UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 4 | MAI/JUNI 1978 | ÅRGANG 7

WONCA 8TH WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

"The Doctor, his Patient and the Illness"

Montreux, Switzerland
May 14 to 20, 1978

AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS: ER NORGE FOR LANGT? Side 2.
MARTIN HOLTE: VERDENSKONGRESS I FAMILIEMEDISIN. Side 3.
AAGE BJERTNÆS: THE ANNUALE CHECK-UP. Side 4.
MARTIN HOLTE: FAMILIELEGEN ANNO 1978. Side 5.
AAGE BJERTNÆS OG MARTIN HOLTE: ASSESING THE DOCTOR. Side 6.
AAGE BJERTNÆS: BETTER PRESCRIBING. Side 8.
AAGE BJERTNÆS: BOKANMELDELSE (FARMAKOTERAPI). Side 13.
VIDAR MORTENSEN: FASTLØNNSSTILLINGENE I NORD-NORGE. Side 14.
TORBJØRN PIHL: ALMENPRAKSIS OBLIGATORISK SIDEUTDANNELSE FOR SPESIALISTER4 Side 15.
BJØRN MAGNE EGGEN: EN KOMMENTAR. Side 16.
ANDERS LUNDE: KONTINUERLIG VAKTPLIKT I DISTRIKT. Side 16.
EGIL WILLUMSEN: HVEM SKAL GJØRE HVA? Side 17.
CHRISTIAN ERLANDSEN: INTERPELLASJON TIL REGJERINGEN. Side 18.
PER WIUM OG HARALD SIEM: PASIENTAVTALEBOK. Side 18.

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Kari Grønning

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse

Abonnement:
Kr. 75,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Er Norge for langt? Beordring av leger til Nord-Norge

Primærlege situasjonen i vår nordligste landsdel er prekær, systemet er iferd med å bryte sammen ifølge dagspressen.
Fra å ha nærmest full distriktslege-dekkning i 1974, står man nå i den fortvilte situasjon at man har hele 39 ledige stillinger.

For befolkningen er dette uakseptabelt, nærhet, trygghet og kontinuitet eksisterer ikke lenger. Løfter og håp om morgendagens primærlegetjeneste feies på sjøen.
Sannheten er at man nå i flere år har hatt en faneflukt av leger til sydlige egner. Hvordan kan dette skje når våre myndigheter med helsedirektøren i spissen alvorlig forkynner at man har gjort alt for å legge forholdene til rette for legene.

Det er så-men ikke bare distriktsleger som er mangelvare for tiden. De mindre og mellom store sykehusene mangler også kvalifiserte fagfolk som leger, sykepleiere og fysioterapeuter.
I dagens aviser søker en også etter et par hundrede lærere til skolene i Finnmark, lærermangelen blir stadig større til-tross for at myndighetene også her har lagt forholdene vel til rette, med "Nord-Norges tillegg" i lønnen, ekstra ferieuker og ansinnitet.
At sommeren uteble de siste 4 årene merkes i denne landsdelen. Nettoutflyttingen har også i år økt leser vi i en annen dagsavis. Det er kanskje ikke å undres over at folk sier opp jobben og flytter til egner med mer vennlig klima og samfunnsgoder i nærmiljøet. Den norske distriktslege representerer sikkert intet unntak.

Livet i Nord-Norge er barskt. Befolkningen har få goder å nyte i hverdagen. Etter at farge-TV kom inn i stua får en dette ennå klarere demostrert, at det er enorm forskjell på nord og syd. I tillegg har tidligere privilerier til natur og friluftsliv langsomt blitt redusert av det offentlige med restriksjoner og tallrike lover.

Skatter og avgifter er derimot de samme og levekostnadene er høgere jo lenger nord en kommer.
I en rekke land som har bosetting i arktiske strøk har en i mange år tatt hensyn til slike ting ved å gi folk goder i form av bedre betaling og muligheter til billigere rekreasjon i sydlige strøk.

Ville det ikke være verd et forsøk å gå vegen om stimulering, la folk som bor der få lettelser i skatten. La de få ekstra pensjonspoeng. Det ville sikkert ikke skade om en spanderte noen årlige reiser til sydligere strøk i vårt land. Dette måtte selvsagt komme alle tilgode. For distriktslegene burde det i tillegg være et minimumskrav om at retten til avspasering for overtidsarbeid (utover 38 timer) ble håndhevet på en betryggende måte og ikke som nå med 1:10 regelen.

Til Svalbard har man som kjent aldri hatt vansker med å skaffe fagfolk, leger ikke minst.
Beordring av leger, lærere eller andre hører ikke hjemme i vår tid, det er på tide at vår regjering og helsedirektør finner en bedre løsning.

Aage Bjertnæs

W.O.N.C.A. Montreux 14. — 20. mai 1978
Verdenskongress i familiemedisin

55 kongress-sugne nordmenn med APLF's utmerkede sekretær Borghild Arnesen i spissen, stevnet nedover kontinentet, hovedsakelig med fly - enkelte foretrakk en mer jordnær kontakt og kjørte "mil etter mil..."

Montreux - en malerisk by ved bredden av Lac Leman (Genversjøen) - utsikt til sveitsiske og franske fjelltopper (kunne minne litt om norske fjell i en sentimental stund over et glass vin). Og i åsene bak oss var det velpleide vinmarker i alle retninger. En eksotisk blomsterflora fikk fart i vårfølelsene til en vinterkald Ola-nordmann etter en spasertur på promenaden langs sjøkanten.

Vel fremme i Montreux ble vi mottatt med en gedigen sveitsisk buffet, hvor ca 2000 maver fra alle verdenshjørner lot seg begjærlig fylle med kulinaria fra kokt skinke til jordbærkake og dertil hørende rikelig lett sveitsisk vin (ikke å få på polet pga. manglende eksport).
Vi fikk også servert sveitsisk folklore etter tradisjonelt mønster, men overaskelsen var stor da en diger okse på sikkert over 1.000 kg. ble geleidet inn i hotellets salong. Den virket senevant og lot seg ikke affisere av tilrop fra en amerikansk frue "What is the bull doing here? Look at the test...."
Dette overgikk til og med amerikanske mål!

Mandag til fredag var det forelesning formiddag og ettermiddag. Hovedtemaet var " the doctor, his patient and the illness".

Det var mange interessante forelesnings-serier men vi måtte foreta et utvalg etter egen evne for å lage referat. Rent administrativt var det dessverre svikt på forskjellige plan fra ledelsen. Det endelige programmet ble først utdelt ved ankomst og på mange foredrag var det ikke angitt tittel. Det var bred enighet om at de største manglene var at det var umulig å få tak i referat fra forelesningene. Erfaringer fra lignende kongresser har vært en helt annen referatservice. Der kunne man hente et hvilket som helst forelesningsreferat på tre forskjellige språk. Det er en mulighet at svikten kan skyldes bl.a. at det ikke var noen sveitsiske leger med i organiseringen. Det var bare 3 sveitsiske leger som deltok ved kongressen. Det kan kanskje taes som uttrykk for at en almenpraktiserendelege i Sveits ikke står så sterkt blandt sine kollegaer og sveitserne har bare 2 måneder før kongressen dannet sin almenpraktikerforening.

Ledsagerprogrammet var variert men turoppleggene var preget av profesjonell kommersialisert turisme. Det var dagsturer til Alpene, byene omkring Montreux og ostelandsbyen Gryére. I Gryére stod guiden utenfor, så ved hjelp av selvstudier måtte man sette seg inn i osteproduksjonen. Dette foregikk ved hjelp av lysbilder, lydbånd på forskjellige språk og informasjonsfoldere. Etterpå var det å stille seg i kø for å kjøpe ost (til ostefonduen)
Vi ble etterhvert mange kongresserfaringer rikere bl.a. at man ikke skal binde seg til et for stramt ledsagerprogram. Det er godt å ha tid til egen disposisjon.

Alle som ble hjemme i gamlelandet fordi 17.mai lå midt i kongressuken hadde egentlig ingen grunn til det, for vi feiret 17.mai som aldri før. Samlet i buss med svensker og dansker reiste vi til et gammelt og nedstøvet sjarmerende slott med et fantastisk parkanlegg. Her gikk vi i tog med mange norske flagg, musikkorpset ble erstattet med livlig allsang. Vi lekte oss med potetløp og andre kulturelle leker til glede for store og små. Etterpå ble det servert svinekjøtt fra grill og herlig vin. Bevingede ord ble løftet ut av klare struper fra mange taleglade og syngende mennesker. Av dem må fremheves et taletalent av de sjeldne, vår kjære svenske kollega Göran Sjönell. Det ble en trivelig stemning og vi danset til et utmerket musikkanlegg.

Så var det avslutningen "farwell gallabanquet" antiklimaks for alle oss som trosset alle advarsler om å gå. Dyrt - meget dyrt - god dansemusikk men ingen stemning. Etter at vi

Hjemreisen foregikk ukomplisert.

Hvis vi samler alle inntrykk også de faglige som vi bringer egne bruddstykker av så blir konklusjonen positiv, meget positiv for man får mange impulser og inspirerede opplevelser med seg.

Noen avsluttende bemerkninger om hvordan vi i Norge bør arbeide med internasjonale kontakter. Det naturlige er å satse sterkt på et internordisk- samarbeide, og jeg vil allerede henlede oppmerksomheten på den hadde inntatt god mat og kelnerne begynte å rydde oss ut, satt alle med inntrykket at vi hadde deltatt på den dyreste fellesbespisningen i vår historie.

første Nordiske kongress i almenmedisin i København sommeren 1979. Der bør så mange som mulig delta. Hvis vi så forlater den nordiske sammenslutning er

★★

1' NORDISKE KONGRES I ALMEN MEDICIN

KØBENHAVN, 6'-9' JUNI 1979

arrangeret af
DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN
i samarbejde med en nordisk kongreskomité og
Copenhagen Congress Center, Bella Center A/S.

★★

den neste naturlige grensen Europa. Vi må engasjere oss sterkere på det europeiske plan. For interesserte, og det må bli mange, vil jeg henlede oppmerksomheten på den årlige kongress i almenmedisin som arrangeres av den europeiske foreningen for almenmedisin S.I.M.G. (Sosietas Internationalis Medicinae Generalis). I år legges den til Klagenfurt i Østerike 25. - 30. sept. Som siste ledd i en naturlig sammenheng bør samarbeide på verdensplan komme. I Norge har vi igrunnen hoppet bukk over det europeiske fra det nordiske direkte til det verdensomspennende samarbeid. Neste W.O.N.C.A. - kongress finner sted om 2 år og blir lagt til New Orleans i USA - noen kaller byen "jazzens vugge".

Martin Holte

The annuale check-up: Is it of any value to the patient?

I dette panelet deltok: Dr. E. Kuenssberg, England, Dr. Y. Yodfat, Israel, Dr. I. Rice, Canada, Dr. L. R. Martin, USA, Dr. C. Bridges-Webb, Australia, Dr. P. Pedersen, Dannmark.

Panelet forsøkte å belyse nytten av screeningundersøkelser, hvor ofte en skulle gjennomføre disse, hva undersøkelsene skulle omfatte, hvilke pasientgrupper undersøkelsene skulle gjennomføres på, og hvilke konsekvenser dette ville få.

Nasjonale divergenser hva angår sykdomspanorama, sosialreformer, ressurser av tilgjengelig helsepersonell og økonomi er globaltsett så store at det pr. i dag er umulig å komme frem til en internasjonal modell å arbeide etter.

Diskusjonstemaet representerer for de fleste industrialiserte land et vanskelig og i lang tid debatert tema. Interessen for screeningundersøkelser synes de fleste steder å øke proposjonalt med levestandaren. Det ble påpekt at dersom en skal drive screening på uselekterte grupper i samfunnet vil det bety at en setter i gang et meget kostbart og ressurskrevende arbeid.

I Canada, hvor en slik chech-up koster 45 kanadiske dollar (kliniske undersøkelser, rtg. thorax, EKG og vanlige lab. prøver) ville en legge beslag på hele 5% av det totale helsebudsjett og hele 25% av legehonorarene dersom en skulle gjennomføre en screening av alle kanadiere hvert 5. år. Dette er et betydelig beløp og tilfelle det skal utnyttes på beste måte må det innbære at en måtte ta stilling til en rekke spørsmål som:

1. Hvilke kliniske og laboratoriemessige undersøkelser skal en rutineundersøkelse inneholde?

2. Hvem skal utføre undersøkelsen; lege, sykepleier eller annet helsepersonell?

3. Hvilke etiske problemer støter en på ved screeningundersøkelser?

4. Hvor ofte bør slike undersøkelser utføres?

Et entydig svar fra kanadisk side hadde man foreløpig ikke kommet frem til.

Også i USA har man forsøkt å komme frem til hvilke tidpunkt befolkningen bør underkastes slike undersøkelser. En større undersøkelse hvor man tok for seg personalet i hundre bedrifter, kunne man ved første årskontroll stille en diagnose ved 25,4% av de ansatte. Ved årlig oppfølging av de neste 5 år kunne man sammenlagt kun stille en diagnose hos 7% av de undersøkte. Dette gjaldt uselektert

personell. Videre har man i undersøkelser funnet at hos barn ble de fleste alvorlige sykdommer oppdaget i barnets første leveår.

"How d'you mean I'm as fit as a man of thirty—I am thirty!"

Når det gjelder en av den vestlige verdens hovedsykdommer hypertoni, har man funnet at de fleste utvikler sin hypertoni etter 40 års alderen. Det er derfor ønskelig at en screener med dette for øyet, kanskje hvert 5. år i aldersgruppen under 50 år. Fra 60 års alderen er sykeligheten i befolkningen stigende, det er kanskje hensiktsmessig å screene hvert 2. år fra denne alderen, og fra 75 år hvert år. Den australske representanten i panelet var mere tilbakeholden og mente at årlig helseundersøkelse krevde for store ressurser og at man i virkeligheten fant svært lite sykdom. Det ble påpekt at man i mange tilfeller skaper problemer for pasienten, og kanskje skaper hypokondere.....

Mange pasienter tar bagateller svært alvorlige, og endelig må vi ikke glemme at en hel del av våre pasienter går til årlig sjekk for å bli av med sin angst. Man må derfor stille seg det spørsmål om en har mere egnede måter å behandle dette på. Videre vil en årlig chech-up for enkelte gi falsk tryggheтsfølelse, og derfor får man en større avstand til det medisinske hjelpeapparat, kanskje er de likevel syke. Den årlige undersøkelse har lett for å bli for omfattende, for mange undersøkelser og for mange prøver. Det ble understreket at det bør utarbeides nasjonalt begrensede screeningsprogrammer som gjør det lettere å arbeide og som tar hensyn til pasinetens miljø, sosialstatus, alder, sykdomspanorama i denne alderen og risikofaktorer.

"There's a definite improvement—that tired old Bossa Nova rhythm is gone and you're into Reggae!"

Vår danske kollega pekte på at man støtter på en rekke vanskeligheter når det gjelder passende tidspunkt for å utføre undersøkelsen, dette avhenger i høy grad av sykdommenes forskjellige utvikling. Noen sykdommer forløper så raskt at sjansen for å oppdage sykdommen på et tidspunkt hvor terapi har betydning, er liten. Andre sykdommer har et så langsomt forløp at det synes som om årlige undersøkelser er overflødige; for enkelte sykdommers vedkommende kan det være nok å screene bare en gang i løpet av livet. Regelmessige screeningundersøkelser i befolkningen stiller også krav om at profylaktiske tiltak bør gjennomføres paralellt med disse dersom de skal få betydning for befolkningens helse. Den vestlige verdens folkesykdommer er ofte relatert til levevaner så som kosthold, tobakk, alkehol, drugs og manglende mosjon. Uten at man endrer dette er screening og påvisning av slike sykdommer av mindre verdi.

Forutsetningen for at systematisk screening-prosjekter bør igangsettes er at grunnleggende costbenefit og cost-effektiveness-bevis blir ført i marken. Våre helseøkonomer vil i tiden fremover måtte ta standpunkt til disse spørsmål.

Aage Bjertnæs

FAMILIELEGEN ANNO 1978

I panelet deltok: Dr. E. Kowalewski (USA), Dr. A. M. Reinolds (Frankrike), Dr. H. S. Wong (Singapore), Dr. J. Gartner (Øst-Tyskland), Dr. F. Riphagen (Holland).

DAGENS SITUASJON BLE FORSØKT ANALYSERT OG ALLE FORELESERE VAR OPPTATT AV EN FELLES TANKE: PRIMÆRLEGEN DEN ALMENPRAKTISERENDE LEGE ELLER FAMILIELEGEN BØR DANNE DEN NATURLIGE BASISOPPBYGGNINGEN AV VÅRT HELSEVESEN. HAN BØR VÆRE FAMILIENS NATURLIGE KONTAKTMANN VED BEHOV FOR HELSETJENESTE.

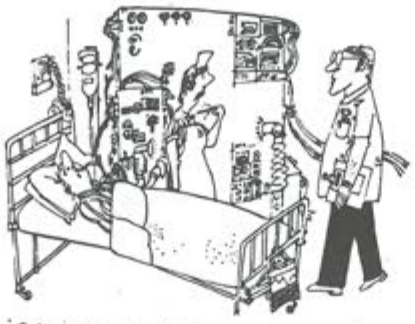
Familielegen ble av alle definert som familiens naturlige kontaktpunkt med behov for helsetjeneste. Dette innebærer et stort ansvar som krever brede kunnskaper som går utover den rent faktiske medisinske-viten. Han må hele tiden vite at han står i et forhold til et menneske og ikke et medisinsk tilfelle. Sett ut i fra dette var det en bred enighet om at familielegens stilling må styrkes, og man var på dette feltet kommet til forskjellige faser i utviklingen i de forskjellige land. Forslag til å føre utviklingen i riktig spor var bredere plass til almenmedisin i medisinstudiet Videre må man legge større

HUSK SOLSTRANDKURSET 15.–21. OKTOBER. Kontakt APLF's sekretariat for program

vekt på videre- og etter-utdannelsen, organisert gjennom egne utdannelses sentre. Gjennom en sterkere faglig basis vil familie-legen styrkes i sin posisjon også overfor andre spesial-iteter, bli naturlig opp-fattet som spesialist på sitt område. Det er bare han som vet hva familiemedisin er og hvordan den bør prak-tiseres. Vi kommer da naturlig inn på begreper som kontinuitet, nærhet og trygg-het som er forutsetningene for å drive god familiemed-isin. Hvordan skal vi kom-me i et slikt forhold til våre pasienter? Jo, gjen-nom et definert ansvarsom-råde som skal tillegges legen, enten geografisk el-ler tilmeldte pasienter (listepasienter). Et sys-tem med tilmeldte pasien-ter bør vi også få i Norge. I land med variert befolk-ningssammenstning (med for-skjellige raser og språk) vil kommunikasjonen mellom lege og pasient by på store problemer. Dette ble spe-sielt fremhevet av repres-entanten fra Singapore hvor de har hatt store problemer når studentene har kommet ut fra universitetet uten nød-vendige språk-kunnskaper i de områder han skulle prak-tisere.

Rent utdannelsesmessig skil-ler mange øst-europeiske-land seg ut. Primærhelse-tjenesten utøves av barne-leger og indremedisinere. Bare i Øst-Tyskland, Jugo-slavia, Polen og Ungaren eksisterer det spesialister i almenmedisin. Det ble understreket viktigheten av å arbeide for en styrket primærhelsetjeneste, gjennom undervisning både pre- og post graduate.
Nå er midlene noe forskjel-lige og utviklingsfasene også noe forskjellig fra land til land. Det er klart at vi må passe oss for en utvikling som går på fremmedgjøring av pasienten i forholdet til det behandlings-system-et han lever i. Dette har vi jo opplevd i skremmende grad i sykehus-utviklingen med økende spesialiteter og subspesialiteter.

I Tyskland har de begynt å snakke om "sjeleløse" sykehus som virker angst-provoserende på pasientene.



„Na, Schwester, wie geht's unserer Maschine heute?"

Skal vi se på debatten i Norge må vi stikke fingeren i jorden og definere klart målet for primærhelsetjen-esten. Når vi har det kla-rt for oss får vi så dis-kutere midlene for å oppnå dette. Dvs. at debatten om avlønningssystemet av legene i primærhelsetjen-esten må komme i annen rekke og ikke primært kjøres ut i en enten eller diskusjon om normal-tariff eller fastlønn. Det finnes og-så andre alternativer f.eks. et kombinert system (konfr. danskene).

Martin Holte

Assessing the doctor

I dette panelet deltok: Dr. K. D. Haehn, Vest-Tyskland, Dr. O. Olsen, Danmark, Dr. T. Irvine, England, Dr. T. Stern, USA, Dr. N. Pisicano, USA, Dr. P. Cromme, Holland, Dr. B. Alderson, Australia.

EVALUERING AV LEGENS VIRKSOMHET REISER EN REKKE PRINSIPI-ELLE SPØRSMÅL SOM HAR BETYDNING FOR VÅRT DAGLIGE ARBEID. RESULTATET VIL HA INTERESSE IKKE BARE FOR LEGEN SELV, MEN OGSÅ FOR VÅRE HELSEPOLITIKERE OG HELSEØKONOMER.

Fra panelet fikk man en rekke interessante fore-drag om dette viktige tema og jeg vil her forsøke å gjengi noen muligheter vi i dag har til å belyse dette.

1. Selvevaluering.

Dette innebærer en stadig korreksjon av våre hand-linger gjennom oppnådde behandlings-resultater (positive og negative) hos pasienter som vi har i en kontinuerlig behand-lings-situasjon. En annen mulighet er å kontrollere våre faglige kvalifikasjoner ved å gjennomgå spørsmåls-samlinger hvor man selv har fasiten eller sender inn svarene til instanser som kommer med svar og kommentar til ens faglige prestasjoner. I USA har de almenpraktiserende legene i slike spørsmåls-samlinger gitt uttrykk for at 67% av dem var interes-sert i en kontinuerlig etter-utdannelse på denne måten. En videre utspørring av disse legene avslørte et stort gap mellom ønske av etterutdannelses-tema og det reelle behov hvor det var mangelfulle kunnskaper. Det ser ut til at legene ønsker temaer som berører emner som de interesserer seg for og behersker godt og at man derfor blir flin-kere på de områder hvor man tidligere har vært dyktig, mens man blir dårligere der man tidligere har vært svak.

II. Evaluering via fag-personell som vi dag-lig samarbeider med.

Det er klart at vi har ubrukte ressurser når det gjelder evaluering av vårt arbeide gjennom faggrupper som deltar i pasientbehandling sammen med oss. Vi tenker på vårt interne kontorpersonell og eksterne faggrupper som helsesøstre, hjemmesykepleiere, jordmødre, apotekere og fysioterapeuter etc.
I et helseapparat som honoreres etter stykkpristakster vil en slik evaluering være hemmet av vesentlige faktorer nemlig tid og økonomi. Tillater legemangelen i primærhelsetjenesten at vi tar oss tid til å kutte ut pasientene for å ta oss tid til å se på vår egen arbeidsform?
Tillater dagens normaltariff at vi har råd til å drive kontoret i en tid uten pasient-givende inntekt?
Det ville være ønskelig at vi som leger kunne få denne nødvendige feedback av disse viktige faggrupper, som kan gi oss positive holdningsskapende informasjoner.

III. Evaluering via pasienten.

Hvordan klarer pasienten medvirke til en positiv holdningsskapende prosess i vårt forhold til vår egen arbeidssituasjon og faglige kvalifikasjoner? Ved at vi lærer å lytte til pasienten, ofte vil man da finne at pasienten vet mere enn man tror. Visse pasientkategorier med kroniske lidelser vet mere om sin sykdom enn legen. Dette er faktorer som bør komme sterkere frem i vår basisutdannelse likeledels i vår videre- og etterutdannelse.
Slik utvikling har et positivt moment, men hvis vi ikke lærer oss å lytte, kan vi kanskje oppleve fødselen av flere pasientombudsmenn som sammen med en negativ evaluering kan virke som riset bak speilet (som i USA).

IV. Evaluering via studentundervisning i praksis.

Studentene vil indirekte virke holdningsskapende gjennom sitt tilstedeværende samtidig som de gjennom sin aktive rolle som elev vil påvirke legen til å høyne sitt faglige nivå.

V. Interkollegialevaluering.

Her ble det pekt på at for å få svar på hva vi som leger bedriver i vår praksis må vi søke hjelp fra utenforstående kolleger. Det ble lagt vekt på at denne form for evaluering burde virke formende og positiv stimulerende, slik at den kunne tjene legen i dens arbeid og føre til bedre bahandling av pasienten. Hvordan kunne dette gjennomføres?

A: Ved gruppemøter, hvor flere leger kom sammen og diskuterte arbeidsformer og dertil hørende problemer.

B: Ved at spesialbemyndige leger arbeidet parallelt med legen i dens praksis i f.eks. 3-4 dager og ved selvsyn kunne studere hvordan legen arbeidet.

I løpet av denne tiden kunne "kontrolløren" danne seg en mening om legens teoretiske og praktiske ferdigheter. Legen ville ved avslutningen få resultatet av denne evalueringen og få beskjed om hvilke mangler og kunnskaper som måtte utbedres. Det var ønskelig at kontrollegen hadde sin bakgrunn i almenpraksis og ikke fra klinisk spesialitet.

C: Feil ved stikkprøver av tilfeldige valgte journaler.

Slike studier vil gi svar på hva som var gjort i spesielle situasjoner og ved å sette dette opp mot en mal som sa hva en burde ha gjort i samme situasjon, ville en kunne danne seg et bilde av om legen arbeidet riktig. F.eks. manglende utredninger, overbehandling, underbehandling, overdiagnostikk og unødig screening. En del leger vil nok føle seg noe usikker i en slik situasjon og føle at det var å bli kikket i kortene.

Mange ville nok være redde for at journalene slik de i dag føres blir mangelfullt utfylt med en slik kontrollsituasjon for øyet. Rammen omkring en slik form for evaluering måtte gjøres vid slik at en ikke blir tvunget inn i rigide utredningsprogrammer, men gir plass foe en viss spennvidde der det lar seg gjøre.

Man tok opp spørsmålet om det var generelt ønskelig med en kontroll av vårt arbeide. Til dette ble det svart fra panelet ett entydig ja, men problemet er hvordan denne kontrollen skal utformes for å virke positivt holdningsskapende, og ikke virke som riset bak speilet og derigjennom skremme legen fra å delta.

Den må få legen til å se på sitt eget arbeid med kritiske øyne og virke positivt for å motivere legene til å ta del i kontinuerlig etterutdannelse.

Når vi ser på de fremtidige prognoser om primærlegedekkning i Norge er det å håpe at interessen også vil øke for dette viktige område. Dette fordi flere leger betyr en bedre arbeidssituasjon som gjør at vi får tid til å evaluere det vi daglig steller med. Samtidig vil en bedre utviklet primærhelsetjeneste koste mere enn det den gjør i dag. Mye tyder på at våre økonomiske ressurser er begrenset og at myndighetene i større grad vil se på hvordan innfø[illegible]midler

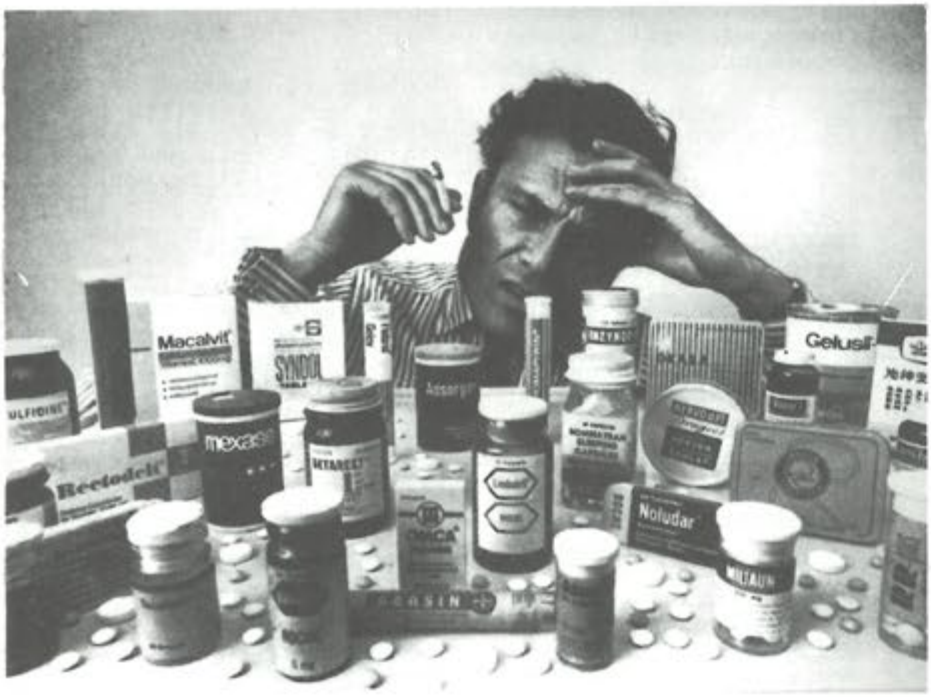
blir brukt, derfor er det ingen utopi å tro at også myndighetene er interessert i en evaluering av vårt arbeide. Den norske primærlege-standen burde derfor arbeide aktivt for å få innført et godt evalueringssystem som kan dekke pasienten, primærlegen og myndighetenes behov.

Aage Bjertnæs
Martin Holte

BETTER PRESCRIBING

I dette panelet deltok: Dr. J. A. R. Lawson, Storbritannia. Dr. V. Fernandez, Singapore, Dr. J. Fry, Storbritania, Dr. W. Stelmach, USA, Dr. M. Heffernan, Australia, Dr. F. Frølund, Danmark.

I ET INTERNASJONALT FORUM HVOR VEL OG MERKE I-LAND DOMINERER, MEN OGSÅ U-LAND VAR REPRESENTANTER, BLE DET FRA FLERE HOLD PÅPEKT AT LEGERS OFTE DÅRLIGE FORSKRIVNINGSVANER HAR KONSEKVENSER FOR VÅRE PASIENTER. DET ER ET FAKTUM AT PASIENTENES OFTE MANGLENDE MEDVIRKNING OG OPPFØLGING AV MEDIKAMENTELL TERAPI ER LITEN SOM FØLGE AV DÅRLIG PASIENT-INFORMASJON.



I årene etter krigen har man opplevd en rivende utvikling hva gjelder fremstilling av farmakologiske virksomme legemidler. De fleste land har i alle år hatt et strengt regelverk for legers forskrivning av medikamenter til pasienter og debatten om forskrivningsuvaner er langt fra ny.
I 1949 endte en konsultasjon hos den engelske gjennomsnittslege oftere med en medikament-forskrivning enn hva den gjør i dag, men det var stort sett harmløse tinkturer, toniks, salver og kremer med få eller ingen farlige bivirkninger pasienten fikk til innvortes og utvortes benyttelse eller til videre opplagring i medisinskapet. Dagens farmaca som gitt på riktig indikasjon og tidspunkt betyr et gode både for lege og pasient, kan slå tilbake og bli en kjemisk-boomerang for begge parter hvis forskrivningsvanene ikke holder mål.

Undersøkelser fra Storbritannia viser, for å understreke dette med noen tall at f.eks. 1/3 av alle kvinner i alder 45 til 49 år i enkelte områder brukte medikamenter med psykotrop effekt. 1/10 av kvinnene brukte antidepressiva, hver 10 innbygger i landet sovnet inn ved hjelp av hypnotica, videre at hvert barn i landet gjennomsnitt fikk en antibiotikakur årlig de første 6 leveårene. Undersøkelser gjort blant leger i Storbritannia viste at gjennomsnittslegen tror at pasientene forventer å få forskrevet et medikament i 80 - 90% av konsultasjonene, mens undersøkelser blant pasienter viser at pasienten kun i 30 - 50% av konsuktasjonene venter å få forskreve medikamenter. Den engelske representanten mente at legen burde stille seg følgende spørsmål før han grep reseptblokken:

1. Nødvendighet, Er det sikkert at pasientens problemer vil bli løst på beste måte ved å forskrive medikamentet?
2. Effektivitet. Virker medikamentet på sykdommen?
3. Sikkerhet. Vil tabletten gjøre mere nytte enn ulempe?
4. Økonomi. Er det en billigere måte å løse pasientens problemer på?

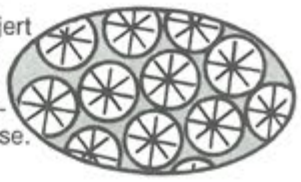
Den danske representanten pekte på våre arbeidsforhold som gjør at vi ikke kan sette likhetstegn mellom rasjonell forskrivning som er det vi lærer i farmakologi på universitetet og realistisk forskrivning som er det vi trenger i praksis. Den realistiske forskrivning hvor pasienten er objekt i behandlingen gjør at en må ta hensyn til en rekke faktorer. Pasienten bør aktivt informeres om verdien, samarbeid og oppfølging av behandlingen. Faktorer som yrke, utdanning, alder og sosialbakgrunn gjør at vi ikke kan operere med en standard pasient. Dersom samspillet mellom lege og pasient ikke er godt nok kan vi heller ikke forvente at medikamentet i alle tilfelle blir tatt riktig og at den derved forventede effekt inntreffer.

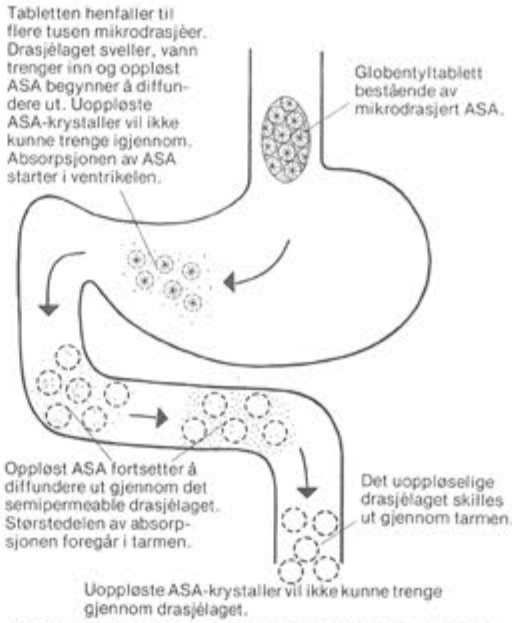
Også i USA har man i lang tid vært klar over at pasienter ofte unnlater å ta medikamentene som var forskrevet. Det ble fremlagt mange, tildels kompliserte psykologiske tankemodeller for å kartlegge årsaks forholdene til dette. Store ressurser vil også i fremtiden bli satt inn for å forsøke å finne frem til

Forts. side 13.

Globentyl "Nyco"
Acetylsalicylsyre på en ny måte

Globentyl tabletter inneholder mikrodrasjert acetylsalicylsyre (ASA). Mikrodrasjeringen består i at ASA-krystaller av en bestemt størrelse innkapsles i en elastisk film av etylcellulose.





Globentyl er et skånsomt ASA-preparat, men virker likevel forholdsvis raskt fordi absorpsjonen starter allerede i ventrikelen. To tabletter Globentyl vil vanligvis gi smertestillende effekt etter ca. ½ time.

Indikasjoner: Feber og smertetilstander. Reumatiske lidelser.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for salicylater. Aktivt ulcus ventriculi.

Bivirkninger: Acetylsalicylsyrepreparater kan gi dyspepsi, slimhinneerosjoner i ventrikelen, eventuelt med blødningstendens og mulighet for hypokromanemi ved langvarig bruk.

Globentyl er mer skånsom overfor gastro-intestinaltractus enn vanlige acetylsalicylsyrepreparater. Øresus og andre symptomer på «salicylisme» ved overdosering. Kan fremkalle allergiske hudforandringer og i sjeldne tilfelle anafylaktisk reaksjon.

Forsiktighetsregler: Spebarn og småbarn har mindre utviklet syre-basebalanse. De bør derfor ikke gis full salicylatdose i mer enn 2 — 3 dager pga. faren for acidose.
Pasienter som står på antikoagulasjonsbehandling må kontrolleres nøye ved samtidig inntak av acetylsalicylsyre.

Dosering: Hver tablett inneholder 0.5 g acetylsalicylsyre. Tablettene kan deles, men bør helst ikke tygges.

Som analgetikum og antipyretikum:
Voksne: 1 — 2 tabletter inntil 4 ganger daglig.
Barn: Vanlig enkeltdose til barn er 10 — 15 mg/kg legemsvekt. Døgndose ca. 65 mg/kg legemsvekt.
3 — 5 år: ½ tablett inntil 3 ganger daglig.
5 — 10 år: ½ — 1 tablett inntil 3 ganger daglig.

Til mindre barn anbefales Mundisal «Nyco» eller Novid «Nyco».

Som antireumatikum:
Antireumatisk dose til voksne vil vanligvis være 3 — 6 g acetylsalicylsyre pr. døgn, administrert som 2 — 3 deldoser.

Pakninger: Glass à 20, 100 og 10 glass à 100 tabletter.

GLOBENTYL®
Mikrodrasjert acetylsalicylsyre.

Nyco
NYEGAARD & CO·AS·OSLO

DIURAL
FUROSEMID

For utførlig informasjon, se Felleskatalogen

A/S APOTHEKERNES LABORATORIUM for Specialpræparater

NYTT OM ENURESISBEHANDLING

Vi har nå flere tilbud til behandlere av sengevæting hos barn og unger og postsender utstyr over hele landet.

* KVIKTRONIK OG TISSOMAT URIN-ALARM
  Nye bærbare modeller — benyttes uten matter i senga, eller på dagtid.
* Utleieopplegg for Dri-Nite Eastleigh.
* Fagartikler om alarmmetoden.

URI-MED A.S
Finn Arctander

1440 DRØBAK TLF. (02) 93 17 29

URI-MED ELEKTROMEDISIN

ELEKTRONISK BLODTRYKKMÅLER

Benyttes uten stetoskop. Lyd og lyssignaler angir automatisk de systoliske og diastoliske verdiene. Gir enklere og mer pålitelig måling.

URI-MED A/S
FINN ARCTANDER

Sorenskriver Ellefsens vei 36
1440 Drøbak
Telefon (02) 93 17 29

Jeg/vi bestiller, med full returrett i 20 dager:
Send nærmere opplysninger om:

___ stk.	Cardy-8 elektronisk bodtrykkmåler	à kr.	550,-	ekskl. m.v.a.
___ stk.	Pentax eletronisk stetoskop	à kr.	490,-	ekskl. m.v.a.
___ stk.	Digimed H-10 elektronisk termometer	à kr.	1490,-	ekskl. m.v.a.
___ stk.	Emset TNS nervestimulator kompl.	à kr.	1590,-	ekskl. m.v.a.
___ stk.	Eastligh enuresis alarm kompl.	à kr.	400,-	ekskl. m.v.a.
___ stk.	Kviktronik bærbar urinalarm kompl.	à kr.	400,-	ekskl. m.v.a.

Navn: .....

Adresse: .....

PAINEX
PARACETAMOL

For utførlig informasjon, se Felleskatalogen

A/S APOTHEKERNES LABORATORIUM for Specialpræparater

Melleril®

tioridazin

ved behandling av pasienter med angst og depresjoner

På grunn av en viss antidepressiv effekt, god angst- og spenningsdempende virkning, ingen avhengighet, sjelden allergiske reaksjoner og få, lite sjenerende bivirkninger, vil **tioridazin** etter min mening i mange tilfelle være «the drug of choice», enten som hoved- eller tilleggsmedikament, ved behandling av depresjoner.»

Eivind Ose:
T. norske Lægeforen. 1973, 93, 1317—1319.

Nærmere om dosering, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler, se Felleskatalogen.

SANDOZ

SANDOZ-informasjon
Boks 237 Økern, Oslo 5
Telefon 15 81 50

årsaksforholdene. Det høres unektelig rart ut når forskere som har undersøkt dette i USA påstår følgende om forskrivning:

1/3 gjør alltid hva legen har sagt.
1/3 gjør av og til det legen har sagt.
1/3 gjør aldri det legen har sagt.

I forskjellige praksis undersøkelser finner man videre at 8 - 92% av pasientene holder seg til legens råd. Dette er amerikanske forhold, men det er vel ikke utenkelig at lignende forhold gjør seg gjeldene i vårt eget land.

Legen fra Singapore som representerte et u-land, fortalte at pasientinformasjon bød på ekstra store problemer. De fleste legene hadde fått utdannelsen enten ved utenlandske eller nasjonale universiteter hvor alt ble forelest på engelsk og at legen derfor ofte fikk store språkproblemer når det gjaldt å bibringe pasienten den nødvendige informasjon. Dette er et alvorlig problem som man forsøker å rette opp i, idet medisinerstudentene i størst mulig utstrekning nå undervises på det lokale språk.

I debatten som fulgte ble resultatene av mange interessante forsknings-prosjekter lagt fram og når man hører at situasjonen i mange land er slik at kun 30-40% av pasientene tror på det forskrevne medikamentes virkning er det vel ikke å undres over at mange farmakoterapeutiske opplegg går i stykker under-veis.

"If you give a man a pill there are only two things he can do with it: he can swallow it or he can throw it away".
Mye tyder på at det ikke er medikamentet som er det viktigste for pasienten, men måten det blir forskrevet på.
Mange steder rundt om i verden er man meget opptatt av problemet vedr. legers forskrivningsvaner. Det ville være svært ønskelig om man også begynte å interessere seg for dette viktige forsknings-tema her hjemme og fikk kastet litt lys inn i mørket.

Aage Bjertnæs

BOKANMELDELSE:

Almenmedisinsk farmakoterapi

Forfatter Flemming Frølund
F.A.D.L.S. Forlag, København,
Odense, Aarhus.

Pris kr. 35,50
Fåes fra Tanums bokhandel, Oslo

Ved første øyekast kan man få inntrykk av at her har man fått inn en lettvekter i farmakoterapi området. Har man overhodet bruk for en egen lærebok i almenmedisinsk-farmakoterapi?
Vi har i de senere år fått en rekke solide, fyldige oppslagsverker når det gjelder bruk av viktige legemidler, sett på denne bakgrunn vil denne boken neppe bringe noe nytt.

Ved nærmere ettersyn og studie, inneholder boken en rekke interessante kapitler som gjør at den i høy grad er berettiget og kan leses med stort utbytte.

Boken henvender seg til den praktiserendelege i et klart og greit språk. Boken bryter på mange måter med den tradisjonelle oppbyggning av en lærebok i farmakoterapi. Kapitler som realistisk farmakoterapi, feil bruk av medisin, legens holdning til terapi, vurdering av virkning, legemiddelinformasjon, samfunnetsinnflytelse på medisinforbruk av naturmedisin er aktuellle tema.
Som hittil i altfor liten grad har vært belyst og verdsatt av noen lærebokforfatter.

Boken har også enkelte svake punkter. Kapitlet om preperat-valg i særdeleshet hvor forfatteren over 20 sider ramser opp medikamenter som brukes ved forskjellige sykdommer er etter min mening så overfladisk og forenklet at det like godt kunne være sløyfet. Kapitlet om lesning av den vitenskapelige artikkel , inneholder en rekke interessante momenter som enhver lege bør kjenne til når han møter legemiddelinformasjonen.

"You need a couple of weeks work to take your mind off your hobby . . ."

Boken anbefales til medisinstudenter og praktiserende kolleger. Den har sitt budskap, den bringer noe nytt men neppe noe revolusjonerende.

Aage Bjertnæs

Fastlønnsstillingene i Nord-Norge, vaktavspasseringsfaktor 1:10 — er dette rimelig?

debatt!

Stortinget har vedtatt å iverksette prøveordning med fast lønn for distriktsleger i Nord-Norge, St.prp. nr 1, Tillegg nr. 4. Ordningen omfatter 25 stillinger i Nordland, Troms og Finnmark. Fastlønnsordningen var imøtesett med stor forventning, ikke minst fra publikum og massemedia, men også fra legehold. Fra alle hold ga man inntrykk av at man trodde at denne ordningen ville være med på å bringe distriktslegetjenesten i Nord-Norge ut av den permanente krise som vi har opplevd de siste år.

Men hva opplever vi så? Skuffende, for ikke å si manglende respons på utlysningen av de nyopprettede stillinger.
Man uttrykker stor forbauselse på sentralt hold, og kan ikke forstå den manglende interesse for disse stillinger i Nord-Norge, fordi man "har god erfaring med opprettelse av fastlønnsordninger i den primære helsetjenesten i Oslo og delvis andre byer".

Hva kan så være galt med den fastlønnsordningen som myndighetene har iverksatt i Nord-Norge??

Først en kort orientering om den opprettede fastlønnsordning for distriktsleger i Nord-Norge.
Ordningen går i korthet ut på 38 timers gjennomsnittlig arbeidsuke, som lønnes etter lønnstrinn 24 - 28, samt et tillegg for den lege som er helserådsordfører og administrerer kontoret. Beredskapsvakt reknes med i arbeidstiden etter forholdstallet 1 : 10. For konsultasjoner/sykebesøk og annet legearbeide på beredskapsvakten, gis et tillegg på kr. 200 - 500,- pr. vakt. Dersom legene pålegges helvakt utover oppsatt vaktliste (min. 3 delt vakt), gis et tillegg på kr. 100,- til de andre satser.
Videre heter det: "hvor særlig forhold tilsier det, kan fylkeslegen pålegge forlengelse av den ordinære arbeidstid. Slik forlenget, ordinær arbeidstid, godtgjøres med kr. 90,-/time"
I forhandlingsprotokollen for fastlønnsordningen, er det dessuten presisert at de plikter som er fastsatt for distriktsleger i kombinerte stillinger, også gjelder her.

1. Det første vi må ha klart for oss når vi vurderer avtalen som sådan, er at dette er en ren lønnsavtale, som på ingen måte sikrer legene en regulert arbeidstid. Tvert om, man har funnet det nødvendig å presisere at pliktene som distriktslege i kombinert stilling fortsatt gjelder, dvs. praktisk talt ubegrenset plikt til å yte befolkningen legeservice døgnet rundt. Dette vil ofte i realiteten bety helkontinuerlig legetjenester på publikums egne premisser.

2. Fylkeslegene kan etter kontrakten, pålegge legene ubegrenset forlengelse av den ordinære arbeidstid. For denne legaliserte rovdrift, godtgjøres legene med kr. 90,- pr. time. Uten å kommentere dette nærmere, kan det være nok bare å henvise til at underordnede sykehusleger godtgjøres med kr. 140,- pr. time for poliklinisk virksomhet, dvs. ordinær overtid.

3. Den viktigste innvending, som jeg har mot denne fastlønnskontrakt, er likevel "avspaseringsfaktoren" for beredskapsvakt i forhold 1 : 10. Etter å ha snakket med kolleger i området, såvel distriktsleger som sykehusleger, tror jeg at jeg har grunnlag for å hevde at dette er den viktigste årsak til at fastlønnordningen er blitt så kjølig mottatt av legene. Den PR- kampanje som pågikk i massemedia til fordel for fastlønnsordningen, før forhandlingsresultatet ble kjent, skapte store forventninger i den primære helsetjeneste i Nord-Norge. Fastlønnsordningen skulle bl.a. gjøre distriktshelsetjenesten konkurranse-dyktig med sykehustjeneste.
Det samme inntrykk får en ved å lese forsiden av protokollen fra forhandlingsmøtene om fastlønnsordningen hvor det står: "Partene er enige om å prioritere utbyggingen av distriktshelsetjenesten og har på dette grunnlag blitt enige om følgende avtale for distriktsleger osv".

Vi alle vet jo at de fleste av våre sykehuskolleger som går i beredskapsvakt, har en avspaseringsfaktor på 1 : 4, og jeg tør påstå at den beredskapen vi holder i distriktshelsetjenesten på ingen måte står tilbake for den beredskap som gjennomsnittlig ivaretakes av underordnete leger på de lokale sykehus, hverken kvalitetsmessig eller som stressfaktor.

Jeg finner det direkte irrelevant at man i beredskapsmessig sammenheng sammenlikner

oss med overordnete sykehusleger, som alltid har underordnet personale til å ta seg av de fleste kurante ting.

Distriktslegene på sin side, står såvel for det høyeste, som for ikke å snakke om det laveste medisinske omsorgsnivå i distriktene utenom vanlig kontortid. Befolkningens økende krav om døgnkontinuerlig legeservice, har også ført til at tidligere tiders beredskapsvakt, mer og mer får karakter av ordinær legevaktsformidling, hvor folk bestiller legen, som man bestiller andre samfunnstjenester, og denne tendensen synes bare å forsterke seg etter som tiden går.

Totalt sett vil vi vel neppe komme dårligere ut av det rent økonomisk, med denne avtalen enn hva tilfellet er etter någjeldende system på normaltariffen, og i enkelte distrikt vil man vel sannsynligvis få bedre økonomiske kår på fastlønnsordning, enn hva tilfellet er i dag. På den annen side har staten ved denne fastlønnsordningen, ikke løst noen av de problemene som distriktslegetjenesten i Nord-Norge strider med, og som gjør stillingene så lite attraktive.

Vi har altså ikke fått det tilbud fra staten som vi trodde vi ville få, i et forsøk på å redde distriktshelsetjenesten i Nord-Norge fra det totale sammenbrudd, og som alle tror vi har fått med denne avtalen, og som politikerne sier at de går inn for, nemlig fast lønn for fast regulert arbeidstid.
På samme vilkår som andre yrkesutøvere, må vi kunne kreve avspasering i forhold 1 : 1, på helligdager tilsvarende mere, for aktivt arbeid enten dette skjer i form av legevaktsarbeid, eller ordinær overtid, med muligheter for timegodtgjørelse for de leger som måtte ønske dette i stedet.

Av lang og bitter erfaring kan vi vel gå ut fra som sikkert, at staten ikke er villig til å gjøre tilværelsen så lett for oss. Alternative overgangsløsninger bør da kunne diskuteres,
Dersom staten heller ikke ser seg i stand til å gi oss en 1 : 4 avspasering for beredskapsvakt, bør man kunne drøfte alternativer som f.eks. helkontinuerlig skiftarbeid mellom kl. 08 og 24, med beredskapsvakt mellom kl. 24 og 08 neste dag, dvs. at størstedelen av legevakttjenesten organiseres som ordinær arbeidstid innenfor en ramme av 38t/uke.

En slik løsning fordrer at myndighetene på sin side er villig til å opprette og drive legevaktsentraler rundt om i kommunene, med helkontinuerlig bemanning av hjelpepersonell, dvs. fortrinnsvis sykepleiere. For uansett løsninger, er det i lengden uakseptabelt at legenes familie skal stå for koordineringen og driften av "legevaktsentralene".
Hvis myndighetene mener noe med det som blir sagt om at forholdene skal legges til rette, for at publikum skal få et likeverdig tilbud rundt i landet av primærlegetjeneste, må dette gi seg uttrykk i praksis, bla. på den måten at legene får arbeidsavtaler som markerer at en ikke fortsatt vil forsøke å presse legene til urimelig arbeidsbelastning m.v.

Nå er det for legene en viss mulighet til å påvirke det offentlige til å innse det urimelige i deler av fastlønnsavtalen.
Ønsker vi som leger å bidra til en forbedring av denne??

Vidar Mortensen
Distr.lege i Skånland

Obligatorisk almenpraksis for spesialistgodkjenning — et svar til Bjørn Magne Eggen

Hos en sykehuslege i spesialistutdannelse vekker Eggens innlegg umiddelbart visse motforestillinger. Undertegnede, som endog har almenpraksis i sin utdannelse (ett år utover turnustiden) og anser denne tiden som en meget positiv erfaring, kan i alle fall ikke slutte seg til Eggens forslag. Selvfølgelig blir gjensidig forståelse og samarbeide mellom forskjellige kategorier av leger bedre jo bedre de kjenner hinannens arbeidsfelt. Optimale blir forholdene aldri. Her, som i hele spesialistutdannelsen, er det spørsmål om å fastsette minimumskrav hvis man skal nå frem til godkjennelse før man når livets middagshøyde. Medisinens utvikling og økende differensiering fører naturnødvendig til at disse minimumskrav til spesialistenes kunnskaper og erfaring stadig ekspanderer og at det blir stadig vanskeligere å innpasse alt dette i en rimelig utdannelsestid. Selvfølgelig er det ønskelig at oftalmologen er kjent med forholdene i almenpraksis. Men det er likevel langt viktigere at han behersker sin spesialitet slik at han kan utføre de funksjoner almenpraktikerne, og pasientene, venter av ham. Almenpraksis var tidligere nødvendig for å få spesialistgodkjennelse og er det for så vidt fremdeles i og med turnustjenesten i distrikt. Skal kravet til almenpraksis økes, må det prioriteres mot meget annet som også presser seg på.

Som det fremgår, mener jeg at Eggens forslag uten videre faller ved en rent faglig vurdering. Men det kan også være verdt å nevne at alle de vanskeligheter man har hatt med å skaffe sykehustjeneste til almenpraktikere, ville bli for småting å regne hvis alle landets sykehusleger skulle ut i almenpraksis (i alle fall så lenge man ikke har et vesentlig antall offentlige almenpraktikerstillinger).

Til sist et lite hjertesukk fra en sykehuslege: Selvfølgelig kan og bør vi alle gjøre vårt arbeide bedre enn vi gjør i dag. På den annen side kan det ikke være grunn til å anta annet enn at legene jevnt over gjør sitt beste enten de arbeider i praksis eller i institusjoner. Jeg tror ikke man uten videre skal godta Eggens påstand om at misnøye med, og beklagelse over, dårlig samarbeidsevne fra spesialistenes side oppleves stadig oftere. Når maskineriet

Forts. side 18.

Kommentar til innlegg fra Torbjørn Pihl.

Jeg er forsåvidt enig med Pihl hva angår hovedutdannelsen av spesialister. Selvfølgelig er det aller viktigste at en spesialist i første rekke behersker sitt eget fag. Og jeg er heller ikke, som Pihl, innstilt på at tiden for hovedutdannelsen skal utvides. Jeg har tenkt meg at krav om almenpraksis skulle inngå som en del av sideutdannelsen. Kanskje er det galt å stille krav om slik tjeneste - ut fra de praktiske mulighetene til å gjennomføre denne. Slike omsyn har imidlertid ikke fraholdt Landsstyret å vedta regler i spesialistutdanningen tidligere; som Pihl husker ble kravet om røntgenterapi som ledd i utdanningen av radiologer opprettholdt, trass i at det rent praktisk vil ta ca 6 år før alle som i dag venter på denne delen av tjenesten, kan ha avsluttet dette halvåret.

Sideutdannelsen har jeg trodd var ment skulle gi større faglig bredde, og innsikt ut over sin egen spesialitet. Og hva er i så fall mer naturlig enn å inkludere almenpraksis i sideutdannelsen som jo ved festlige anledninger blir hevdet å være grunnpilaren i hele helsevesenet.

Jeg er direkte uenig med Pihl i hans faglig vurdering av forslaget. Faglig dyktighet er etter min mening ikke bare å beherske mest mulig i sitt eget fag, men også å kjenne de rent praktiske forutsetninger for at pasientene skal kunne bli tatt hånd om på det riktige omsorgsnivået.
Og med slik kunnskap (som det vel er vanskelig å oppnå uten selv å ha vært i almenpraksis?) våger jeg å tro at det maskineriet som i dag knirker pga. overbelastning, kanskje en dag vil kunne knirke litt mindre.
Jeg mener fortsatt at almenpraksis bør inngå som et ledd i spesialistutdanningen, i det minste som en av flere muligheter innen sideutdannelsen, som jeg mener fortsatt at tiden er inne for å reise et slikt forslag med tanke på Landsstyremøtet i Stavanger om et år.

Bjørn Magne Eggen.

HELSEDIREKTØREN PÅ BYGDØY:

Distriktslegene har kontinuerlig vaktplikt

Distriktslegens plikt til kontinuerlig vaktberedskap har opptatt meg sterkt i det siste, og jeg har forgjeves forsøkt å få klargjort hvordan helsedirektøren tolket gjeldende lov og instruks med hensyn til dette.
Til spørretimen under Bygdøymøtet hadde jeg derfor anmeldt spørsmål om dette under tittel: Distriktslegen, livegen og stavns bunden?
Dessverre tok jeg dette opp på en meget klosset og uheldig måte, slik at det ble mye aggresjon og munnhuggeri i ordskiftet. Mange møtedeltakere opplevde det hele som destruktivt fra min side og lite givende. Jeg beklager derfor sterkt den form dette tok, for meg er saken det viktigste.
Men en viss klargjøring av helsedirektørens oppfatning fikk vi.

Helsedirektøren gikk så langt som til å si at dersom det ikke er helt sikkert at betryggende beredskap er ivaretatt ved annen ordning HAR distriktslegen plikt til kontinuerlig vaktberedskap døgnet og året rundt, år etter år (til han flykter fra distriktet?) Helsedirektøren mener dette er en del av våre ansettelsesbetingelser, selv om det ikke er medtatt i vår detaljerte og omfattende instruks.

Jeg vil bestride at en slik tolkning er riktig, og oppfordrer helsedirektoratet til å medta det i instruksen dersom det skal være en del av ansettelsesbetingelsene. I lov om offentlige legeforretninger er vi pålagt plikt til å yte legehjelp men ikke plikt til beredskap for å yte legehjelp. Forskjellen er stor for alle med erfaring som tenker seg litt om.

Stemningen på Bygdøymøtet var relativt optimistisk med hensyn til bedre forhold i fremtiden, fordi mye tid var brukt til å orientere om arbeidet med kommende lov om distriktshelsetjenesten, som forventes å løse alle problemer.

Jeg hører til dem som har skreket mest etter en slik lov, men har også erfart såpass at jeg er temmelig sikker på at det ennå vil ta mange før denne loven vil være gjort gjeldende for oss alle. Ikke minst de store økonomiske konsekvensene vil bremse iverksettelsen i flere år, og en upåaktet bemerkning fra helsedirektøren viste at han i hvertfall regnet med 2 år til utarbeidelse av forskrifter mm.
Vi kan jo håpe at loven kan begynne å virke i 1981, men om den kan iverksettes for hele landet samtidig er jo også et spørsmål.

Det er derfor ikke noen grunn til bare å akseptere alt man opplever som galt, i påvente av den nye loven. Kanskje kan aksentuering av problemer være med på å fremskynde de mest påtrengte forandringer.
Hvis helsedirektøren vil og evner, kan han gjøre mye for å hjelpe oss med dette. Det er mulig å få fremmet pålegg til kommunen om plikt til å opprette vaktordninger. Det er idag leger til å avlaste oss, bare noen får ansvaret for å legge forholdene til rette for dette. (Her er mange veier å gå, det vil føre for langt å komme inn på dette her). Det er på denne bakgrunn mitt engasjement i distriktslegens vaktplikt må sees, det er derfor ikke så lite konstruktivt som det dessverre kunne fortone seg på Bygdøymøtet.

Jeg tror at ved å bearbeide dette på det formelle plan, kan vi kanskje raskere oppnå det vi en årrekke har strevet for å oppnå ved å bruke faglige og fornuftsmessige argumenter.
Vi lever med et tungrodd og formelt byråkrati og må ta konsekvensene av det.

Anders Lunde
Distriktslege i Fausa

Hvem skal gjøre hva?

Egil Willumsen
Medisinalråd

debatt!

Fortsatt synes ethvert forsøk på å få bevegelse i debatten om rolle-, funksjons- og ansvarsfordeling i helsetjenesten dømt til å mislykkes. Sær- og egeninteressene dominerer, og situasjonen er preget av at hver yrkesgruppe sitter på sin egen tue - i "splendid isolation" - og definerer selv sin rolle i et ytterst komplisert og mangfoldig serviceapparat som allerede i dag omfatter noe slikt som 40 ulike profesjoner.

Likevel er det noen som er kommet lengre enn andre. Virkeligheten har lært dem at det er nødvendig og ønskelig å komme sammen. Kort og godt er det noen som innser at det er behov for tverrfaglig samarbeid. En vanskelig prosess, hvor en nødvendigvis må være villig til kontinuerlig å justere egen rolle, eksponere egen kunnskap og viten eller mangel på sådan, innrømme at det er andre som kan noe like godt eller bedre enn en selv, og villighet til å ta de praktiske konsekvenser av dette.

Første skritt er nødvendigvis å bevege seg ut av skyttergravene, ut av forsvarsposisjonen, få i gang en dialog.

Der ser ikke ut som om Martin Holte er særlig villig til det.

Han vet tydeligvis hva almenpraktikerens rolle er og skal være, og så får alle andre innrette seg etter det. I og for seg enkelt og greit, men sørgelig lite konstruktivt, og kanskje er det nettopp denne holdningen som i virkeligheten er den egentlige årsak til at han blir sittende alene med sin reseptblokk og tørker egne og noen få pasienters snørr og tårer, som han selv uttrykker det.

Jeg avstår forøvrig fra å kommentere hans forvrengte referat og de meninger han tillegger meg i "Utposten" nr. 3/78. Det dreier seg neppe om vanlige misforståelser, men må skyldes helt andre årsaker og motiver.

Likevel finner jeg det nødvendig å understreke at jeg ikke er uenig med Holte i at primærlegens viktigste funksjon som generalist er å fungere som "helhetslege," hvor nøkkelordene er kontinuitet, koordinasjon og trygghet for pasienten. Amerikanerne kaller dette "oneness of medicine". Men dette betyr ikke at han fortsatt skal drive "one man show".

Helsesøster, jordmor, hjemmesykepleier, fysioterapeut og andre som arbeider i primærhelsetjenesten har også en rolle som generalister, og de skal i nært samarbeid med primærlegen i fellesskap forsøke å dekke de nevnte behov. Etter mitt skjønn er dette i hovedsak et spørsmål om organisering av primærhelsetjenesten eller distriktshelsetjenesten. Dersom de ulike yrkesgruppene arbeider sammen, fortrinnsvis i samme bygg og med et totalansvar for en avgrenset befolkningsmengde i et avgrenset, geografisk område som er relativt lite og vel oversiktlig, tror jeg mange av de problemer og den frykt Martin Holte gir uttrykk for, vil løse seg mer eller mindre av seg selv. Det blir en funksjonell, tverrfaglig enhet hvor rollefordelingen, arbeidsfordelingen og også ansvarsfordelingen vil utvikle seg naturlig over tid som en kontinuerlig prosess.

Dersom vi i tillegg får organisert fylkeshelsetjenesten og annen spesialisttjeneste på en slik måte at disse bistår distriktshelsetjenesten som konsulenter og rådgivere m.v., tror jeg vi har de beste muligheter for å realisere de intensjoner Martin Holte gir uttrykk for.

I et slikt mønster, som jeg har god grunn til å tro er underveis, vil rolle- og funksjonsfordelingen utvikle seg naturlig. I et slikt system vil vi ha behov for et meget stort antall primærleger og annet helsepersonell av generalisttypen. Det er da også gledelig tegn i tiden at et flertall av de som arbeider i primærhelsetjenesten synes å slutte opp om en organisasjonsmodell som nevnt. Det gir bud om at vi kan ha håp om å bygge opp en distriktshelsetjeneste som virkelig er, ikke bare et supplement til, men et reelt og bedre alternativ enn den spesialiserte medisin.

Det fordrer imidlertid at man ikke henger seg opp i en teoretisk og ødeleggende uendelighetsdiskusjon om detaljer, herunder om det er spesialisten i gynekologi, primærlegen eller jordmor som skal gi informasjon og veiledning i prevensjon.

Det fordrer videre at man ikke mistenkeliggjør og gjensidig beskylder hverandre for mangel på kompetanse, prestisje- og maktbegjær,

Fremfor alt krever det en klargjøring av de problemer vi står overfor, og hvorledes vi best kan løse disse i et konstruktivt fellesskap.

Befolkningen har behov for og krav på et differensiert serviceapparat av god kvalitet. Helsetjenesten må organiseres slik at flest mulig får dekket disse behov på riktig nivå, med rasjonell utnyttelse av de knappe ressurser.
Det er dette som er den store utfordring og den overordnede målsetting.

Skal vi lykkes i dette, trenger vi en dialog og debatt på et helt annet plan enn det Martin Holte legger opp til. I langt større grad enn hittil har vi behov for en tverrfaglig debatt, en dialog hvor også politikere og publikum kommer til orde. Forts. s. 18.

Interpellasjon til regjeringen:

Om primærhelse-tjenesten

Jeg tillater meg å fremme interpellasjon til Regjeringen på grunn av alvorlige problemer som synes å oppstå i landets helsetjeneste.

Kurpengesatsene for 1978 er fastsatt. Disse er så lave at det medfører betydelige problemer for de fleste av landets fylker å holde sykehusdriften i gang på det nivå den har idag. Det kan bli nødvendig med reduksjon i driften, stenging av avdelinger og oppsigelse av personell.

Utgifter til institusjoner som behandler legemlig syke er kraftig økende. Den planlagte utbygging vil øke behovet for økonomi og helsepersonell i en så sterk grad at det blir vanskelig å etterkomme den tverrpolitiske vilje til å styrke primærhelsetjenesten og det forebyggende helsearbeid.

Hvordan vil Regjeringen rette på disse forhold?

Christian Erlandsen
stortingsrepresentant

Forts. fra side 15.

knirker i institusjonene skyldes det ikke vond vilje og ikke engang manglende kjennskap til forholdene i almenpraksis, men rett og slett det forhold at alle maskinerier knirker iblant og mer jo større belastningen er. Jeg tror ikke en almenpraktiker behøver sykehustjeneste for å vite det. Kravet til sykehustjeneste for almenpraktikere er som kjent innført ikke med samarbeidsmessige, men med rent faglig mål for øye. Om ordningen fungerer etter hensikten, er et annet spørsmål som ligger utenfor rammen av dette innlegg.

Bergen
Torbjørn Pihl

Pasientavtalebok for leger

Etter at vi skrev om utgivelse av pasientavtalebok for leger i nr. 7/77, har interessen vist seg å være så stor at vi vil ta på oss arbeidet med utgivelsen. Boken vil bli sendt gratis til alle praktiserende leger i Norge i løpet av september 78. Den eneste mulighet for å få dette gjort, er at vi har reklame i boken, en ulempe som vi håper de praktiserende leger vil finne seg i når boken blir tilsendt gratis hvert år.

Boken vil bli i dobbelt A4 format med ringperm slik at det blir god plass til skriving av pasientenes navn, evt. retting. Dessuten blir det plass til avtaler for 2 leger i en bok, og man får oversikt over en uke av gangen når boken ligger utbrettet.

Vi håper boken vil dekke det behovet som har vist seg å foreligge, og de praktiserende leger kan begynne å titte i postkassene i sept. 1978. Da skulle boken komme for pasientavtaler i 1979.

Dersom det er andre kommentarer til pasientavtaleboken, vennligst send disse direkte til Selvigs Forlag A/S, Rådhusgt. 8, OSLO 1, som skal trykke den for oss.

Per Wium
Distr.lege

Harald Siem
Distr.lege

Forts. fra side 17.

En "snurrepiperi-debatt" om prestisje og kompetanse yrkesgruppene og profesjonene imellom er kanskje et nødvendig mellomspill, men vi må vokte oss vel for at dette blir en avsporing av den egentlige debatten, og det kan virkelig bli en boomerang, dersom vi blir hengende fast i den hengemyren.

Dopamet
l-α-metyldopa

i huskepakning til samme pris som før.

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

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

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

For øvrig finnes DOPAMET i gjennomtrykkspakning à 30 stk. og glass à 5 x 100 stk. (0,25 g).

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

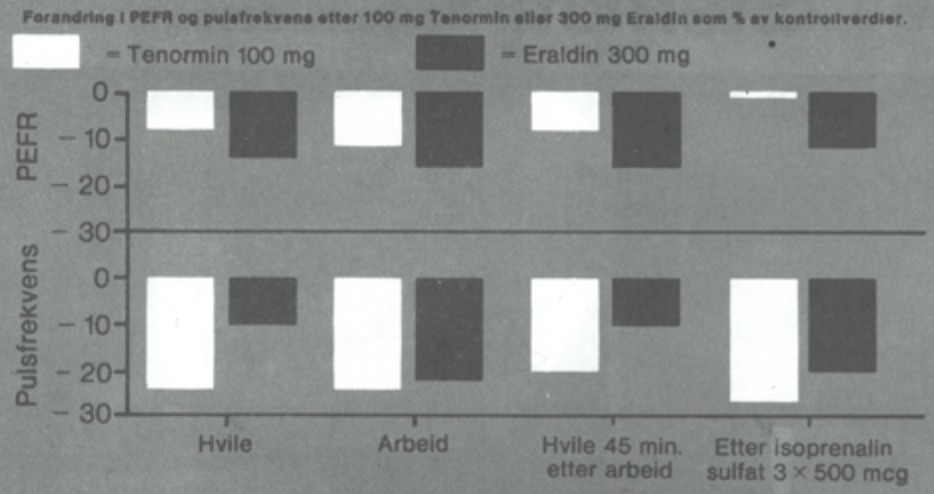
DUMEX

Tenormin

ATENOLOL

Høy grad av kardioselektivitet — ingen blokering av adrenerge bronkodilatorer

Vilsvik og Schaanning[1] har i et dobbeltblindt "cross-over" forsøk sammenlignet virkningen av Tenormin og Eraldin (praktolol) på lungefunksjonen hos pasienter med kronisk astma. Virkningen på puls og lungefunksjon (Peak Expiratory Flow Rate, PEFR) fremgår av figuren.



Egenskaper: Tenormin (atenolol) er en beta$_1$-adrenerg reseptorblokker med relativt høy kardioselektivitet og som i terapeutiske doser har liten innvirkning på lungefunksjonen og den perifere sirkulasjon. Tenormin har ikke egenstimulerende eller membranstabiliserende virkning.
Maksimal serumkonsentrasjon oppnås 2—4 timer etter peroral administrasjon. Plasmahalveringstiden er 6—10 timer. Kliniske forsøk har imidlertid vist at man oppnår like god blodtrykksreduksjon ved 1 dose daglig som ved 2 doser daglig.

Indikasjoner: Hypertoni.

Kontraindikasjoner: Ukompensert hjerteinsufficiens. AV-blokk grad II og III. Bradykardi. Arteriosclerosis cerebri et obliterans. Ukontrollert eller vanskelig kontrollerbar diabetes mellitus. Metabolsk acidose. Raynaud's syndrom. Graviditet (se «Forsiktighetsregler»).

Bivirkninger: Kalde hender og føtter, muskeltretthet kan forekomme. Gastrointestinale ubehag og søvnvansker har vært rapportert. Hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen. Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner kan forekomme.

Forsiktighetsregler: Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktive luftveislidelser. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta2-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokkernes negativt inotrope effekt motvirke digitalis' positivt inotrope effekt. Betablokkerne og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasienten da må overvåkes nøye. I noen tilfelle uten holdepunkter for hjerteinsufficiens i anamnesen, har hjerteinsufficiens oppstått etter noen tids behandling med betablokkere. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroformanestesi.
Ved nedsatt nyrefunksjon innebærer bruk av betablokkere risiko for forverrelse av nyrefunksjonen som derfor må følges nøye.
Dersom man ønsker å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. en uke.

Dosering: Individuell dosering. Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende effekt, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasientene må derfor overvåkes nøyere m.h.t. bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablett daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter to uker, økes doseringen til 2 tabletter 1 gang daglig. Ønskes ytterligere reduksjon av blodtrykk, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

Overdosering: Ved overdosering av atenolol vil en få bradykardi og blodtrykksfall. Da en betablokade er kompetitiv, vil man kunne oppheve evt. uønskede bivirkninger ved hjelp av betaagonister som f.eks. isoprenalin eller orciprenalin. Ved bradykardi kan man også forsøke 0,5—1 mg atropin s.c. (eller i.v. hvis det haster).

PAKNINGER:
Trykkpakning 30 tabletter à 100 mg
100 tabletter à 100 mg
Boks 250 tabletter à 100 mg

Litteratur:
1. Vilsvik, J. S. og Schaanning, J.: Brit. Med. J., 21. aug. 1976, s. 453—455.

ICI-Pharma
Stortingsgt. 14, Oslo 1
Tlf. (02) 42 69 40

Refusjonsberettiget (pkt. 12)

ELI OG OLA BRATLIE
[illegible]VERUD

Et alternativ ved behandling av kvalme og brekninger

Stemetil® Stikkpiller á 25 mg

proklorperazin

Stikkpiller á 25 mg
5 stk. 50 stk.

DOSERING:
Individuell, 1 stikkpille á 25 mg 1-2 ganger daglig, evt. 2-3 ganger daglig. Så snart tilstanden tillater det, bør man gå over til peroral behandling.

KONTRAINDIKASJONER:
Absolutte: Koma, svære alkohol- og hypnotika intoksikasjoner. *Relative:* Leverlidelser. Myastenia gravis.

BIVIRKNINGER:
Ekstrapyramidale: Akinesi, parkinsonisme, akatisi, akutte dystonier. Dosereduksjon og eventuelt tillegg av antiparkinsonmiddel i begrenset tidsrom, vanligvis helst ikke lenger enn 2-3 måneder, bedrer ofte symptomene. Akatisi reagerer ofte dårligere på antiparkinsonmidler enn de parkinsonlignende symptomer. Tardive dyskinesier. Disse kan være mer eller mindre irreversible. Dosen reduseres, og gradvis seponering av medikamentet overveies. Vanlige antiparkinsonmidler forverrer dyskinesien. *Psykiske:* Somnolens, som regel av kort varighet. *Vegetative og kardiovaskulære:* Ortostatisk hypotensjon. Mild obstipasjon. Kvalme, munntørrhet. Akkomodasjonsparese, angioneurotisk ødem. *Dermatologiske:* Lette hudreaksjoner. *Hematologiske:* Leukopeni ses sjelden, men har vært rapportert. *Leverkomplikasjoner:* Icterus ses sjelden, men har vært rapportert.

FORSIKTIGHETSREGLER:
Ved langvarig neuroleptikabehandling må vedlikeholdsdosen ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige symptomer på tardive dyskinesier. Antipakinsonmidler bør kun brukes når det foreligger behandlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger.

Forsiktighet bør utvises ved dosering/behandling av pasienter med alvorlige hjerte- og kretsløplidelser, leverlidelser, nyrelidelser, krampe, tromboflebitter, høy alder og barn. Ved initial parenteral behandling og hos eldre må man være oppmerksom på faren for blodtrykksfall (noradrenalin anvendes ved hypoensive kriser). Forsiktighet må utvises hos pasienter med ubehandlet trangvinkelglaukom, i graviditetens første trimester, under laktasjon. Pasienter på langtidsbehandling bør kontrolleres rutinemessig. Ved behandling i høye doser gjennom lengre tid kan risiko for cornea og linsefordunkling foreligge. Pasienten advares mot bilkjøring og pass av maskiner. Kombinasjon med alkohol bør unngås.

M.h.t. andre indikasjoner, egenskaper, interaksjoner og pakninger, henvises til Felleskatalogen.

rhône-poulenc
pharma rhodia
MEDISINSK
INFORMASJONSKONTOR
SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK