluer i en smekk, hvis en lot primærlegene få disponere et par senger ved sykehjemmene til kortvarige innleggelse, for eksempel av pasienter som bør observeres nærmere, pasienter som er skrevet ut tidlig fra sykehus, mindre skader, o.s.v. Dette er i virkeligheten det gamle sykehusprinsippet, og jeg tror det ville bedre det faglige miljø på sykehjemme, stimulere legene, og spare mange sykehusinnleggelse. Det fins enda noen sykestuer igjen i Nord-Norge, og erfaringen viser at dette ikke er gammeldags institusjoner.

#### 14. Hvorledes skal helse-sentrene styres?

I denne forbindelsen er det naturlig å omtale styringen av helsesentrene. Det ligger minst to problemer her. Det ene gjelder den daglige ledelse. Enkelte steder er det oppstått en kompetansestrid mellom leger og annet helsepersonell om dette, men det ser ut til at legene som regel klarer å holde sine gamle posisjoner. Stort sett, tror jeg den bør lede som er best skikket til det, og personlige egenskaper spiller ofte like stor rolle som faglige kunnskaper. Jeg synes derfor ikke det er riktig å ha fastlåste meninger om dette spørsmålet. Det andre spørsmålet er viktigere. Det gjelder befolkningens innflytelse på driften, for eksempel på åpningstider, ventetider, vaktordninger, service o.s.v. Befolkningen bør ha rett til å påvirke slike spørsmål, men erfaringen viser at det er en grense mellom slike ting og de faglige spørsmål som fagpersonalet føler er deres avgjørelse. Jeg har ingen oppskrifter her, og

jeg tror det er behov for å samle erfaringer med forskjellige ordninger i vårt eget land.

#### 15. Hva med spesialitet og karriere?

Jeg vil også kort nevne et spørsmål som jeg tror er viktig, nemlig spørsmålet om spesialitet og karriere. På lang sikt bør en arbeide for å få bort klassekillet mellom spesialister og generalister: det er hverken simplere eller lettere å være generalist enn spesialist. Jeg tror også en bør arbeide for å få en viss "karriere-stige" i almenpraksis, slik at en får anerkjennelse for den utdannelse og de erfaringer en skaffer seg. Hvorledes dette skal løses, går jeg ikke nærmere inn på her, men jeg tror dette er viktige spørsmål for almenpraktiker-standen.

#### 16. Hva bør gjøres?

Tiden er inne til å avslutte denne oversikten over primærhelsetjenesten, og jeg summerer opp konklusjonene først:

- Primærhelsetjenesten er en hjørnesten i norsk medisin og må fortsatt være det.
- Den er allikevel forsømt på alle måter, dels ved dårlig rekruttering, men fremfor alt ved at den mangler en gjennomarbeidet ideologi. En slik ideologi må ta utgangspunkt i det pasientens ønsker, nemlig trygghet.
- Tiden er inne til å ta opp organisasjons- og finansieringsspørsmålet med sikte på å skaffe pasientene en fast lege. Stikkordene bør være trygghet, nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet.
- Med den nåværende tilgang på leger kan vi i løpet av få år organisere en god primærhelsetjeneste.

Hva betyr disse konklusjonene? For å svare på det, vender jeg tilbake til der jeg begynte: budskapet om at almenmedisinen er ikke i sin skjebnetime. Jeg synes de praktiserende legene selv bør ta offensiven og forklare befolkningen hvorledes primærhelsetjenesten bør organiseres og myndighetene hvorledes den bør finansieres. Det forutsetter et uavhengig og fordomsfritt utrinningsarbeid ved de beste folk dere kan skaffe. Det bør begynne nå, og mitt siste råd er ideologien. Glem den ikke! TRYGGHET.

# Den gamle distriktslegens jolekveld

## Ein legende, restaurert av Torleiv Robberstad

Det var jolekveld i Avdalen, det vesle distriktet langt frå byen. Den korte dagen var for lengst blitt borte i grå snøskyer, og den gamle distriktslegen var på veg heim frå sjukebesøk i den gamle Volvoen sin.

Den gamle distriktslegen kom forbi den vesle rauda stova å svingen nedmed elva, og måtte tenkje på vesle Anne som budde der ein gong for så lenge sidan. Mang ein gong før i tida hadde han behandla vesle Anne for bronkitt, ofte seint på kvelden. Og ofte hadde vesle Anne etterpå lagt dei so runde armane kring halsen hans, sett på han med dei alvorlege grå augene sine, og sagt: "Takk, onkel dokter. Eg skal bli distriktslege og hjelpe deg når eg blir stor".

Den gamle distriktslegen måtte smile når han mintest dette. Men Anne og den gamle mor hennes hadde fått fråflyttingstilskot for mange år sidan, og flytta til byen. Og sidan hadde han aldri hørt noko meir om dei. Men det hadde vore ei flink jente, ho hadde evner i seg til å bli både spesialist og forskar og meir til. Den gamle distriktslegen sukka tungt. Ja, ja. No såg han taket heime. Men enno hadde han eitpar timars arbeid att før han kunne gå kring joletreet med familien sin.

Vaktordning tronig han slett ikkje tenkje på. For grannedistriktslegen, kollega Sjue i Breivik, hadde alltid meint at slikt var noko nymotens tull: ein distriktslege skulle ta det fullstendige ansvaret for distriket sitt. Men Sjue var nyleg død.

Den gamle distriktslegen svinga opp framfor huset, men der var det kome folk til gards: ein raud Mercedes med Oslo-skilter. Byfolk med virus-sjukdom, sukka han for seg sjølv. Han visste av lang erfaring at då var han sikra arbeid med febersjukebarn resten av den jolehelga.

Den gamle distriktslegen steig inn gjennom døra. Men kva var dette? Der kom ei ung kvinne mot han i gangen, og ho la armane kring halssen hans og sa: "Eg kom tilbake, onkel dokter, slik eg lova deg. No er eg blitt distriktslege i Breivik, og no skal me ha vaktordning saman. Og eg skal hjelpe deg med helsestasjonsplanen." Den gamle distriktslegen såg undrande på henne. Men dei alvorlege grå augene hennes vekte minne frå gamle dagar. "Nei, meiner eg ikkje det er deg, Anne", sa han glad. Bak henne kom ein smilande ung mann, og ho sa: "Du må helse på mannen min. Han er blitt likningssekretær i Breivik, og no kan han skrive sjølvmeldinga for oss begge".

Den gamle distriktslegekona sto attmed og var så glad: "Og Anne har alt sett på sju pasientar her, mens me venta på deg". "Naturligvis", sa Anne, "for i denne jolehelga skal eg ta vakta, så får du heilt fri".

Den gamle distriktslegen låg vaken seinare på natta, vel preparert med lutefisk og Doctor's Special. Telefonen hadde nett ringt om ei kvinne med gallesmerter, - ho hadde vel forsynt seg for godt av jolematen. Men ektemannen hadde vore førande glad for at den gamle distriktslegen endeleg hadde fått vaktordning, "for me hentar så

gjerne lege frå Breivik når du synes du treng å ha fri", hadde han sagt. Langt borte hørde den gamle distriktslegen eit helikopter blafrer i den stille jolenatta, og han smilte for seg sjølv. Mens han glei inn i søvnen, tenkte han: "Til våren reiser eg på Gausdalkurset".

### Merknader:

Denne legenden hører til den store syklusen med bergtakingsmotiv, og har truleg opphavet sitt i eldgamle overleveringer, frå før Sunnhetsloven av 1860. Motivet fins i ei mengd Medisinalberetningar, frå ulike tider og frå störstedelen av landet, og botnar visseleg i sterke munnlege tradisjinar. Det inverterte kjønnsrollemønsteret tyder på nye tillegg: sterk prins/ung prinsesse er her blitt til ung kvinne/gamal distriktslege.

Bak legenden ligg eit vart straumdrag av idealisering og populisme. Den unge legen fylgjer sine barndoms draumar og blir distriktslege, trass i Mercedes og evner til å bli forskar og meir til. Pasienten set distriktslegens fritid over alt anna. Men me finn også meir overnaturlege detaljar: grannedistriktslegen var nyleg død, men her var det ikkje lange vakansen før det kom ein ny.

Det heilage talet sju har magisk symbolikk. Sjue heitte han som var med på å trollbinde den gamle distriktslegen, og sju konsultasjonar trengs for å løyse fortrolingga, slik at han endeleg kunne rive seg fri.



# §4 I TEORI OG PRAKSIS

## En receptundersøkelse ved Sjukehusapoteket i Ålesund

Av Kjell Aasen og Harald Brænne

(Sakset fra Apotek-nytt nr. 4 -76, 6. årgang. Sjukehusapoteket i Ålesund.)

I det forrige nummeret av APOTEKNYTT berørte vi §4 i "Forskrifter om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek". I denne paragrafs punkt 5 heter det: "Fullstendig bruksrettledning med angivelse av både enkelt- og dagsdose skal påføres resepten i alle tilfelle hvor dette er mulig, f.eks. "1 tablet, spiseskje 3 ganger daglig". Kan en nøyaktig dosering ikke angis på resepten, skal resepten påføres: "Dosering meddelt pasienten".

I vår undersøkelse om "Den gamle og hans medisin", gjengitt i APOTEKNYTT nr. 3 1976, kom det klart frem at en rekke gamle mennesker har problemer fordi det slurves med bruksrettledningen. I svært mange tilfelle hevdet de at det ikke ble skrevet noen bruksrettledning, eller at det i hvert fall ikke ble angitt noen entydig og fullstendig bruksrettledning.

Ved forskrivning av analgetika er f.eks. "1 tablet ved smerte" ingen fullstendig bruksrettledning.

Med utgangspunkt i "Den gamle og hans medisin" hadde vi ved Sjukehusapoteket i Ålesund interesse av å se hvordan dette artet seg i praksis. Vår undersøkelse ble lagt opp på den måten at vi i løpet av et par dager kontrollerte "bruksrettledningen" på samtlige resepter som ble innlevert i apoteket. Vi kom frem til følgende:

En oversikt med prosentvis fordeling av de tre alternativene gjør det hele mer oversiktlig, slik den neste tabellen viser:

Det ligger snublende nær å betegne denne rutinen som slurv. Ingen handler i en slik tidsnød at man har lov å glemme hensynet til pasien-

Tabell 2:

Prosentvis fordeling av bruksrettledningene:

Preparater med fullstendig bruksrettledning:	55,5%
Preparater med ufullstendig bruksrettledning:	7,0%
Preparater uten bruksrettledning:	37,5%

Er så dette er resultat vi skal si oss fornøyd med? Absolutt ikke. Vi innser gjerne at det finnes situasjoner der legen ikke så lett kan angi en fast dose som skal holdes gjennom hele behandlingsperioden, slik som ved en Marevan-behandling. Og det er slike situasjoner man har tenkt på ved formulering av §4 i forskriftene: "Kan en nøyaktig bruksrettledning ikke angis på resepten.... osv." Men paragrafen må også oppfattes slik at dette dreier seg om unntakelser, - regelen er at fullstendig bruksrettledning skal angis. Vår undersøkelse viser imidlertid at mer enn tredjeparten av preparatene var helt uten bruksrettledning. Og tar vi med de preparatene som var utstyrt med ufullstendig bruksrettledning, så kommer vi nesten opp i halvparten! Eller sagt på en annen måte: unntakelsen er langt på veg blitt regelen.

enten. La oss gå med på at mange av disse pasientene kan ha fått en muntlig orientering med på kjøpet, - skjønt undersøkelsen om "Den gamle og hans medisin" viste vel tydelig at det sviktet også på det punktet. Og en muntlig orientering kan selvsaagt ikke erstatte en fullstendig bruksrettledning på pakningen. Dels vil pasienten ikke oppfatte det som sies, - dels vil han glemme mye av det før han kommer heim, - eller han blander sammen informasjon gitt om forskjellige preparater. Dette var noe vi også kunne påvise i undersøkelsen om "Den gamle og hans medisin". I sin ytterste konsekvens kan disse forholdene langt på veg ødelegge hele behandlingsopplegget, eller endog føre til intoksikasjoner. Det var nemlig til dels meget potente legemidler som var forskrevet:

Tabell 1:

Antall innleverte resepter:	215
Antall forskrevne preparater:	301
Gjennomsnittlig antall preparater per resept:	1,4
Antall preparater med fullstendig bruksrettledning:	167
Antall preparater med ufullstendig bruksrettledning:	21
Antall preparater uten bruksrettledning:	113

Hjerte/kar midler:	78 preparater
Antibakterielle midler:	42 preparater
Analgetika:	24 preparater
Perorale antidiabetika:	12 preparater
Antikoagulantia:	11 preparater
Hypnotika:	11 preparater

Det er likevel tvilsomt om problemene løses bare ved at det angis en fullstendig bruksrettledning på paknogene slik forskriftene angir. Våre samtaler med pasientene tyder på at det er tildels en viss forvirring om hva preparatene skal brukes for. Særlig blir dette vanskelig for de pasienter som bruker flere preparater samtidig, og ofte er dette eldre mennesker. Mange av disse pasientene ønsket en orientering om bruksområdet - slik at de ikke blandet sammen preparatene. Det finnes leger som angir dette på reseptene, men det er ikke mange. For våre undersøkte 215 resepter så det slik ut:

Antall preparater med angivelse av bruksområdet:	20
Antall preparater uten angivelse av bruksområdet:	281

Bruksområde var altså tatt med for

Analgetika:	11 preparater
Hypnotika:	6 preparater
Hostestillende:	3 preparater

Ikke i et eneste tilfelle var det altså angitt bruksområde for det man i dette materialet kan betegne som de mest potente preparatene. Utgangspunktet for en bedømmelse av disse resultatene bør være §4, punkt 5, i forskriftene. Etter vår mening synes det i dag å være en klar uoverensstemmelse mellom legenes praksis og det siktemålet man har hatt ved formulering av §4. Det kan mellom linjene i §4 oppfattes som et unnatak synes langt på veg å være blitt regelen. Dette er meget beklagelig, fordi det uten

tvil skaper unødige problemer for en rekke pasienter. Særlig gjelder dette eldre pasienter og pasienter som medisineres med flere preparater samtidig.

En veg ut av dette uføret er en anmodning til legene om å gjennomføre en angivelse av fullstendig bruksrettledning på reseptene slik §4 påbyr. I tillegg til dette vil vi anbefale at man i større utstrekning tar med

også bruksområdet for preparatene. Et ønske om dette burde vel også være med i teksten i §4? Hvordan kan det ha seg at det er slike uoverensstemmelser mellom praksis og §4? Ikke vet vi, - men man har vel ikke tatt hensyn til disse problemene under studiet. Det man lærer om reseptutskrivning synes å ligge mer på det tekniske plan - hensynet til pasienten kommer i annen rekke. Vi ønsker inderlig at det må komme en ny innstilling på dette punktet.



# *Distriktslegens arbeidstid*

## - Distriktslegens oppgaver.

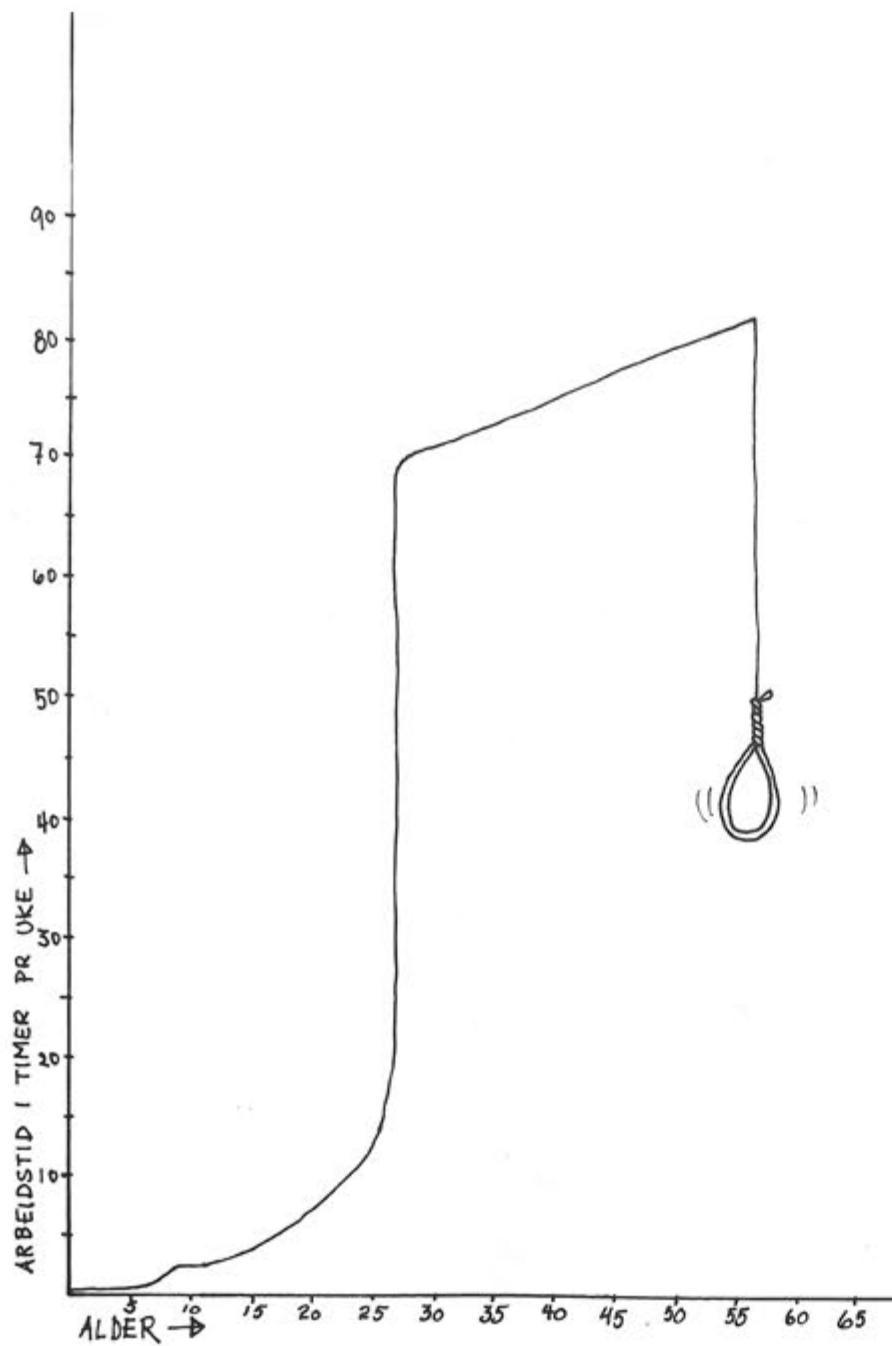
Det har blitt et faktum ut over landet at distriktslegen har mye å gjøre. Man merker det når man snakker med befolkningen, og man merker det i sammenheng med offentlige utvalg. "Distriktslegen har vel ikke tid til å snakke med oss lenger nå?", eller: "Distriktslegen har vel ikke tid til å komme på møtet i formannskapet?"

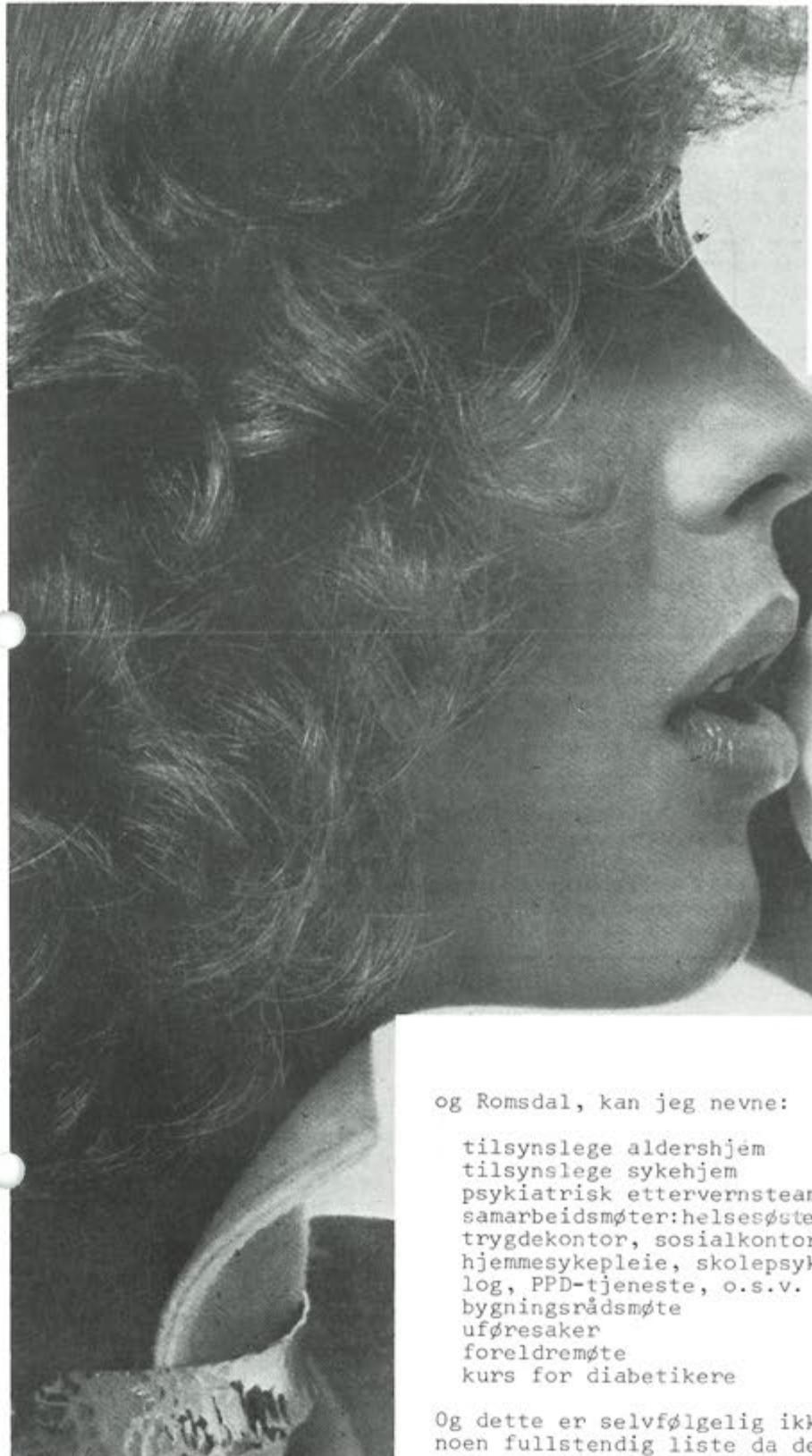
Dette virker jo noe merkelig, men dessverre er det i de fleste tilfeller sant.

Jeg vil i denne artikkelen konsentrere meg om distriktsleger med anledning til privatpraksis. I vår instruks går det klart frem at vår oppgave er å sørge for at det offentlige helsearbeidet blir ivaretatt på en betryggende måte. Hva er så realiteten?

Realiteten er at vi bor blant vanlige mennesker med vanlige behov og at vi er nødt til å samarbeide med dem. Resultatet blir da at vi i størst mulig utstrekning prøver å oppfylle deres ønsker, og det har for det meste gått ut på kurativt helsearbeid.

Ifølge arbeidstidsregisteringen som Statistisk Sentralbyrå gjorde i 1972 viser det seg at distriktsleger brukte gj. sn. 52 timer pr. uke på kurativt helsearbeid (kontorpraksis, sykebesøk), og bare 9 timer på administrativ virksomhet, (helseråd, off. helsearbeid, forebyggende virksomhet). I alt arbeidet distriktslegen 64 timer pr. uke i gjennomsnitt. Hvis man imidlertid tar med den tiden han har tilstedsaktivitet, dette var ikke gjort ved undersøkelsen i 1972, kommer man meget høyere i antall timer pr. uke.

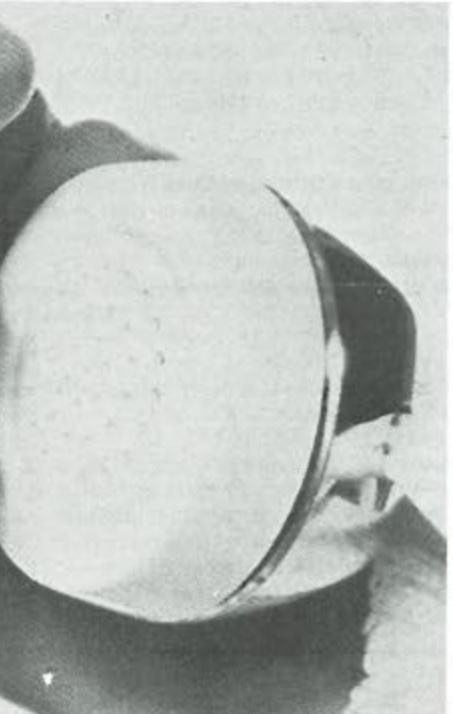




inn med skikkelig organisasjonsplan for det enkelte distrikt. Det nyter ikke at vi ser fylkeslegen bare en gang i året, og da sammen med alle andre etater som helsestøstre og hjemmesykepleiere.

Nå har jeg vært distriktslege i snart 7 år og jeg har ikke sett en eneste fylkeslege her ute i kommunen enda.

Man kan virkelig ta livet av et menneske ved å pålegge det for mye arbeid. Og det er det



og Romsdal, kan jeg nevne:

tilsynslege aldershjem  
tilsynslege sykehjem  
psykiatrisk ettervernsteam  
samarbeidsmøter: helsestøster,  
trygdekontor, sosialkontor,  
hjemmesykepleie, skolepsykolog,  
PPD-tjeneste, o.s.v.  
bygningsrådsmøte  
uføresaker  
foreldremøte  
kurs for diabetikere

Og dette er selvfølgelig ikke noen fullstendig liste da det kun er registrert en helt tilfeldig uke.

#### - Vikar i nabodistrikt.

Hvis Norge skal kunne opprettholde sin distriktslegetjeneste, må man først og fremst satse på å skåne distriktsleger som allerede har for mye å gjøre fra å måtte vikarie i vakante nabodistrikter. Her må fylkeslegetaten komme

som har vært gjort med distriktslegene. Jeg kjenner kolleger som i perioder av sin praksis har sett det som vanlig å ha 2 eller 3 distrikt. Dette gikk tidligere, men distriktslegesystemet kommer til å spille fallitt dersom man ikke fjerner denne uting. Men, kan man si, dette har jo virket så lenge? Ja, men man kan ikke forlange at enkelte grupper kan bli pålagt å arbeide over 100 timer i uken når andre ikke får lov til å arbeide mer enn 38 timer. Det paradoksale er at statsadministrasjonen overvåker at dette for all del blir overholdt.

Hvordan skal man løse problemet? Ha alltid 2 distriktsleger i hvert legedistrikt. Sørg for å ha sentrale helse-sosialsentra med 1-2 stillinger som har plikt til å hjelpe nabodistriktslegene. På fylkeslegens kontor bør man også ha 1-2 distriktslestellinger som kunne settes

Jeg har nevnt kontorpraksis, sykebesøk, hvilende vakt, men hva innebærer det andre arbeidet han utfører. Han er jo ofte den eneste med medisinsk utdannelse i kommunen, og har som sådan "Die gesamte Heilkunde" å ta seg av. Fra vår nylig avsluttede arbeidsregistrering i Møre

inn ved vakanser og ferier. Dette koster minimalt sammenlignet med f.eks. sosialetatens styrking av bemanningen. Man kan heller ikke påstå at man ikke har leger nok. (Danmark regner med å ha 2000 leger i overskudd i 1980).

Turnuskandidater har vært greie å ty til når vanskelighetene har tåret seg opp. Disse kan imidlertid ikke, eller bør ikke kunne gå inn i vakante stillinger. En annen ting, som har vært behandlet før i Utposten, er at det kan bli en ekstrabelastning og ikke en avlastning å ha turnuskandidat.

Generasjonsforskjellen blant distriktsleger.

Hvis man ser på kurve 3 er det meget iøynefallende at distriktsleger mellom 60 og 70 år arbeider gjennomsnittlig over 60 timer i uken. Tabellen er tatt fra Statistisk Sentralbyrås timetell - ing i 1972. Det ser heller ikke ut til at de yngre distriktsleger er særlig villige til å påta seg noe merarbeid. Sannheten er vel kanskje at distriktsleger rundt 30 år ikke klarer mer enn 65 timers arbeidsuke

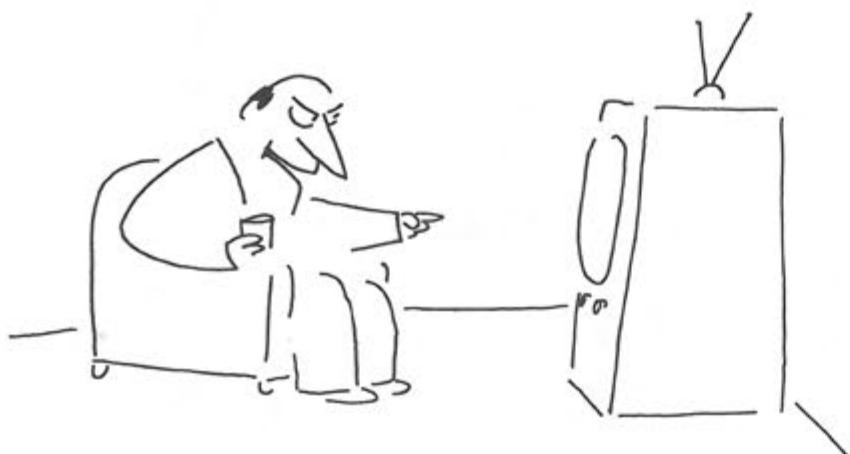
Det samme forhold bekreftes av høstens arbeidstidsundersøkelse i Møre og Romsdal. Distriktslegene i utkantdistrikterne var før i tiden vant med adskillig hardere arbeidsbelastning enn de har i dag. Disse synes derfor ikke det er særlig besværlig med 62 timer arbeidstid i uken. Forskjellen er imidlertid at de andre grupper av befolkningen arbeidet nesten like

mange timer som distriktslegen i 1920-30årene. I vår tid har imidlertid arbeidstakerorganisasjoner og statens overvåking sørget for at en arbeider har bare 38-40 timers uke. Man kan da ikke forlange at de unge leger skal strømme ut til distriktslegestillinger som gir dem 80-100 timers aktiv arbeidsuke og kontinuerlig vakt. Det økonomiske utbyttet er for mange vedkommende i tillegg dårligere enn for en ulært fagarbeider med samme arbeidstid. Men la oss ikke snakke lønn, la oss snakke fritid, for det er den som er kostbar for distriktsleggen.

Hvis man legger merke til dagens situasjon, ser man den store skifting i distriktslegestillingene. De unge som er sporty nok til å ta utkantdistrikter med kontinuerlig vakt og ingen utsikt til ferie blir snart knekket og slutter.

De gamle distriktsleger kunne klare dette presset i 4-5-10 år. I dag slutter de unge etter 1-2 år. De orker ikke offre familien for arbeidets skyld. Jeg tror også vi skal være oppmerksomme på at det sitter endel bitre familie-medlemmer fra tidligere distriktslegefamilier rundt omkring i dette land og lurer på hva de fikk igjen for alt det de forsaket.

Også i dag treffer man på typen. Det er den snille distriktsleggen som aldri sier nei, og som blir utnyttet av alle andre. Ikke minst av fylkesleger og nabodistriktsleger.



"Good point!"

### 3 måneders B<sub>12</sub> vedlikeholds-terapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettet normalt B<sub>12</sub>.

For vedlikehold er det tilstrekkelig med 1 ml hver 3. måned.

Ventrikelresecente gis 1 ml 2-3 ganger i året.

# Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B<sub>12</sub> terapi  
**DUMEX**

Når et distrikt blir ledig, vet fylkeslegen at distriktslege NN sier ikke nei hvis han spør om NN vil vikariere. Videre vet distriktslege XX at han kan godt ta 2 måneder ferie eller kurs eller kanskje 1 års permisjon for NN er så snill, han vikarierer.

#### - Distriktslegens familie.

Dette vil bli det springende punkt i fremtidens distriktslegeopplegg. En løsning kunne være å kopiere Den Katolske Kirkes krav til prester: dere får ikke inngå ekteskap og stifte familie. Da tror jeg ikke vi hadde fått distriktsleger.

Ved arbeidstidsundersøkelsen i Møre og Romsdal ble det spurt om ektefellen ville komme med kommentarer til distriktslegens arbeidssituasjon. Det var forbausende mange distriktslegekoner som svarte, og nesten alle var enige om at arbeidspresset på mannen var for stort. Dessuten vil de ikke lenger være telefonvakt. De vil ha sitt eget yrke, og de vil ha fritid sammen med sin mann. Noen av våre leserer med ekstra røde strømper reagerer

vel kanskje på at jeg skriver distriktslegekone og deres menn. Faktum var imidlertid at samtlige distriktslegefamilier i undersøkelsen hadde denne konstellasjonen. Og disse kravene fra ektefellene må vi nå begynne å ta alvorlig. Vi må som distriktsleger sørge for en arbeidstid som ikke gjør at hele familien blir ødelagt. Mange sa rent ut at dette holder vi ikke ut, vi vil flytte. På den annen side kom det til uttrykk at de fleste likte seg på stedet, de likte lokalbefolkningen og kom i god kontakt med den, og de likte naturen.

#### - Konklusjon.

Landets distriktslegevesen må legges opp på en annen måte. Man må ikke ha enleger-distrakter med kontinuerlig vakt. Man må ikke kunne legge på distriktslegene (de snille) ubegrenset med nabodistrikt. Man må ikke ta livet av familiene ved at distriktslegen aldri har fritid. Fylkeslegene har vært for svake i disse spørsmål. Legeforeningen har vel ikke sett problemet enda, og Offentlige Legers Landsforening (OLL)

har ofret problemet altfor liten oppmerksomhet.

Men nå har sistnevnte forening gjennomført en pilotstudie for å kartlegge distriktslegens arbeidstid og arbeidssituasjon. Den er gjennomført i Møre og Romsdal, og bare en, jeg gjentar en, av de man kunne få svar fra svarte ikke. Altså en usædvanlig oppslutning.

Jeg håper at OLL vil fortsette denne kartlegging, og håper at når landets distriktsleger får tilsendt OLL's arbeidstidsregistreringsskjema så vil samtlige svare.

En av erfaringene fra Møre og Romsdal var at distriktslegene satte stor pris på å se hva slags arbeide de gjorde, og mange ble ganske overrasket både over fordelingen av arbeidet og selvfølgelig mengden.

Hvis vi vil gjøre noe med vår arbeidssituasjon, og ta vare på ektefelle, barn og vår egen helse, skulle innsatsen med å fylle ut et arbeidstidsregistreringsskjema ikke være for mye.

Per Wium

## Distriktsnissens ...

Forts. fra side 2.

på hvert nes rundt hele Norges land. Det er de som har løsningen på den personlig forpliktende helse-service. Det er de som har drevet den i alle år under meget vanskelige forhold. Det er distriktslegene som kan hjelpe menneskene i deres egne hjem. Hvis menneskene i Norge vil ha en stor pakke til jul, nemlig familielege, kan distriktsnissen ordne det. Betingelsene er nevnt. Man tar effektivt livet av ham ved ikke å hjelpe ham frem. Et helsevesen bestående av bare sykehus og spesialister vil aldri kunne yde service på menneskenes hjemsted, i menneskenes hjem.

Redaksjonell distriktsnisse.





## Akutt og profylaktisk behandling av migrene

### Dose:

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

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

### Pakninger:

Tabletter á 5 mg	Stikkpiller á 25 mg
25 stk.	5 stk.
100 stk.	50 stk.
250 stk.	

**BIVIRKNINGER:** VED LAV DOSEERING er bivirkningsene oftest lette og forbigående. Dåsighet, som regel av kort varighet, spenning i munnen, mild ødelsepsjon, blodtrykksfall og kvalme har vært rapportert. Lette hodehreaksjoner, akteros og lekkoppenes vært sjeldent, men har vært rapportert.

VED BETYDELIG DOSE/ØRHØYDEELSE eller i løpet av de første dager av behandlingen, kan akutt dystonier oppføre. Dosen har senkes og eventuelt øktes igjen inngått langsomt. Antiparkinson-midler i noen dager vil kunne hindre resulativ.

Parkinson-lignende bivirkninger og akathisia kan utvikles i løpet av de første måneder behandling. Symptoma kan lett reduseres ved å redusere dosen, og gjerne tillegge en anti-parkinsonmidler, helst ikke ut over 2 - 3 måneder. Etter månederes effekt av behandlingen kan tardive dyskinesier oppføre. De kan også delvist eller forverres etter stoppning av medikam-

menter som fenspiracetam, Amitriptyline, og kverneløkullatenin innkommer oftest. De tardive dyskinesier kan være av mer eller mindre inverversible art, og de påvirkes ikke, men kan forverres av antiparkinsonmidler.

Om tardive dyskinesier oppfører, bør man over-

ve seg gradvis stoppning av det aktuelle neuroleptika.

Brd stoppning kan føre til debutering

eller forverring av symptomene.

**KONTRAINDIKASJONER:** Levatoridetær.

**FORSIKTIGHETSREGLER:** Forsiktighet ved instakkelse av høy spennelse og folk som betjener maskiner. Kombinasjon med alkohol bør unngås. Ved parkinsonsykdom kan Stemetil redusere nedsittende bivirkningene.

Ved langvarig behandling kan tålenkleheten mot vekselbeltholdsforsker ikke være holdende, og det er nødvendig.

Man bør være overbevist om at tidlige

symptomer på tardive dyskinesier, som stereotypi-

fering, smattning etc., spesielt hos kvinner over 50 år, ikke bare er en langvarig bruk av antiparkinsonmidler som årsak til bivirkningene. For tardive dyskinesier, og få patienter har behov for stike midler visse en 2 - 3 måneder periode.

Antiparkinsonmidler bør ikke brukes rutinemessig og profylaktisk, men kun når det forutgår be-

handlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger.

Stemetil kan fremsætte kramp, derfor bør man unngå å gi Stemetil til patienter med

med formidlene delavester i høyere dosis gjennom

lengre tid, kan risiko for conves og lævnerforduk-

king foreligge, og patienter bør kontrolleres rutine-

messig.

**Interaksjoner:** Som alle andre fenetiazin derivatene

kan Stemetil gi interaksjoner med antidepressiva,

antiparkinson midller, analgetika, sedativa, beta-

**Stemetil®**  
proklorperazin



rhône-poulenc  
pharma rhodia

MEDISINSK  
INFORMASJONSKONTOR

SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK