

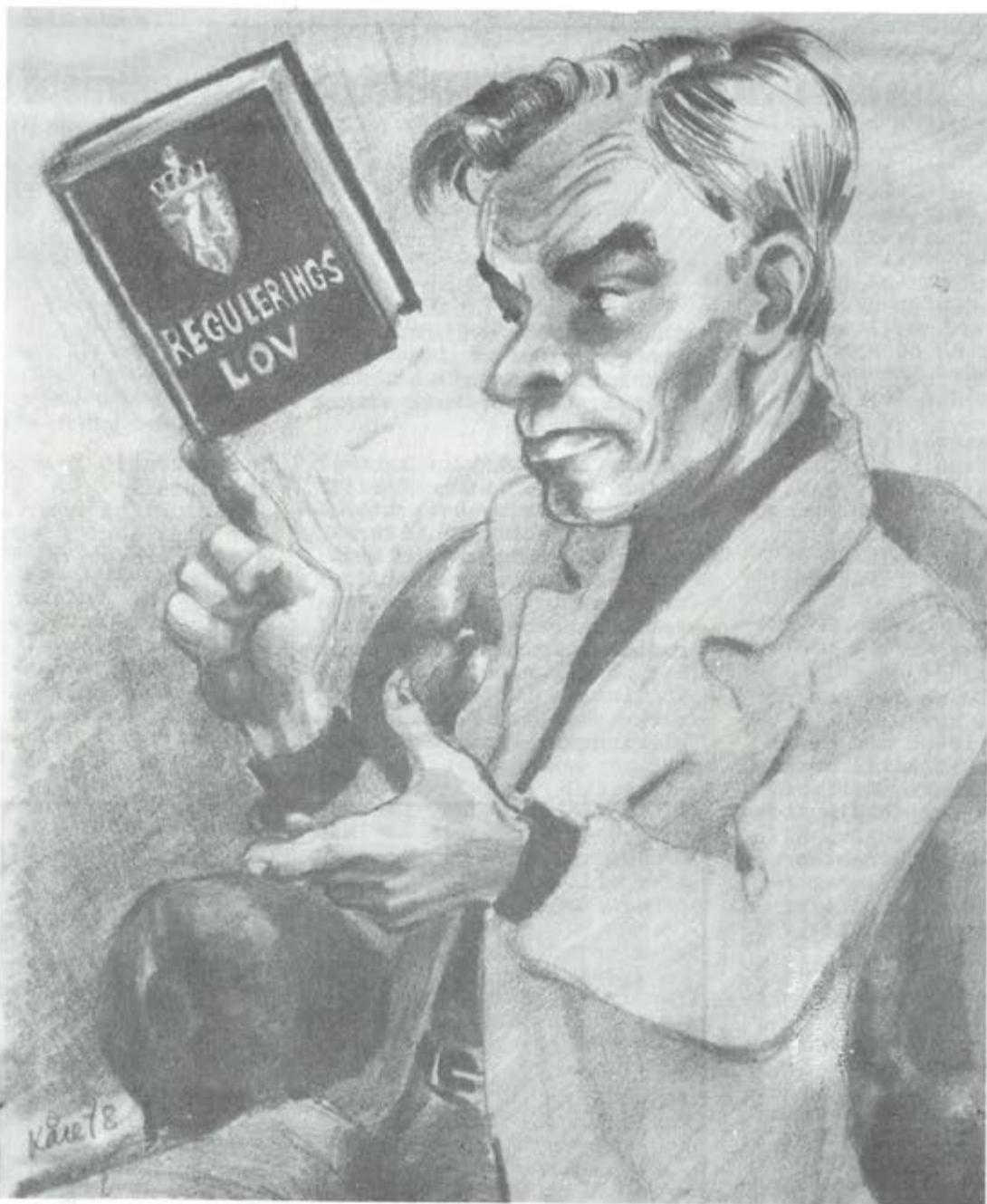
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 5

AUGUST/SEPTEMBER 1978

ÅRGANG 7



Av Innholdet:

Aage Bjertnæs: Balansekunst i Sosialdepartementet	side 2
Toreolv Roberstad: Den Vakraste lova	side 2
Sos. dep.: Utkast til midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenesten	side 3
Hernes/Hugaas/Joakimsen: Normaltariffen og legekrisen i Nord-Norge	side 4
Per Fugell: Legeneden nordpå	side 5
Martin Holte: Ansinteteregler for primærhelsetjenesten	side 7
Kjell Johansen: Pasientmotakeren i almenpraksis	side 8
Aud Blegen Svindland: Bedriftshelsetjenesten en hensiktsmessig søromsorg	side 10
Kjell Samuelsen: Akutt ned tracheostomi	side 11
Gleer Halvorsen: Distriktelegens kontinuerlige vaktberedskap	side 12
Martin Holte: Svar til Egil Wilumsen	side 14

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

Balansekunst i Sosialdepartementet Den vakraste lova ...

Vil 60 og 70-årenes store problemer i legetjenesten gå mot en snarlig løsning?

Misforholdet mellom antall leger i og utenfor institusjoner og misforholdet i lededeckningen mellom sør og nord er nå så øyenfaldende at våre fremste politikere gir dette høg prioriteten.

Statsministeren forkynner selv fra Tana i vår bakerste landsdel at man fra jar. 1979 vil få en etableringskontroll og opprettet et sentralt råd for å få en mer geografisk fordeling av legetjenesten.

"Wenn jemand eine Reise tut dann hat man was zu erzählen", la oss håpe at Nordli bringer videre det han så og lærte i nord.

Vi hilser loven med glede velkommen. Den vil forhåpentligvis kunne medvirke til en mer rettferdig fordeling av våre leger, slik at primærhelsetjenesten får de ressurser som mangler. Samtidig vil overordnede legestillinger ved perifere sykehus bli oppgradert. En obligatorisk tjeneste ved perifere sykehus for underordnede leger vil også sikre driften av våre småsykehus.

En stillingsstopp ved våre store sykehus vil være et godt virkemiddel for vår underbemannede primærhelse-tjeneste. Langsom reduksjon av underordnede stillinger vil være en forbedring og raskere løsning.

Færre i spesialist-utdanning betyr flere i primærhelse-tjenesten.

Det vil nok bli et tankeskors for våre politikere når våre underordnede

leger i jan. 79 ikke lenger er unntatt arbeidsmiljøloven. La oss håpe at fornuftens vil seire, 38 timers uke får vente til bemanningen utenfor institusjonene har bedret seg betraktelig.

At Den norske lægeforeningen har opprettet et fond til etableringslån til etablering av privatlegepraksis virker optimistisk.

La oss håpe at våre krav om en styrket normaltariff blir resultatet av høstens lønnsforhandlinger. For våre 1500 primærleger som i dag lever av normaltariffen betyr det mye at normaltariffen kan gi en konkurransemessig avkastning innenfor normal arbeidstid på 38 timer. Dette vil igjen virke positivt for nyetableringer i "åpne" områder.

Aage Bjertnæs

(Mel: den vakraste visan ...)

Den vakraste lova om helsestelle i helsedistrikt ville skaffe oss pengar og personell for helse og slikt.

Det skulle blitt tverrfagleg teamsamarbeid mellom lege og sosionom, om barnevern, brenn'vin og attføringshjelp, og plass på ein institusjon.

Den vakraste lova om helsestelle kom aldri på prent. Den blei lagt i ein skuff i eit skrivebord av ein deprimert konsulent.

Torleiv Robberstad



Utkast til midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenester

§ 1

Når det finnes nødvendig for å sikre en samfunnsmessig forsvarlig fordeling av legetjenester, kan Kongen forby eller begrense opprettelse av og tilsetting i legestilling ved helseinstitusjon som får dekket utgifter av folketrygden. Det samme gjelder for legestilling som kommune, forening, privatperson/stiftelse e.l. vil opprette for å yte helsetjenester som trygden dekker utgifter for.

§ 2

I de kommuner Kongen til enhver tid bestemmer, ytes det godtgjørelse for legehjelp, jfr. folketrygdlovens kap. 2, bare hvis vedkommende lege etter bestemmelse i § 3 har fått særskilt tillatelse til å praktisere for trygden med arbeidssted i vedkommende kommune.

Bestemmelsene i første ledd gjelder ikke for

- a. leger som har opprettet privat legepraksis før denne lovs ikrafttreden, så lenge de driver legepraksis innen samme kommune,
- b. statsansatte offentlige leger,
- c. leger som har fylt 70 år, eller har fått pensjon etter folketrygdloven,
- d. vikariater for inntil 3 måneder pr. kalenderår.

- deltagelse i fact legalit
Bestemmelsen i første ledd gjelder heller ikke for øyeblikkelig hjelp, jfr. § 7 i lov av 29. april 1927 nr. 1 om lägers rettigheter og plikter, eller for leilighetsvis legehjelp.

§ 3

Tillatelse etter § 2 gis av et råd som oppnevnes av Kongen for 2 år. Rådet skal ha 6 medlemmer med personlig varamenn. To medlemmer med varamenn oppnevnes etter forslag fra Den norske lægeforening og ett medlem med varamann etter forslag fra Norske Kommuners Sentralforbund. Kongen gir nærmere regler om rådets organisasjon og virksomhet.

§ 4

Rådet skal i sin virksomhet ta sikte på en jevnere fordeling av legene i landet. Det skal legges vekt på de enkelte kommuners behov i forhold til folketall, kommunikasjoner og andre forhold av betydning, sammenholdt med liknende forhold i andre kommuner.

Rådet skal utarbeide oversikt over de kommuner hvor befolkningens behov for legehjelp er størst. Oversiktene skal kunngjøres, og det skal samtidig opplyses at tjeneste i disse kommuner vil bli tillagt særlig vekt ved søker om tillatelse etter § 3. Ved behandlingen av de enkelte søker skal det også i rimelig grad tas individuell hensyn ved siden av de samfunnsmessige.

§ 5

Rådet skal føre register over alle praktiserende leger i hver kommune, med alder og kontoradresse, eventuelt med opplysning om godkjent spesialitet.

Registeret skal inneholde opplysninger om hvilke leger som til enhver tid er unntatt fra lovens bestemmelser og om hvilke leger som har fått tillatelse til å praktisere for trygden, jfr. § 3.

§ 6

Kongen gir forskrifter om tilsyn med at lovens bestemmelser og vedtak truffet i medhold av loven overholdes. Kommuner og institusjoner m.v. og leger som omfattes av loven, har plikt til å gi tilsynsmyndigheten de opplysninger som er nødvendige for kontrollen.

Tilsynsmyndigheten skal ha adgang til institusjonens regnskaper, herunder lønningslister, jfr. § 1.

§ 7

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer eller medvirker til å overtre bestemmelsene som er gitt i medhold av §§ 1 og 2, jfr. § 3, straffes med bøter.

§ 8

Departementet gir nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne lov.

§ 9

Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer og gjelder til 1. januar 1985.



"Chief, I have good news and bad news. The bad news couldn't be worse and the good news couldn't be better. I also have some in-between news that couldn't be more so-so."

Normaltariffen og legekrisen i Nord-Norge

Det nåværende takstsystelet har vist sin berettigelse gjennom årtier, og det er fremdeles ikke foreldet som praktisk avlønningsform.

I de senere år har imidlertid en stadig dårligere takstutvikling gjort det umulig å holde tritt med lønns- og prisutviklingen. Vi har sett dette som en bevisst politikk fra myndighetenes side, hovedsakelig i den hensikt å skape behov for fastlønnsordninger hos primærhelsetjenestens leger.

Det er derfor grunn til sterkt å kritisere at dette takstsystelet ikke er blitt tatt tilbørleg vare på, som det økonomiske virkemiddel det må sies å være for en effektiv dirigering av leger ut i primærhelsetjenesten.

De begåtte feil kan etter vår mening, raskest og rimeligst rettes opp ved å satse på det nåværende takstsystelet etter de retningslinjer vi her foreslår.

Forslaget innebærer som viktigste punkt en geografisk differensiering av takstsystelet, som bør gjennomføres i form av en soneinndeling basert på geografiske og arbeidsmessige forhold.

Videre innebygges et årlig tjenestetillegg i konsultasjonstaksten for perifere distrikter for de 4 første års tjeneste.

Det gis beredskapskompassjon for passiv vaktbelastning i små distrikter, hvor det er hyppige vakter, men relativt få uttrykninger pr. vakt.

Boligvilkårene for distriktsleger med familie må minst holde en standard man hittil har hatt. Viktig i denne sammenheng er eget vaktrom i boligen, evt. kombinert med et lite hjemmekontor der hvor bolig og kontor ligger adskilt fra hverandre.

Fondsavsetningsmidler har i en næringsmessig drevet legepraksis i Nord-Norge fortsett en nødvendig plass, og representerer en ytter-

ligere rekrutteringsfaktor. Adgangen til fondsavsetningene som et middel til raskere anskaffelse av tidsmessige maskiner og utstyr og til løpende modernisering av legepraksisen må derfor opprettholdes og forbedres innenfor distriktsutbyggingsområdene.

Gjennomføring av disse tiltakene er alt vesentlig avhengig av den politiske wilje til å skape bedre lededeckning i distrikturene. Markedsføringen av fastlønnsystemet som det beste og framtidige eneste system er risikobetont seilas på det spinkle vurderingsgrunnlag som foreligger i dag. Myndighetenes ansvar og oppgave bør i første rekke være å styrke det takstsystelet som i årrekke har vist seg funksjonsdyktig i primærhelse-tjenesten. Ønsker myndighetene likevel først forsøksvirksomhet, må minste kravet i denne forbindelse være at man på samme måte som med fastlønnsordningen, oppretter prøvedistrikter for et takstsystelet etter de angitte retningslinjer i områder hvor det er vansker med å få besatt distriktslegestillinger.

Da har man skapt et jevnbyrdig grunnlag for en sammenligning av fordeler og ulemper ved de to systemene noe distrikthelsetjenesten vil være bedre tjent med enn ensidig neglisjering av takstsystelet.

Prøveordningen med distriktsleger på fast lønn har hittil ikke vært den suksess som myndighetene syntes å tro i utgangspunktet. Søkningen til de hittil utlyste fastlønnstillinger har vært skuffende dårlig. På bakgrunn av de vedtatte retningslinjer for lønn og vaktgodtgjørelse i dette fastlønnsystemet, som er for dårlig, finner vi den manglende respons fra legenes side helt forståelig. Dette understreker berettelsen av vår påpeking av det nåværende takstsystems fordele, og forsterker nød-

SIMG/Janssens almenmedisinske forskningspris

SIMG (Societas Internationalis Medicinae Generalis) i samarbeid med Janssen farmasøyttiske industri ønsker å stimulere almenmedisinsk forskning ved å finansiere et forskningsprosjekt hvert år.

En internasjonal jury av almenpraktikere utdeler prisen til det beste forskningsoppdraget problem, mål og metoder blir beskrevet. Prosjektet skal ikke være lengre enn to år og være av generell interesse. Om mulig bør prosjektet også kunne utvides til et internasjonalt samarbeidsprosjekt. Vinneren vil bli tildelt 300 £ og ytterligere 200 £ når prosjektet er fullført. Prosjektbeskrivelsen må skrives på engelsk, fransk eller tysk og ikke være på mer enn 1.000 ord. Innleveringsfrist er 1. oktober 1978.

Adresse: SIMG's sekretariat, Bahnhofstrasse 22/VI, A-9020 Klagenfurt, Austria.

Forespørsler kan også rettes til Dag Bruusgaard, Institutt for almenmedisin i Oslo, Fr. Stangs gt. 11-13, Oslo 2. Telf. 56 37 80.

vendigheten av å ta dette i målrettet bruk i distrikts-politisk sammenheng.

Vi har med denne redegjørelse villet peke på den etter vår oppfatning beste løsning for snarest mulig å finne en farbar vei ut av den krisen som har rammet primærhelsetjenesten, både i Nord-Norge og tildels ellers i landet.

Med de tydelige dimensjoner krisen etterhvert kan komme til å få, vil det være uansvarlig av de bestemmende myndigheter ikke å ta hensyn til alternative løsninger til den framlagte fastlønnsordningen.

Johan A Hernes
Distr.lege i Skjerstad

Kjell A Hugaas
Distr.lege i Beiarn

Oddmund Joakimsen
Distr.lege i Saltdal

LEGENØDEN NORDPÅ

Av distriktslege Per Fugelli

Helt fra siste krig har det vært dyp nød på leger i vår nordlige landsdel. Enkelte år har vært mindre ille enn andre, men krisen har vært der uoppførlig og alvorlig i mer enn tredve år. I dag henger den over oss mer truende og ondartet enn på lenge.

De siste to år har nesten en tredjedel av distriktslekestillingene nordpå stått tomme. Det siste halve år har det overhodet ikke vært såkere til en rekke ledige distrikter i Finnmark mens distrikter sørpå har hatt femten til tyve såkere.

Den geografiske urettferdig-
het i spesialist-tilbudet er like opprørende. Mens det er en spesialist for hver fem hundre innbygger i Oslo, er tallet i Nord-Norge en for hver fem tusen. I Finnmark mangler vi fullstendig faste stillinger for en rekke strengt nødvendige spesialiteter: psykiatri, øre-nese-hals-sykdommer, øyesykdommer, hudsykdommer osv... Nærmeste spesialistmulighet (utenom halvårige reiser) for åtti tusen mennesker i dette fylket blir således Tromsø, - femti til åtti mil borte.

Bildet blir ikke lysere når vi tar med sykehussforholdene. De nordnorske sykehus har stadig store vansker med legedeckningen hvilket jevnlig fører til stenging av poster og inn-skrenket drift. For få måneder siden så man seg nødsaget til å stenge Kirkenes sykehus noe som ble forhindret i siste øyeblikk ved en forbigående redningsdåd av sykehusleger sørfra. Om Kirkenes sykehus var blitt stengt, ville det bety at befolkningen i Øst-Finnmark måtte førti-femti vintermil over hav eller land til nærmeste sykehus i Hammerfest.

Slik er dagens mørke stil-
ling og like dyster har den med små svingninger vært i flere tiår.

Bak denne nøkterne redegjør-
else med tørre tall skjuler seg følgende nådeløse kjenns-

gjerning: Legekrisen nordpå leder hver dag den vedvarer til unødige dødsfall, meningslös uførhet, unødvendig lidelse og vanhelse i den nordnorske befolkningen.

Krisens rystende følger trer mest håndgripelig frem i de distrikter som er uten lege til å ta seg av de øyeblikkelige, livstruende tilstander. Ett eksempel er hjerteinfarkt som forekommer spesielt hyppig nordpå. De første timene etter infarktet er særlig kritiske og adgangen til rask legehjelp vil ofte avgjøre om det skal bli liv eller død. Det samme gjelder behandlingen av farlige skader som også opptrer med stor hyppighet i kystområdene nordpå. Forekomsten av dødsulykker er således tretten ganger større i fiskerinæringen enn i den vanlige industri på landjorden.

Alle vil forstå at pasienter som rammes av slike livstruende tilstander i legetomme distrikter med ti timer til nabolege har sterkt minsket sjanse til å overleve.

Mindre dramatisk, men trolig like ødeleggende for folkehelsen, er legenødens negative virkning på kvaliteten av det daglige medisinske arbeid i lokalsamfunnene nordpå. Når en lege skal utføre to - tre legers gjerning, må praksisen bli overfladisk, grensende til og tidvis forbi det uforsvarlige. Dette på ingen måte ment som kritikk mot de prisverdige kolleger som ennå holder ut i den nordnorske utkant. Jeg tror at de fleste av oss som arbeider i de kriserammede strøk uten videre vil vedstå at underbemannings overbelastning tvinger oss til hastverk og forsømmelser som later folk tilbake med en dårlig primærhelsetjeneste. Følgen blir at mange skjulte sykdommer som burde klarlegges på et tidlig trinn forblir uoppdaget og får utvikle seg til de kan hende er kommet for langt. Og følgen blir at det stedsvis er umulig å gi kjente sykdommer den utredning og behandling som er vanlig ellers i landet. Dette

gjelder ikke minst på spesialist- og sykehusnivå.

Altå: Legenøden nordpå har i flere tiår rammet befolkningens helsetilstand i form av dødfall og uførhet som kunne vært unngått, for sen oppdaging av alvorlige sykdommer samt mangelfull oppfølging og behandling av kroniske tilstander.

Hvorfor har disse uverdige forhold oppstått? Det vil føre for langt her å blottlegge legekrisens røtter ut til den ytterste forgrening, men jeg tror de viktigste årsakene er disse:

1. Det utdannes for få leger med bakgrunn i den nordlige landsdel.
2. Det medisinske studium stimulerer interessen for spesialisert sykehusmedisin på bekostning av almenpraksis og distriktslegearbeid.
3. I mange distrikter er det dårlige kontorlokaler, umoderne utstyr og mangel på hjelpepersonell.
4. I de fleste distrikter er det for få lekestillinger slik at arbeids- og vaktbelastningen blir uoverkommelig i det lange løp.
5. Sykehusene har fått vokse uhemmet i de rike deler av landet og sluker tilgangen på nye leger.
6. Arbeidstiden, lønnsforholdene og det faglige miljø i sykehusene er sterkt forbedret de siste ti år mens det motsatte har skjedd i primærhelsetjenesten.
7. Tjeneste i distrikt eller på utkantsykehus kan ødelegge muligheten for leger som senere vil søke seg inn på større utdannelses-sykehus.
8. Utkantsamfunnet kan nok av enkelte imot, ikke minst gjennom mangel på utdannelses/arbeidstilbud for ektefelle.
9. Det nordnorske værlag kan skremme noen.

Hva har så myndighetene gjort for å bedre den grovt forsømte legetjeneste nordpå? Litt, men langt fra nok. Jeg er fristet til å si at sentralmyndighetene og legeforeningen har handlet som om punkt ni ovenfor var eneansvarlig for legenøden, - de har for det meste sittet

Forts. side 6.

Forts. fra side 5.

på gjerdet og sett i været og håpet at det skal bli bedre neste år.

Det eneste forventet brukbare tiltak kom for vel et halvt år siden i form av en prøveordning med femogtyve distriktsleger på god, fast lønn og med ordnet arbeidstid. Til i dag har det meldt seg en eneste søker til disse stillingene. La dette vise klart nok at våre politiske og faglige myndigheter har vanskjøttet det nordnorske helsestelle så grovt og så lenge at vi nå er kommet inn i en regulær katastrofesituasjon som bare tvangspregede tiltak kan bringe oss ut av.

Så til mitt hovedanliggende: Hva kan vi gjøre for å komme ut av dette årelange uføre?

Etter min mening går det bare en vei frem og opp og den må bygges av nordlingene selv. Det er nemlig fullt mulig å løse legekrisen nordpå, men det krever politisk vilje og den har åpenbart manglet til nå. Den viljen må vi som bor her i Nord-Norge nå skape ved øyeblikkelig og uopphevrige å øve hardt press på de ansvarlige myndigheter.

Vi teller en halv million mennesker i denne landsdelen og vil med samlet og sterk innsats bli en pressgruppe ingen politiker våger å motstå. Jeg oppfordrer derfor godtfolk nordpå innstendig til umiddelbar handling: Fiskerlag, fiskarkvinnelag, småbrukerlag, fagforeninger, husmorlag, helselag, partilag av alle slag, kommunestyrer og fylkesting, - alle som kan krype og gå og skrive og tale må nå fremme ufravikelige krav om øyeblikkelig løsing av legekrisen.

Kravene bør rettes til statsminister Odvar Nordli og sosialminister Ruth Ryste

Det må være opp til hver enkelt å komme med praktiske forslag til bedring av legenøden. Min personlige oppskrift er denne:

1. Øyeblikkelige tiltak. Den akutte krise kan etter min forstand bare løses gjennom en beordningslov som gjør det mulig for Helsedirektoratet å dirigere leger til de nøds-

rammede områdene. Dette er ingen god løsning på lengre sikt. For det første vil en beordningslov medføre en betenklig begrensning i den enkelte leges personlige frihet. For det andre vil den ikke kunne sikre lokalsamfunnene en fast lege over lang tid. For det tredje kan de gi de beordningskrevende deler av landet og helsetjenesten et uehdig mindreverdstempel. Endelig kan beordningsloven føre til en skinnlesning som forsinket iverksettingen av de mer årsaksrettede tiltak jeg skal legge frem nedenfor.

Som dere vil se, er det mange betenkigheter ved en beordningslov. Når jeg likevel går inn for den, er det fordi en slik lov og den alene kan bedre legetilgangen straks og dermed hindre at stadig nye, alvorlige helsekader helt unødig skal fortsette å oppstå i de legetomme områder.

2. Langsiktige tiltak.

For at beordningsloven skal bli et kortvarig kriseingrep og ikke en varig sovepute, må det samtidig settes inn langsiktige tiltak med det mål å skaffe Nord-Norge en forsvarlig lededeckning, - uten beording. De viktigste må være:

- A. Økt opptak av nordnorske studenter til legeutdannelsen.
- B. Større vekt på almenpraksis i det medisinske studium.
- C. Faglig styrking av almenpraksis, blandt annet ved å gjøre faget til en egen spesialitet.
- D. Organisatorisk og arbeidsmessig opprustning av primærlegetjenesten: Fast lønn, ordnet arbeidstid, flere distriktslegestillinger, bedre kontorlokaler, utstyr og hjelpepersonell.
- E. Tjeneste i distrikt eller på sykehus må ikke trekke ned for den som senere vil utdanne seg videre.
- F. Samfunnet må skaffe seg styring med fordelingen av leger ved å kreve tjeneste innen upopulære områder/om-

sorger før man kan få mer ettertraktede stillinger.

Jeg har nå lagt frem mitt syn på legenøden i Nord-Norge. Jeg gjør ikke krav på å ha rett i alt og ett. Det vil og bør være delte meninger om flere av mine forslag, - særlig beordningsloven. Enig eller uenig, - hovedsaken må være at hver og en av oss som bor i denne landsdelen (og andre som vil vise samhold) nå ytrer seg høyt og klart om denne livsviktige sak. Vi må reise en folkestorm nordfra mot legenøden, - kraftig nok til å blåse ned legeforeningens formodede motstand og sterkt nok til å ryste politikerne ut av deres la-det-skure-holdning.

Til verket.



«I demand to see my doctor»

Hvorfor får ikke primærlegen lov til å instituere behandling med Tagamet?

ALF KRISTOFFERSEN ALMENPRAKTIKER DNLF

Omsider er Cimetidin også godkjent for registrering i Norge. Det er en H₂-receptor antagonist til redusjon av ventrikkelenes syreproduksjon. Det markedsføres under navnet Tagamet. Registreringen er imidlertid gjort begrenset, slik at behandlingen kun kan instituertes i sykehus, eventuelt sykehushets poliklinikk. Leger med praksis utenfor sykehuset kan altså ikke instituere behandling med preparatet, og det hjelper heller ikke om man er spesialist i indremedisin eller gastroenterologi. Dette er å gi leger i praksis og i sykehus for-

skjellige rettigheter, og en slik diskriminering er noe nytt i Norge såvidt meg bekjent. Primærlegen blir her degradert, og umyndigjort. Dersom han mener Tagamet er det beste behandlingstilbud for sine ulcuspasienter, må han vise de fra seg, hans rolle som familielege blir amputert. Pasienter med ulcus duodeni påvist ved røntgen har hit til alle leger kunnet behandle ambulant, men skal nå disse tvinges til sykehusslegene, almenpraktikeren blir nok en gang fratatt en omsorg, han blir fattigere i sin legegjerning, og på pasienter. Pasientens res-

pekt og aktelse for han blir mindre og tilslutt lider også hans selvrespekt. Den manglende tiltro til primærlegen som statens legemiddelkontroll her viser. er ikke i tråd med de intensjoner man har for primærlegens videre framtid. Skal almenpraktikeren være "ordentlig doktor", eller skal han bare drive en reseptfornyelseshenvinsnings-sykemeldingspraksis? Har sykehusslegene kapasitet til å overta disse pasienter? Jeg venter på en nærmere redtgjørelse fra de ansvarlige myndigheter.

Ansiennitetsregler for primærhelsetjenesten

Nu kan en almenpraktiserende lege stille på like fot med en distriktslege II ved søknad om offentlig legestilling.

Dette var ikke mulig tidligere da distriktslege II stilling var meriterende, derimot gav en almenpraktiker-stilling i privat-praksis tilknyttet offentlig helsearbeide ingen ansiennitet. Utposten hilser derfor de nye retningslinjer for innstilling av søker til almenpraktikerstillinger (heri inkludert bydellege-II-stillinger), kombinerte distriktslege-stillinger og bydellege-I-stillinger med stor glede. Den norske almenpraktiker - primærlege-stand har trått et av sine mange skritt framover for å styrke sin posisjon i alle retninger. Det kunstige skillet mellom distriktslege og almenpraktiserende lege vil utviskes, vi vil bli en mer homogen - sammen sveiset faggruppe som kan arbeide sammen for en styrket primærhelsetjeneste. Retningslinjene tar hensyn til videreutdannelse til almenpraktiker DNLF (pkt. 3), administrativt arbeide

innenfor egen praksis, administrativ utdannelse, organisasjonsarbeide og deltagelse i offentlige utvalg (pkt. 4). Videre legges vekt på arbeide med tilrettelegging og gjennomføring av videreutdannelse av helsepersonell (også vår egen går vi utifra), vitenskapelig og populærvitenskapelig publikasjoner og avholdelse av foredrag (pkt. 5)

Ut av innholdet i punktene 3-5 kan vi lese at dette er en kraftig inspirasjon til en faglig administrativ og organisasjonsmessig opprustning av almenpraktikeren. Jeg håper at mange vil la seg inspirere av dette, det vil nemlig igjen bety en konsolidering av primærhelsetjenesten og det trenger vi. I punkt 6 nevnes geografisk ansiennitet, noe som absolutt er på sin plass - nemlig at tjeneste i utkantstrøk vil gi ekstra meritår.

Disse retningslinjer vil



også beskytte oss mot at høyt vitenskapelig kvalifiserte leger og spesialister som søker seg ut ifra institusjon, skal komme foran en erfaren almenpraktiker i køen ved ansettelse i primærhelsetjenesten. En problemstilling som vi vil møte i stigende grad i framtiden. Det kan jo hende at almenpraktikeren vil søke seg inn i institusjon. Hvilken omregningsfaktor skal da benyttes i forhold til våre opptjente merittår? Dette er også viktig å få klarlagt evt. i samarbeide med YLF.

Martin Holte

Pasientmottakeren i almenpraksis

Av almenpraktiker Dnlf Kjell Johansen, Institutt for almenmedisin, Bergen

Når en pasient henvender seg til en lege vil vedkommende i første omgang som regel ikke treffe legen selv. Både ved telefoniske henvendelser og ved personlig fremmøte må pasienten presentere sitt problem for en av legens medarbeidere. Denne avgjør på grunnlag av de opplysninger som kommer frem under samtalen hva som skal foregå videre. Hva vet vi leger egentlig om det som skjer i denne fasen av en persons henvendelse til oss? Hvem er denne pasientmottakeren, som er legens og praksisens ansikt utad? Hvilke krav stiller vi til hans/hennes kvalifikasjoner? Hva gjør vi for at vedkommende stadig skal bli bedre skikket til å mestre denne viktige og ansvarsfulle oppgaven?

I

Vi har alle eksempler på meget elskverdig oppførsel, og også på hva som ikke burde forekomme når noen forsøker å få tak i oss. Men vi vet også at pasiente fortene fortære mye, kanskje for ikke å risikere et unødig spenningsforhold under konsultasjonen. Pasientmottakeren, heretter omtalt i hunkjønnsform, står ofte i det dilemma at hun skal være imøtekommende og innstilt på å hjelpe den enkelte som henvender seg, samtidig som hun skal avlaste legen slik at han får arbeide mest mulig uforstyrret. Jo flere henvendelser og jo mindre kunnskap og erfaring pasientmottakeren har, desto større er mulighetene til å skape irritasjon, både hos pasient og lege.

Uansett hvor god grunnutdannelsen er, strekker den ikke til i de konkrete situasjoner hun vil møte. Erfaring gjennom praktisk arbeid er absolutt nødvendig for å øke kompetansen. Men lærer vi av erfaring?

Dette provoserende spørsmål har psykolog Arne Walle, faglig leder av Administra-

tivt forskningsfond ved Norges Handelshøyskole i Bergen, behandlet i artikkelen "Lærer vi av erfaring" hvor han skriver om ressursutviklende læring som en livsbytting som alt for ofte blokkeres av emosjonelle tilknytninger og det sosiale samkvem i yrkesroller og organisasjoner (2).

Læring skjer på grunnlag av erfaring. Men det motsatte, at erfaring fører til modifiserende og varig innvirkning på vår adferd, det synes å være en sjeldenhets i voksen alder.

I artikkelen siteres G.C. Dildine: "Å leve innebærer en trang til å lære. Det å være i live er egentlig først umaken verdt når vi føler at vi vokser i dyktighet og i evne til å gjøre det vi ønsker. Vår dypeste menneskelige egenskap er et iboende ønske om å drive vår utvikling og selvrealisering til sine grenser.

Vi lengter etter å bruke vår energi til stadig mer effektive måter å føle, tenke, beslutte og handle på".

Walle skriver at det å mestre en jobb på en stadig mer selvstendig og tilfredsstillende måte innebærer en kontinuerlig læring. Vesentlig i denne læringsprosessen er at den enkeltes egne ressurser skal utvikles. Læringen er for de fleste fortrinnsvis assosiert med intelligens og kunnskap. Den ressursutviklende læring kan imidlertid omfatte mye mer, f.eks. fantasi, risiko - vilje, selvstendighet, ansvarsfullhet, selvkontroll, evne til å tåle "negativ" følelser, å kunne leve med flertydighet, å kunne utsette selvtilfredsstillelsen, å kunne skille mellom fantasi og virkelighet. Listen kan gjøres mye lengre, og omfatter sist men ikke minst, det å kunne dra nytte av erfaringer. Forfatteren diskuterer også om hvordan ting vi allerede har lært ofte får en emosjonell betydning for oss, noe som i seg selv gjør det vanskelig å ta erhvervede

lærdommer opp til nyvurdering.

Artikkelen avsluttes med noen betrakninger om betingelser for ressursutviklende læring. Arbeidsoppgavene må gi anledning til å uttrykke seg selv, de må innbære elementer av utforskning, vurdering og valg med virkelige konsekvenser for personen.

Det må være anledning til å gjennomgå og reflektere over de tanker og handlinger som førte frem til konklusjonen og over de omstendigheter som løsningen var et svar på.

Så langt Walle i denne omgang.

Hvis det i praksissammenheng skal legges opp til ressursutviklende læring, noe jeg mener er naturlig, så stilles det spesielle krav til legene. Tradisjonelt er det vår yrkesgruppe som rekrutterer lederne i legepraksiser.

Dette er selvsagt når en praksis eies og drives av lege(r). Det er blitt slik også når det gjelder andre former for praksis, f.eks. kommunale legesentra.

Ressursutviklende læring i en praksis må for det første også omfatte lederne, altså som regel legene. For det andre må den eller de leger som har ansvaret for driften også være forpliktet til å legge forholdene til rette for sine medarbeidere.

Hva karakteriserer en leder?

Arne Walle har behandlet dette i en annen artikkelen, "Lederutvikling - Medlemskap i krise?" (3). Han refererer der Maccoby som karakteriserer prototypen på de ledere som "gjør det best" etter tradisjonelle, veletablerte kriterier som "the Gamesmen". For denne lederen er selve spillet, det å organisere og lede et team, det viktigste.

For å være en "flink" leder i denne forstand, er det å sikre seg kontrollen en nødvendig betingelse. Denne ledertypen må ha kontroll over den informasjon og de



oppgaver andre får, hvilke situasjoner de kommer i og hvilke valgmuligheter som er åpne for dem. Dette synes å være trekk som i større eller mindre grad finnes igjen hos ledere generelt.

Walle redgjør for at slike ledere blir oppfattet som defensive og kontrollerende. Dette fører til at medarbeiderne kommer i en forsvarsposisjon. De får følelse av liten valgfrihet, de avstår fra virkelig å engasjere seg i arbeidet. I sin tur vil dette virke hemmende på læring og utvikling.

Hvis en kan greie å skape et arbeidsmiljø som er mindre låst, mindre enveisstyrt og mindre kontrollerende, da kan alle, også lederne, få mulighet til å bruke seg selv og sine ressurser mer mangfoldig og variert.

II

Jeg mener det særlig er to forhold som er av betydning for at pasientmottakeren stadig skal kunne dyktig gjøre seg. Hun bør først ha et gjennomtenkt handlingsopplegg for ulike problemstillinger, og for det andre må hun kunne skrive ned det som blir sagt og gjort. Disse notatene kan være verdifulle både som journaltilføyelser, og som et utgangspunkt for analyse av handlingsopplegg når problemet har funnet sin løsning.

For å ta det siste momentet først, så kjenner ikke jeg til at det ved noe legekontor her til lands blir lagt opp til en systematisk dokumentasjon av det pasientmottakeren gjør. I Sverige har SPRI (I sjukvår-

dens och socialvårdens planerings- og rationaliseringsinstitut) sammen med legestasjonen i Brobacken i Lerum utviklet en registrerings- og planningsblankett, forkortet til RP-blanketten (1), se også fig. 1. Denne blanketten følger pasienten gjennom hele kontaktperioden for et bestemt problem. Det som noteres er: (fig. 2)

1. Administrative opplysninger.
2. Pasientproblem/kontaktårsak
3. Beslutninger
 - legebesøk
 - rådgivning ved lege
 - besøk av sykepleier
 - rådgivning ved sykepleier
 - henvisning
 - prøvetakning

Blanketten kan arkiveres direkte, eller brukes som grunnlag ved journalnotater. En slik form for dokumentasjon egner seg etter mitt skjønn meget godt som utgangspunkt til en diskusjon innad i en gruppe om hvordan forskjellige problem best kan løses. Det er meget viktig for læring gjennom erfaring at ens handlinger blir analysert og vurdert, ikke bare av "foresatt", men slik at en selv er med på analysen. Jeg håper derfor noen vil ta opp denne ideen og finne frem til et internt dokumentasjonssystem tilpasset norske forhold.

En må alltid være villig til å sette spørsmålstege ved innarbeidete handlingsmønstre. Kan det gjøres bedre? Fikk vedkommende den hjelp og service han hadde behov for og krav på? Det som skjer i en primærkontakt kan bokstavelig talt bety liv eller død for en pasient. Derfor er det viktig at pasientmottakeren har gode kunnskaper. Men enda viktigere er det at hun kjenner sin begrensning, og aller viktigst er det at hun ikke tar sjanser. Selv om hun skal avlaste legen slik at han kan arbeide uten alt for mange avbrytelser, så er det bedre å spørre en gang for mye enn å gjøre noe en ikke er sikker på. De "farligste" medarbeidere er de som kan akkurat lite nok til at de tror de kan det meste.

Lægepraksis Brobacken 443 00 LERUM Tlf. 532 14 50	Registrering/planning Først Mellom Senere
Kontakt-dag Mandag Tirsdag Onsdag Torsdag Fredag Søndag Ved behov	Årsak Lege Sykepleier Rådgivning Henvisning Prøvetakning Andre
Ønsket Lege Sykepleier Rådgivning Henvisning Prøvetakning Andre	Utsendt Lege Sykepleier Rådgivning Henvisning Prøvetakning Andre

Fig. 1

Lægepraksis Brobacken 443 00 LERUM Tlf. 532 14 50	Registrering/planning 35/12/08 Mellom Andersson A Storgatan 6
Kontakt-dag 10.09.08 Mandag	Årsak Lege Sykepleier Rådgivning Henvisning Prøvetakning Andre
Hovedsak, feber, ont i kroppen i 2 dager Ej nakkstol Influenza	
Ønsket Lege Sykepleier Rådgivning Henvisning Prøvetakning Andre	Utsendt Lege Sykepleier Rådgivning Henvisning Prøvetakning Andre

Fig. 2

For å utvikle sin kompetanse gjennom erfaringer trenger pasientmottakeren en solid basiskunnskap. Den formelle utdannelsen gir noe, men enda mer kan leger og hennes kolleger i primærhelsetjenesten gi. Jeg tror at gjennomdiskuterte standard utrednings- og handlingsopplegg for sentrale problemstillinger er verdifullt i denne sammenheng. Hva skal f.eks. en pasientmottaker si og gjøre når en mann ringer legekontoret på grunn av brystsmerter?

Forts. side 13.



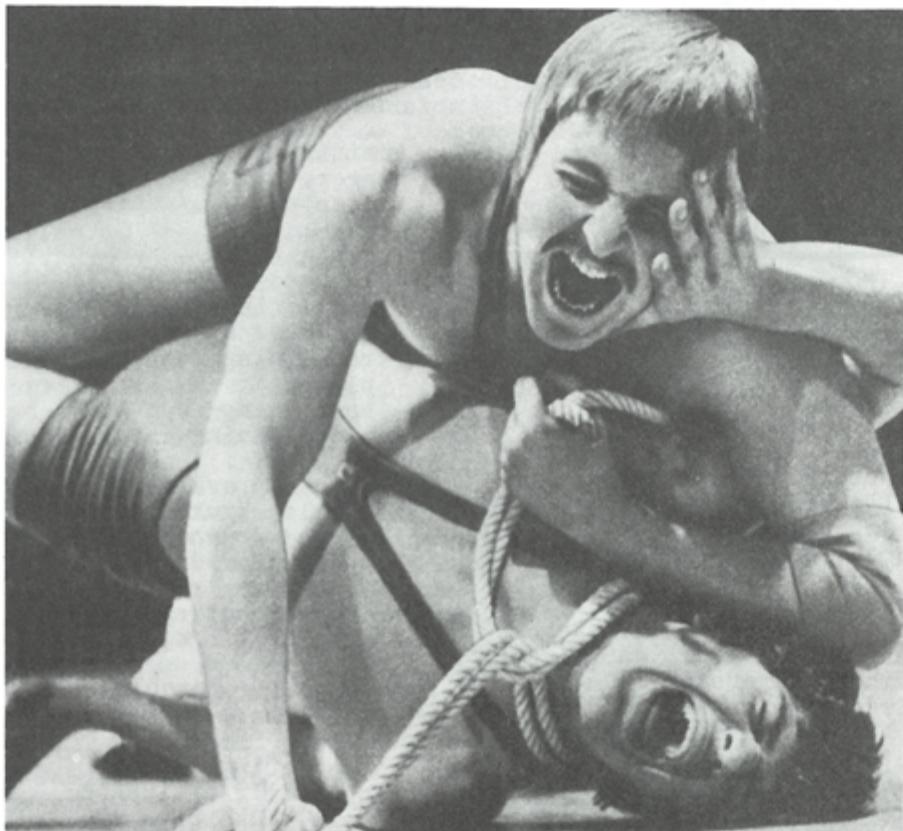
AUD BLEGEN SVINDLAND (OSLO):

Bedriftshelsetjenesten en hensiktsmessig særomsorg.

14. september 1978, Familielegens — helhetslegens skjebnetime?

Da behandles lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenesten ved bedrifter.

Følgende uttalelser fra overlege Aud Blegen Svindland i Direktoratet for statens arbeidstilsyn er hentet fra Nordisk Företagshälsovård nr. 3 1978.



Bedriftslegen skal ikke være en lege ansatt med begrenset lisens! Selvfølgelig skal han behandle når det faller naturlig! Bedriftshelsetjenesten representerer den maksimale desentralisering av helsetjenesten — legen er der, på stedet, på arbeidsplassen. Også sett fra pasientens synspunkt tilsier all fornuft at bedriftslegen skal kunne behandle sykdom når han blir bedt om det. Fra samfunnets synsvinkel er det også en hensiktsmessig måte å utnytte helsepersonellet på. Fra arbeidet med mor og barn gjennom mange år vet jeg at utbygging av særomsorger kan være meget effektiv. Bedriftshelsetjenesten er også en hensiktsmessig særomsorg!

- Særomsorg er et ord med sprekongstoff i.

Vil ikke et slikt utsagn som det du der kom med, kunne forstyrre f.eks. Den norske lægeforenings drøm om huslegen?

En slik drøm passer dårlig med det samfunnet vi lever i og det vi planlegger. For de fleste er det vel heller yrket som er den stabile faktor enn det sted man tilfeldigvis bor på et gitt tidspunkt i sitt liv. Svært mange skifter bolig, familiesituasjonen endrer seg, men den rammen yrket setter, holder seg noenlunde fast.

- Du tenker deg standard helsekort som skal kunne føge den enkelte fra bedriftshelsekontor til bedriftshelsekontor når man skifter jobb?

- Vi har tenkt oss noe slikt, ja, men dette vil selvfølgelig være basert på frivilighet, at den det gjelder selv ønsker at opplysningsene skal føge ham. Arbeidet med nye standardkort er imidlertid komplisert på mange måter, ikke minst når man tilstreber stor fleksibilitet i hvordan arbeidet skal kunne utføres.

- Men instruksen, da??

- En "kokebok" vil være en bedre løsning enn en instruks eller en serie forskrifter. I en slik kokebok vil vi samle anbefalinger for hvordan arbeidet bør utføres, skrevet av spesialister på de enkelte felt. Tenk f.eks. på helsekontrollen — hyppighet, hva som skal undersøkes, osv. Det er i våre dager nærmest selvsagt at all helsekontroll etter den første, grundige nyansettelsesundersøkelsen må være selektiv. Her vil "kokeboka" kunne gi forslag til hvordan.

Selv synes jeg f.eks. at screening etter underlivskreft og brystkreft hos kvinner hører med, og da må vi gi retningslinjer for hvordan dette skal legges opp. Osv., osv. Vi må også huske på at helsekontroller har en viktig motiverende funksjon for å få folk til å tenke på sin helse på en fornuftig måte!

- Du har omfattende erfaring fra arbeidet med omsorgen for mor og barn i Norge. Kan disse erfaringene overføres til det arbeidet du nå har?

- Ja, absolutt. Jeg lærte en mengde om hvordan argumentasjon egentlig foregår, om hvordan saker håndteres, osv., osv. Og ikke minst, jeg kom i personlig kontakt med så mange av dem som vårt sosiale apparat ikke nådde frem til - eller som ikke nådde frem til det sosiale apparatet. Dette overbeviste meg om nødvendigheten av en søromsorg. Jeg ser bedrifthelsetjenesten som en analog. Mange av erfaringene kan overføres direkte. Kanskje har vi tilstrekkelig helsepersonell i Norge hvis vi utnytter det på rett måte. Spesialordninger er ofte nødvendig for å få dette til, for å få tjenestene frem til dem som trenger dem.

- Tror du ikke at det du her har sagt vil falle flere tungt for brystet? Hva vil tilhengerne av bedriftslegen som den yrkesmedisinske ekspert, befridd fra trivelt pasientprat, si?

- Det problemet tar jeg ikke tungt. Den gruppen er ikke stor i Norge.

- Men hva vil almenpraktikere og distriktsleger si?

- Jeg tror de vil forstå at legetjeneste tilknyttet arbeidsplassen, med virksomheten rettet mot miljøet, mot helseovervåking og mot behandling av sykdom, er et av de beste utgangspunktene for forebyggende arbeid og for effektiv helsetjenest som vi i dag har.

Avgjørende spørsmål ved dette, bør forstås at de vet hva de snakker om! De bør ta seg ett års tid som bedriftslege, f.eks. i Oslo. Da vil de trolig overraskes over hvor mye terapitilgjengelig sykdom som finnes, over hvor dårlig mye av primærhelsetjenesten funksjonerer overfor mange og over hvilke korrigerbare miljøfaktorer som finnes i dagens yrkesliv. Da kan vi snakke sammen!

Åpent spørsmål til overlege Aud Blegen Svindland fra Utposten:

- Hvordan bør vår primærhelsetjeneste bygges opp - på basis av bedriftshelsetjenesten eller familielegeprinsippet?



Akutt nødtracheostomi

KJELL SAMUELSEN DISTRIKTSLEGE

De aller fleste primærleger frykter den situasjonen som heldigvis sjeldent oppstår, men dog alltid kan bli akutt, nemlig pasienten med så stor luftveisobstruksjon, at det enten bør gjøres en nødtracheostomi eller intubering.

Det har vært, og er vel fortsatt endel kollegaer, som hevder at intubering via direkte larygoskop, bør enhver primærlege beherske. Dette tror jeg er en helt utopisk målsetting. Selv sykehusleger, som skal gjøre dette en sjeldent gang, men dog mye oftere enn primærlegen, synes dette er vanskelig. Det vet jeg av egen erfaring, fra min tid som assistentlege på en av Ullevåls indremedisinske intensivavdelinger.

Og spesielt vanskelig er det på den kategori pasienter som vi kan komme borti, nemlig ikke helt bevisstløse pasienter, og barn. Hvem har ikke hatt vondre drømmer om akutte epiglottitter og svære pseudocroup tilfeller. Fremmedlegemer i og over glottis, kan også være akutt.

Selv har jeg tidligere alltid hatt i min legekoffert en WR-kanyle, og håpet at jeg aldri skulle bli nødt til å bruke den (hos denne kategorien pasienter) - håpet er forøvrig gått i oppfyllelse. Nylig kom jeg over en liten artikkel i British Medical Journal (1), med beskrivelse av en spesiell nål - Medicut - som var brukt i et tilfelle med akutt obstruksjon i de øverste luftveier.

Jeg forhørte meg hos min leverandør i Oslo, som hadde Medicut på lager, og bestilte denne. Nå ligger den klar i min koffert.

"Medicut" består av en vanlig sprøyte (som i denne situasjonen fungere fint som et håndtak) påsatt en grov kanyle (det finnes ulike nr. - jeg bestilte nr. 12 og nr. 16 som ble anbefalt i artikkelen) - og over denne finnes en plasthylse (samme prinsipp som på en venflon-kanyle)

Proseduren er da å kanalikulere cricothyreoid-membraen med nålen, og så trekke ut metallspissen, mens plasthylsen sitter tilbake på plass og lager en luftvei inn til trachea, under glottis.

Innledningsvis nevnte jeg at en primærlege sjeldent

får bruk for et slikt inn-grep - det avhenger jo også hvor langt det er til nærmeste sykehus. Men må pas gjennom en nødtracheostomi før innleggelsen, vil han være mye tryggere med en plasthylse i trachea, enn en stiv WR-nål, som lett kan ledere strukturer intratrachealt.

I en kommentar til nevnte artikkelen (2) hevder J. Zorab at Medicut 12 G, som var brukt, bare kan hjelpe en pasient som har en partiell obstruksjon, og dette er vel rett. Men det er også oftest den situasjonen vi står ovenfor.



B. Hayes (2) hevder at et bedre alternativ er Penlon Tracheotome Mark II, som er et fullstendig nødtracheostomi-sett, visstnok enkelt å bruke.

Jeg holder meg foreløpig til Medicut, som iallefall er et meget bedre alternativ enn min gamle WR-nål.

Litteratur:

(1): British Medical Journal, 4.2.78, Vol. 1, No. 6108, side 281.

(2): British Medical Journal, 1.4.78, Vol. 1, No. 6116, side 854.

Distriktslegers kontinuerlige vaktberedskap

GLØER HALVORSEN DISTR.LEGE I RINDAL

Om formiddagen lørdag den 29. juli d.å. fikk jeg fra et apotek telefon om en mistenklig narkotikaresept. Selve resepten var forsiktig ekte nok. Den var til og med påført stempel. Men den var krøllete og utfyllingen var påfallende. Datoen stemte ikke for på den dag var min kollega på ferie. Hans tlf. svarer hadde oppgitt meg som ansvarshavende også for hans distrikt. Slik fikk apoteket tak i meg. En rask tlf. til politiet avslørte at det var begått innbrudd hos min kollega, både leiligheten og kontorene var endevendt. En blokk narkotikaresepter og et legestempel var altså kommet i urette hender. Sely om den narkomane hadde klart å stikke av, så hadde apoteket resepten med I.D.nr. etc.

Nå hører ikke falske narkotikaresepter til de sykdommer som øyeblikkelig skal meldes pr. tlf. til Helsedirektoratet og fylkeslegen. Det var heller ikke snakk om stoffmisbrukproblem i hverken mitt eller i min kollegas distrikt. Politiet kunne nemlig opplyse at bilen tyvene brukte var stjålet i Oslo.

Men saken var noe spesiell og jeg fant det på sin plass å underrette min nærmeste overordnede. Samtlige apotek i landet burde kanskje få beskjed om de falske reseptene? Men slik beskjed kan jo ikke en distriktslege gi. Han står nok for langt nede på rangstigen i det offentlige helsevesen.

Derved startet min pekefinger en stadig bue på telefonens tallskive. Fylkeslegens kontortlf., privatlf. og mobiltlf. Intet svar. Ass. fylkesleges privatlf. Tenk jeg fikk svar. Han var på ferie i Paris. Fylkeslegens kontorsjef. Intet svar. Da innbruddet var skjedd i et annet fylke ringte jeg også fylkeslegen der inklusive det tlf.nr. som skal brukes "Etter kont.tid". Resultatet var like negativt.

Det rann meg i hu alle de påminnelser distriktslegene har fått dels muntlig, dels skriftlig om alt det ansvar vi har for både ditt og datt. Varm i trøya og en smule ----- ga jeg nå blaffen i "løytnanter og kapteiner". Kanskje det var noen "børsster eller generaler" tilstede.

Jeg ringte helsedirektoratet og en hyggelig mann svarte: "Regjeringsbygget". Ifølge hans tavle var nok ingen i helsedirektoratet tilstede. Men helsedirektøren hadde vært innom om morgen. Hvis saken var svært presserende, kunne jeg få oppgitt endel private tlf.nr. Så presserende syntes jeg saken ikke var. Med ansvar for 2 distrikter, hadde jeg jo også annet å stå i med enn å fortsette telefonrassian, selv om jeg vel hadde fått tak i helsedirektøren all den stund han hadde vært på kontoret om morgen. Men hadde det vært en eller annen "pestilens", hadde jeg neppe gitt meg.



Mer aktuelle sykdommer som poliomyelit og botulisme skal jo også meldes omgående. Rabies skal også meldes. For å sette saken på spissen, hva om en rabiat hund innsmuglet med en turist gikk amok på en leirplass. Det kunne blitt såpass mange sår å stelle for ansvars-havende lege at han ikke hadde hatt tid til å ringe 8 tlf.nr. Da hadde jeg ringt en eneste telefon, nemlig til politiet - for å få hunden skutt. Politiet har alltid vakt og de er på plass, det vet jeg.

I følge distriktslege Anders Lundes innlegg i Utposten nr. 4/78, skal helsedirektøren ha uttalt at en distriktslege har plikt til kontinuerlig vaktberedskap, dersom betryggende beredskap ikke er ordnet på annen måte. I 31 år har jeg etter beste evne tatt beredskapen alvorlig. Har ingen i min familie kunnet ta tlf. så har min tlf.svarer gitt de nødvendige opplysninger. Hvordan er det med den helsemessige beredskapen på fylkesplanet? Er det bare den menige soldat "in casu distriktslegen" som skal ha kontinuerlig vakt?

Min respekt for systemet har dalt betraktelig, men jeg vil tross mine 63 år fortsatt forsøke å gjøre mitt beste så langt jeg evner som distriktslege. Jeg vil bare minne om ordene: "Som herren så og hans tjenere".

Jeg har nå "hengt bjellen på katten". Gjennom 31 år har jeg samlet endel "bjeller", men med alderen blir man tregere, og det er ikke sikkert jeg får tid til eller orker å fortsette "bjelleklangen".

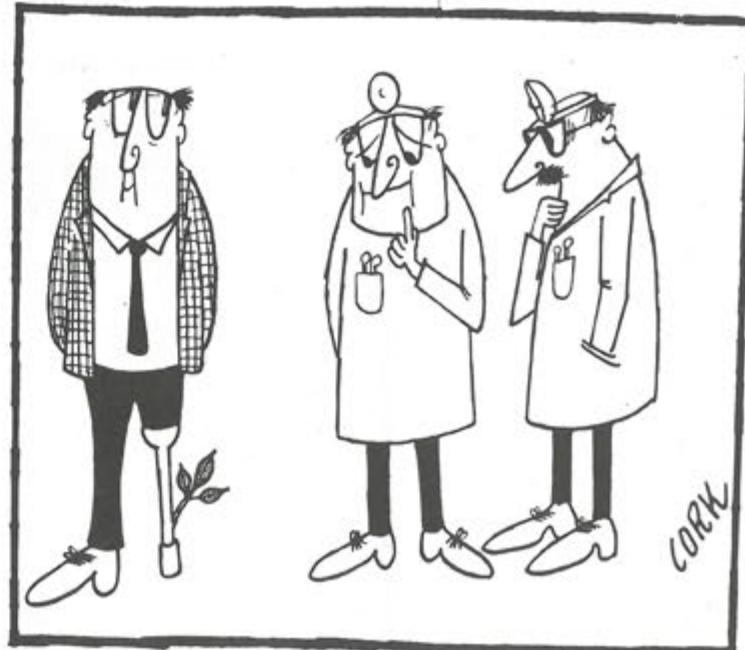
Forts. fra side 9.

Ingen problem innen helse-tjenesten har patentløsninger. Men med bakgrunn i standard opplegg, tilpasset de lokale forhold og modifisert gjennom erfaringer, tror jeg den enkelte kan komme frem til hensiktsmessige handlingsmønstre. Vi må imidlertid være klar over at alle henvendelser og problemstillinger er forskjellige og ny hver gang. Vi må også holde klart for oss at enhver problemløsning er relatert til en konkret situasjon. Derfor kan ikke et handlingsopplegg overføres ukritisk fra en situasjon til en annen. Det må stå opp til hver enkelt leder sammen med sine medarbeidere å legge forholdene slik til rette at arbeidet ikke får preg av gjenntatte rutiner. Hver ny henvendelse er en utfordring som krever sin egen løsning, basert på summen av tidlige kunnskaper, ferdigheter og erfaringer.

Konklusjon: Jeg tror på en ressursutviklende lærings- også innen primærlege-praksis. De som er ledere bør legge arbeidsforholdene til rette slik at dette blir mulig. Jeg anser standard utrednings- og handlingsopplegg for pasient-mottakeren som en viktig basis i læringsprosessen. Dette må legene og deres medarbeidere være sammen om å utvikle. For å starte

Jeg vil også be han i sin tur utfordre en annen primærlege til å ta for seg et annet relevant problem. Etterhvert kan flere slike problem behandles på denne måten. På bakgrunn av disse artiklene håper jeg det kan bli en fruktbar diskusjon i dette tidskriftet som kan resultere i brukbare opplegg.

en slik prosess vil jeg utfordre almenpraktiker Dnlf Thor Myhre, Kristiansand S til å skrive om hvordan han vil at problemet "feber" skal tasles av pasient-mottakeren.



debatt!



Nærhet, trygghet og kontinuitet

Realitet eller utopi i vår fremtidige primærhelse?

Dette er pasientens behov og ønske når han henvender seg til helsetjenesten for å få hjelp. Dette er også det optimale hva vi i primærhelsetjenesten ønsker å kunne tilby - dessverre er realitetene en helt annen i dag. Vi mangler primærleger, vi mangler en primærhelsestruktur og vi mangler en lov om primærhelsetjenesten. Heldigvis ser det ut til at flere av disse faktorer vil forandres i løpet av relativt kort tid da det ser ut til at det er en begynnende politisk vilje til å styrke primærhelse-tjenesten. Tydelige tegn på dette er den varslede etableringsreguleringen - ett skritt i riktig retning. La oss nu si at vi får økende ressurser til primærhelsetjenesten, og at denne blir delt opp i geografiske områder hvor en gruppe helsearbeidere får totalansvaret for befolkningen. Dette vil befolkningen absolutt være tjent med, vel å merke hvis arbeidsfordelingen innen gruppen blir gjennomført pasientvennlig. Med det mener jeg en samarbeids-struktur hvor primærlegen bør være pasientens administrator som kan analysere pasientens behov for helsetjeneste og kan henvise, hvis nødvendig pasienten til de riktige kanaler for å få løst sitt problem. Når dette problemet er løst er det naturlig at pasienten henvender seg til sin administrator - primærlegen når et nytt problem dukker opp. Dette representerer kontinuitet og dette er det kun primærleggen som kan yte, fordi der kreves blandt annet full medisinsk utdannelse.

Blir ikke dette et "one man show"? Nei, Egil Willumsen, et slikt system har behov og plass for andre kategorier av helsepersonell, hvorav kan nevnes helsesøster, hjemmesykepleier, fysioterapeut og sosialkurator og kanskje jordmor, alle av generalist-typen. Ut av dette er det naturlig at det vil utvikle seg til et tverrfaglig samarbeide hvor hver og en bør ha sin klart definerte plass i en enhetlig funksjonerende gruppe. Dette er nødvendig for at vi skal få et smidig og effektivt system som forhindrer en sammenblanding av oppgavene. Med sammenblanding mener jeg at to eller flere forskjellige helseprofesjoner arbeider med samme problem for pasienten da hver og en mener seg mest kompetent til dette. Jeg er da ikke på en pasientfiendlig virkning av en slik helse-tjenestemodell, der hvor pasienten møter f.eks. 6 forskjellige dører hver merket med sin profesjon. Alle dører åpner seg villig under mottoet "Kom inn - kanskje kan jeg hjelpe deg". Så kommer problemet for pasienten som for å holde meg til utgangspunktet, søker å løse sitt preventsjonsbehov. Hun banker på hos jordmor som undersøker og finner oppfylling i høyre adnex og oppfatter situasjonen alvorlig, mener det er en svulst og henviser pasienten videre til spesialist.

Når pasienten kommer til spesialisten er tumor borte - kanskje det hadde

var et oppfylt tarm? Denne gang nevner pasienten smerten litt høyre opp ved undersøkelsen. Spesialisten i sin tro mener kanskje smertene kommer fra tykk-tarmen og rekvirerer røntgen colon og så er hele mølla i gang.

Fremdeles har ingen klart å løse pasientens primære behov - nemlig prevensjonen. Hvorfor ikke? - Jo for helhetsvurderingen av pasienten mangler - kfr.

"Ulyssessyndromet" Nordisk medisin nr. 8-9/76

Ut av dette må Egil Willumsen forstå at det er ikke snakk om en nedgravning i skyttegraver, eller sitte med skylapper og krampaktig holde på sitt eller forsøk på "snurrepiperidebatt" som han sier. Det er snakk om hvorledes løse pasientens behov for helsetjeneste på den beste måten, ikke et spørsmål om hvor mange forskjellige helseprofesjoner kan klare å gi en løsning. Den beste løsningen er ikke å dele opp de forskjellige behov i fraksjoner (særomsorger) som fratar primærlagen muligheten til å fungere som helhetslege.

En solrik sommerferiemorgen med kaffe og radio, fredelig og godt - på slik en mandag morgen hørte jeg medisinalråden Egil Willumsen snakke varmt for pasientens faste lege i programmet "Måndagen"! Og slik fortsatte han hele uken! Hvilken positiv ferieopplevelse!

En takk til medisinalråden for de positive synspunkter han hevdet.

Martin Holte

Dopamet

$\text{L}-\alpha$ -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 gjennomtrykks-pakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

Tenormin

Pasientfeil i form av glemte doser opptrer hyppigere når et preparat må tas flere ganger daglig. Ved hypertonibehandling

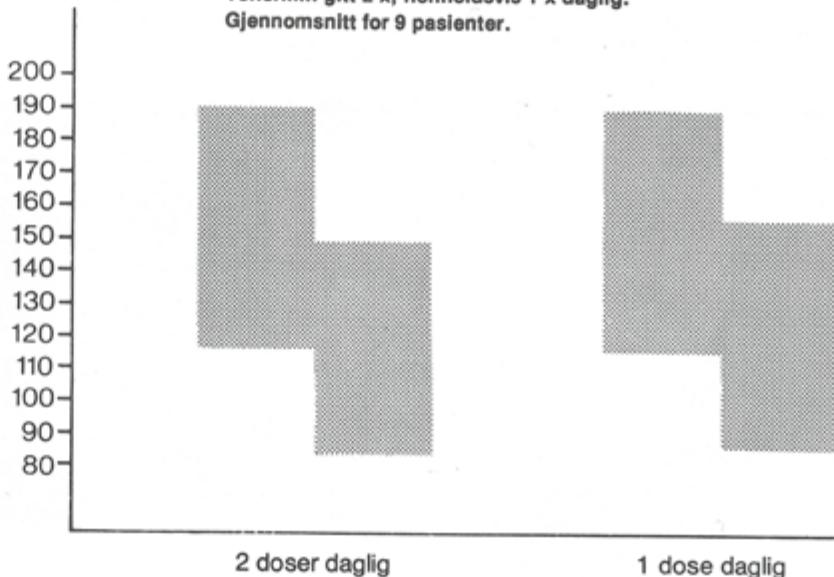
ATENOLOL

som ved annen behandling bør man derfor tilstrebe å kunne gi dagsdosen som 1 enkelt dose.

Harris og medarbeidere har vist at 1 dose Tenormin daglig synes å gi den samme virkning på hypertensjon som 2 enkeldosser!

mm Hg

Fig. 1 Blodtryksreduksjon liggende etter Tenormin gitt 2 x, henholdsvis 1 x daglig. Gjennomsnitt for 9 pasienter.



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

Bivirkninger: Kalde hender og føtter, muskeltretthet kan forekomme. Gastrointestinale ubehag og sovnvansker 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 luftveislidelsjer. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta₂-spesifikke bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretslepsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betabloktere innebefatter alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betabloktere virker uten å oppheve digitalis' positive inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokernes negative inotrope effekt motvirke digitalis' positive 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 betabloktere. Forsiktighet bør utvises ved metabolisk acidose, til gravide og under eter- eller kloroformanestesi.

Ved nedsatt nyrefunksjon innebefatter bruk av betabloktere 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 tabletten daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter to uker, skes doseringen til 2 tabletter 1 gang daglig. Ønskes ytterligere reduksjon av blodtrykk, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

PAKNINGER:

Trykpkapning: 30 tabletter à 100 mg
100 tabletter à 100 mg

Litteratur:

1. Harris, A. M. et al: J. Int. Med. Res., 4: 347—351, 1976.



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

ELI OG OLA BRATLIE
2250 ROVERUD



Et alternativ ved behandling av kvalme og brekninger

Stemetil®
prochlorperazin

Stikkpiller á 25 mg



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:
Absolute: Koma, svære alkohol-
og hypnotika intoksikasjoner.
Relativ: Leverdelses. Myastenia
gravis.

BIVIRKNINGER:
Ekstrapyramidele: Akinesi, parkin-
sonisme, akatisi, akute dystonier.
Doseredsuksjon og eventuelt tillegg
av antiparkinsonmiddelet i begrenset
tidsrom, vanligvis helst ikke lengre
enn 2-3 måneder, bedrer ofte symp-
tomene. Akatisi reagerer ofte
dårligere på antiparkinsonmidler
 enn de parkinsonslike symp-
tomer. Tardive dyskinesier. Disse
kan være mer eller mindre irrever-
sible. Dosen reduseres, og gradvis
seponeering av medikamentet over-
veies. Vanlige antiparkinsonmidler
forverr dyskinesien. Psykiske:
Somnolens, som regel av kort varig-

het. Vegetative og kardiovasku-
läre: Orthostatisk hypotensjon. Mild
obstipsjon. Kvalme, munntørhet.
Akkomodasjonsparese, angio-
neurotisk edem. Dermatologiske:
Lette hudreaksjoner. Hemato-
logiske: Leukopeni ses sjeldent,
men har vært rapportert. Lever-
komplikasjoner: Icterus ses
sjeldent, men har vært rapportert.

FORSIKTIGHETSGREGLER:
Ved langvarig neuroleptika-
behandling må vedlikeholdsdosisen
ikke være høyere enn strengt
nødvendig. Man bør være obser-
vant overfor lidlige symptomer på
tardive dyskinesier. Antipakinson-
midler bør kun brukes når det
foreligger behandlingskrevende
ekstrapyramidele bivirkninger.

Forsiktighet bør utvises ved
dosering/behandling av pasienter
med alvorlige hjerte- og kretslap-
pelses, leverdeler, nyreldeler,
krampe, trombollebitter, høy alder
og barn. Ved initial parenteral
behandling og hos eldre må man
være oppmerksom på farene for
blodtrykksfall (noradrenalin
anvendes ved hypoensive
kriser). Forsiktighet må utvises
hos pasienter med ubehandlet
trangvinkeglaukom, 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
linsefordunkning foreligge.
Pasienten advarses mot blikjering
og pass av maskiner. Kombinasjon
med alkohol bør unngås.

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