

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 2

FEBRUAR/MARS 1979

ÅRGANG 8

(Mangler navn)



## Og hvilke plager har så De, herr professor

### Av innholdet:

- MARTIN HOLTE: Professorene ved Rikshospitalet og etableringsloven ..... s. 2  
AAGE BJERTNÆS: Legeaktioner ..... s. 3  
J. J. MENSAN: Blir det lemenår i år? ..... s. 4  
KJELL JOHANSEN:  
Prisoppgaver. Solstrandkurset 1979 ..... s. 5  
FINN NILSSON:  
Hvorledes kan legemangel måles? ..... s. 6

- NILS STANGELAND: «Sykehusmissene» ..... s. 9  
MARTIN HOLTE:  
Almenpraksis og spesialistutdannelse ..... s. 10  
TORIL OLDEN: Helseøkonomi ..... s. 11  
HARALD SIEM, PER FUGELLI:  
Kommentar til Steinar Westin ..... s. 12  
ODDMUND GRØNVOLD:  
Forandring av legeregning II ..... s. 13  
STEINAR WESTIN:  
Nytt slag mot primærmedisinen ..... s. 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

# Professorene ved Riks-hospitalet og etableringsloven

Annonse-teksten - en påminnelse om motivet bak motstanden mot etableringsloven. Et motiv som ikke synes rettet til primærhelsetjenen, men mot den.

I tredje avsnitt går en imot en stillingsstopp. Det er da nærliggende å spørre seg hvor effektiv ville da en stillingsstopp håndhevet på Legeforeningenes premisser har blitt når sentrale personer går imot? Dette forklarer jo klart behovet for en mer reglementert styring. Videre heter det at frivillighet og til litt er sentrale begreper i lege/pasient forhold og i neste avsnitt at den begrenset plikt-tjeneste er akseptabel. Hvor er frivilligheten her?

Hva betyr en etableringsregulering i praksis? Jo, at man må søke jobb der det er jobb. Vil man søke seg i fra den jobben er det bare å søke andre, når det byr seg ledige stillinger. Det er jo dette som skjer idag når en distriktslege fra Finnmark søker distriktslekestilling på Østlandet. Man blir da ikke bundet på et og samme sted på ubevetst tid slik det hevdes.

Kravet om 200 nye offentlige stillinger i året! - den siste slagcuren i aksjonsmotivet fra Den norske Legeforeningen.

ANNONSE

## TIL STORTINGET

ANNONSE

Norske leger gjennomfører idag en politisk streik mot Innstilling O, nr. 36 (1978-79) fra sosialkomiteen om midlertidig lov om adgang til regulering av legevirksomhet.

Undertegnede professorer ved Rikshospitalet er entimomin og har således ikke adgang til å delta i streik. Vi vil derfor på denne måte få peke på enkelte forhold ved innstillingen som vi finner sørdeles uheldige.

Efter lovutkastet § 1 kan opprettes av legestillinger ved helseinstitusjoner forby eller begrenses. Dette innebærer den fare at sentrale helseinstitusjoner på sikt vil stagnere, med derav følgende redusert tilbud til pasientene. Landets medisinske nivå er i første rekke avhengig av disse sentrale helseinstitusjoner. En svakhet av deres daglige nivå vil ha usikre konsekvenser for vårt samlede helsetjeneste, vår forskning og vår utdannelse av medisinsk personell.

Efter lovutkastet § 2 vil almenpraktikere og spesialister heretter kunne arbeide med godtgjørelse etter folketrygdivisen på steder i vårt land som ansvises av et spesielt nedsett rødt. Det gir ingen tidsbegrensning, shover av denne midlertidige lov foreløps å gjelde inntil 1. januar 1983. Det er flere eksempler på at midlertidige lover blir forlenget og således før en mer permanent karakter.

Frivillighet og til litt er sentrale begreper i et lege/pasient forhold. De momenter av tvang og dirigering som ligger i forslaget, synes uendelige og uheldige og gir oss et vist ønske forslaget som utsagnet til å løse det aktuelle problemet.

Det er bindende seg til et utkantstrøk for en bestemt periode, for så å være ferdig med denne forpliktelser, er noe de fleste norske leger forstår og ønsker etter frivillig basis. Nøye helt annet er et måtte til de økonomiske forpliktelser ved å opprette praksis og arbeide på ubestemt tid et sted man ikke ønsker, uten noen garanti for at man senere får virke et sted i landet man selv velger. Dette har betydning for legens hele livsstil i et grad som tidligere har vært ukjent i vårt samfunn. Det innebærer i relativasjon til andre yrkesgrupper en forskjellsbehandling som etter vår mening går utover de særige krav somfunnet med rimelighet kan stille til sine leger.

Denne uheldige sider ved lovutslaget er så tungtveivende at vi mener Stortinget bør avvise det. Adekvat ledeskriving i utkantstrøk vil kunne oppnås bedre og hurtigere på frivillig basis ved andre metoder, som blant annet påpekt av Den norske legeforening.

KNUT BJØRD  
professor, dr. med.  
KJELL BØVRE  
professor, dr. med.  
AUDUN FLATMARK  
professor, dr. med.  
EGIL GJONE  
professor, dr. med.  
K. V. HALL  
professor, dr. med.  
OLAV HILMAR IVERSEN  
professor, dr. med.  
sign.

K. JYSSUM  
professor, dr. med.  
EIVIND NYTH  
professor, dr. med.  
E. NYBERG-HANSEN  
professor, dr. med.  
GEORG RAJKO  
professor, dr. med.  
MARTIN SEIP  
professor, dr. med.  
ODDVAR STOKKE  
professor, dr. med.  
sign.

OLE STORSTEIN  
professor, dr. med.  
JACOB STOVNER  
professor, dr. med.  
THØRE LE THOMASSSEN  
professor, dr. med.  
T. WESSEL-JAAS  
professor, dr. med.  
FINN WINTHOR  
professor, dr. med.  
TRYGVE AAKHUS  
professor, dr. med.  
sign.

Frykten for at 200 nye leger kan bli gående arbeidsledige fordi myndighetene ville bruke loven om etableringsreuleringen som en sovepute, ble blåst sterkt opp. Man savner basis i denne argumentasjonen.

Det er klart at etableringsregulering ikke løser problemet i primærhelsetjenesten, men er et av mange virkemidler.

Et viktig virkemiddel er loven om distrikthelse-tjenesten som vi venter vil komme snarest - kanskje allerede på slutten av Stortingets vårsesjon.

I denne loven vil sannsynligvis kommunene få ansvaret for opprettelse av stillinger.

Hjem stilte kravet om opprettelse av 2-3000 stillinger ved våre sykehus når sykehusloven ble innført i 1969?

Hjem stilte kravet om stillinger når om skolehelse-tjenesten eller helsesta-sjonsvirksomheten ble innført?

Et lite tankekors tilslutt, - hvem har lurt hvem? - Akpm-ml eller de konservative krefter i Den norske Legeforening - en slik politisk forbrødring for å styrke primærhelsetjenesten, virker ikke den eiendommelig?

Martin Holte

# LEGEAKTIONER

Etableringsloven er vedtatt, våre aviser og nyhetssendinger befatter seg ikke lenger med bekitlede menn og kvinner meninger.

Legestanden har vært i kok noen måneder, anført av maktblokken YLF som på en militant måte har kjempet for sine krav.

Aktionens hensikt var hele tiden å få helse- og sosialkomiteen og det norske Storting til ikke å gå inn for en etableringskontroll. Dette har til en viss grad lyktes da lovforslaget som ble vedtatt, ikke omfatter at allerede opprettede stillinger på sykehus blir redusert. Dermed trodde mange at vesentligste kampmotivet for YLF var falt bort. At målet for de aktionene siste ukene ble endret til å gjelde primærhelsetjenestens sak var noe overaskende. Da dette ikke fikk støtte fra distriktslegene og på primærlege hold, er vel dette et uttrykk for at vi vil stå for analyse av våre arbeidssituasjon selv uten innblanding av sykehusleger. Å kreve nyopprettelse av 200 distriktslekestillinger som straks løsning midt i et budsjett - år synes for oss som arbeider i primærhelsetjenesten, umulig både praktisk og økonomisk.

Å bruke aktionsformer som oppsigelser av legevakter og poliklinisk arbeid som brekkstang vil vel også neppe gavne saken.

Politikere og myndigheter har ved disse aktionsformene fått øynene opp for at viktige funksjoner som legevakt kjøring og poliklinisk arbeid ikke kan løses på fritidsbasis og ved neste korsvei vil vel dette privilegium bli erstattet med mere juridisk binende avtaleformer. Hos folket har legeaktionene neppe funnet sympati.

Og vi spør oss også om DNLF's storstilte propagandamaskin med helsides

annonser og professor-gallerier på første side i våre dagsaviser gav et troverdig inntrykk av forholdene.

Vi ber nok en gang om at vi snarest får innført et 1/2 års almenpraksis som obligatorisk sideutdannelse i alle spesialiteter.

NYTT

«Uriktig av Lægeforeningen»

**FUSK MED TALL**

**Primærhelsetjenesten er et falsk alibi**

Vi vet jo, idag er det 1 ubemalt distriktslekestilling i Troms  
1 ubemalt distriktslekestilling i Finnmark  
12 ubemalte distriktslekestillinger i Nordland  
Alt i nesten ingen stillinger 3 establete leger i.

Vi vet at mange leger vil ta disse unntakene, men ingen ønsker 24 timers bereedskap 7 dager i uken over lengre tid.

Dens norske lægeforening fusker med tallene. Både i Troms og i Finnmark har det vært oppsikt at aktionskomiteen mot etableringsloven har gått ut med uriktige opplysninger i en løpeseddel som er distribuert i tusen-talls eksemplarer.

Direkte flaut for den norske legestand er det også å bli beskyldt for fusk ved statistikk når en bevisst forminker den prekære situasjon i primærhelsetjenesten på Vestlandet og i Nord-Norge som synes å foreligge.

Den heksejakt som har vært drevet i enkelte av våre lokale legeforeninger på styremedlemmer som har uttalt seg til fordel for loven, eller ikke sterkt nok har tatt avstand fra den, har skapt en trykkende atmosfære.

Vi håper på større tak-høyde og toleranse innen DNLF, det gjelder meninger og ulike synspunkter i de debatter som må følge.

I legeforeningens motforslag ble det listet opp en lang rekke positive reformer som kan styrke primærhelsetjenesten. Vi håper at alle fraksjoner innen DNLF ikke lar disse gå i glemmeboken, men at de blir medbrakt og vedtatt i Stavanger. En endring ber vi dog om å bli fjernet. DNLF's pris "Den gylne gulerot" som vil gi en distriktsleges almenpraksis i utkantstrøk et halvtår tellende sideutdannelse ved søknad om spesialitet.

Dette er en grov diskriminering av faget almenmedisin. Denne holdning viser bare nok en gang at DNLF's tradisjonelle tenkemåte er spesialist-dominert.

Først med en slik anerkjennelse vil faget almenmedisin ha sin verdi, også i rekrutterings øyemed.

Når det gjelder myndighetene har vi tidligere uttalt at etableringsloven alene ikke vil føre til nevneverdige positive forandringer for distrikthelsetjenesten.

Vi er glad for at stadsråd Rysthe fra stortingets talerstol offisielt har lovet oss loven om primærhelsetjeneste en gang på vårparten.

Flere utsettelses- og forhalinger har vi under de nærværende forhold ikke råd til. Vi forutsetter også at loven blir fulgt opp til tross for at den vil koste mange penger.

Prognosene viser at vi i årene fremover vil ha mulighet til å få et legetilstskudd på 200 nyutdannede leger til primærhelsetjenesten.

For at disse skal kunne absorberes må man få opprettet et stort antall fastlønnsstillinger og få en betydelig forbedret normaltariff. Vi vil følge den videre utvikling med stor spenning. Statsbudsjettet og tariffforhandlingene til høsten vil være avgjørende for primærhelsetjenestens fremtid.

Aage Bjertnæs

# BLIR DET LEMENÅR I ÅR?

Ved J. J. Mensan



Fig. 1.

Det har vært tynt med lemen i distrikts-Norge i mange år, ja, faktisk lemenmangel siden det berømte skredet begynte i 1975.

Mangel på lemen har ført til trivseltap både for den ene og den andre gruppe av innbyggere i kystbefolkningen vestpå og nordpå. (1,2). På den annen side har rapporter (3,4) kunne fortelle om at det bygger seg opp et overskudd av lemen øst for vannskillet.

For å skaffe meg et bilde av det mulige lemenoverskuddet, forlot jeg vestlandsdistriktet for halvannet år siden. Observasjoner som er samlet i det følgende tidsrom er gjengett i denne artikkelen.

#### Materiale og metoder:

**Metode:** Metodene som har vært brukt har vært intervjuer av nøkkelpersoner, deltagende observasjon, svansmåling og temperaturregisteringer. Direkte oppstelling har ikke kunnet foretas.

Første metode, kontakt med nøkkelpersoner i håp om en klarere oversikt over problemet vist seg som metode mislykket. Etter 3 forsøk på å trenge inn i hoffet ble denne metoden forlatt.

Den andre metoden, deltagende observasjon, har vært anstrengende og emosjonelt belastende, men meget fruktbar. Den innsikt som på denne måte er vunnet har gjort meg i stand til å binde sammen de mene numeriske fakta som ellers er målt.

De to siste metodene har vært utført etter velprøvet metoddikk, med lemen-termometer og svansometer (se figur 1).

**Materiale:** Materialet er hentet fra selve smørøyet, og fra enkelte omkringliggende smørklatter. Direkte målinger er foretatt på representative utvalg av alminnelig lemen (50), yngre lemen (500), overordnede lemen (30) og løsleddet lemen (40). Nærmore karakteristika av materialet er gitt i tabell 1.

Når det gjelder svanslengde og temperatur er resultatenne gjengitt i tabell 2. Det fremgår at det er et inverst forhold mellom temperatur og lengde av svans mellom de forskjellige grupper, idet de yngre lemen har et høyere temperaturnivå og kortere svans, i motsetning til de overordnede lemen.

Temperaturnivået blant de yngre lemen har en klar sammenheng med gjæringsprosesser som man kun får innblikk i ved deltagende observasjon.

Jeg fikk et klart inntrykk av en gjæringsprosess som var i gang. Ved direkte møter og samtaler med yngre lemen av forskjellige farver (hvite, grå, svarte) kunne jeg observere adskilige tettboddhet og svansbiting. Man fikk et klart inntrykk av at et næringsgrunnlaget neppe ville bære særlig lenger, ikke minst fordi det var bebudet reduksjoner i fôrmengden.

Yngre Lemens Forening, som til å begynne med ikke hadde oppdaget gjæringsprosessen, diskuterte mot slutten av tidsperioden selvutslettende tiltak som forbud mot å gresse på normaltariffen, iallfall ved sykebesøk, forbud mot undervisning. Det var mange steder klare forvirringsstilstander, og man la seg ut med alle andre beboere ved klart å overdrive de problemer man var kommet i. Forslag om å styrte seg i havet ble fremmet, men nedstemt i prøvevoteringene.

På et par møter hvor jeg var tilstede, sprakk enkelte lemen. I akutte raserianfall med direkte angrep på sine medsøsken kom det til opphetninger hos dem som ble irreversible.

Bare i beskjeden grad ble vandring vestover og nordover diskutert.

	I alt	Alder	Vekt	Kvinner	Menn		Svanslengde	Temperatur
Alminnelige lemen	50	42	50	32	18	Alminnelige lemen	0,3	38
Yngre lemen	500	39	61	99	401	Yngre lemen svarte	0,5	41
Overordnede lemen	30	50	62	2	28	grå	0,4	40
L.L.L.	40	38	29	20	20	hvite	0,4	38
Til sammen	620	39,7	58,1	153	767	Overordnede lemen	3,1	37
						L.L.L.	1,5	37

TABELL 1: Oversikt over alder, vekt og kjønn av målte lemen, samt oppdeling i yrkeskategorier.

TABELL 2: Svanslengde og temperatur hos 620 lemen.

#### Diskusjon:

Det er vanskelig å trekke sikrere konklusjoner med tanke på lemenår i år eller neste år. At et lemenår er nært forestående synes åpenbart.

Temperaturmålingene og svansbiting kan komme igang med første, på en annen side er draget mot vest ikke sterkt nok ennå. Men i motsetning til andre forskere (4) synes jeg ikke å registrere at veien vestover er sperret eller direkte frastøtende.

At noen lemen er sprukket og at forsøk på å ekskludere lemen med avvikende meninger er mislykket, skulle tyde på en indre beredskap til målrettet og reflektert handling.

Objektive målemetoder har i denne sammenheng vist seg utilfredsstillende, (svans- og temperaturmålinger) og deltagende observasjoner kan ikke helt utelukke subjektive tolknninger. Det ville være ønskelig med metoder som kunne identifisere de faktorer som ville føre til at lemen bega seg på vandring vestover.

#### Referanser:

- 1) Westum, P.: Distriktslemens arbeidsdag -77 D.n.skr.p. 32, 135-45, 1978.
- 2) Norum, P.: Vanskille og vanndybde. Ibid.
- 3) Ot.prp.16: Om midlertidig lov om regulering av lemenstanden.
- 4) Gnav, G.: Opp eller rett vest? Om lemens valg for fremtiden S.tiden no 10, s. 88-89, 1978.

## PRISOPPGAVER

# Solstrand-kurset 1979

Til årets Solstrandkurs, 14.-20. oktober, har Vestlandsbanken L/L stilt til disposisjon kr. 3.000,- for beste besvarelse av en prisoppgave. Kurskomiteen inviterer herved alle landets primærleger til å besvare en av nedenstående oppgaver.

Vinneren vil bli invitert til å presentere sin besvarelse i form av en forelesning av 30 min. varighet lørdag 20. oktober 1979.

Vi ønsker å få belyst følgende tema.

1. Primærlegene tar hånd om langt de fleste pasienter. Både legene selv, Den norske Lægeforening og de sentrale helsemyndigheter er interessert i at disse pasientene får en så god helsetjeneste



som mulig.

Diskuter hvilke muligheter man har for kvalitetskontroll av almenpraksis.

2. De fleste alment praktiserende leger har hjelpepersonell i sin praksis. Hvilke funksjoner skal disse ivaretakke og hvilke kvalifikasjoner og egenskaper er det ønskelig at disse har?

Besvarelsene sendes kurskomiteen ved undertegnede innen 15. sep. 1979.

Med vennlig hilsen

**Kjell Johansen**

Intuitut for almenmedisin  
Ulriksdal 8c  
5000 Bergen

# Hvorledes kan legemangel måles??

Lege Finn Nilsson — 5390 Klokkarvik

Den foreslalte Lov om etableringskontroll har vært debattert utover høsten 1978. Debatten har brakt fram mange argumenter for og mot en slik lov og argumentene er forsøkt belyst ved å henvise til den krise og den legemangel som har oppstått i enkelte deler av landet. Høringsnotatet om Loven inneholder også endel slike utsagn om manglende legedekning og rekryttering til primærlegetjenesten.

Det savnes en hensiktsmessig måte å måle legemangel på som kan gi et entydig mål for situasjonen og dermed tjene som diskusjonsgrunnlag.

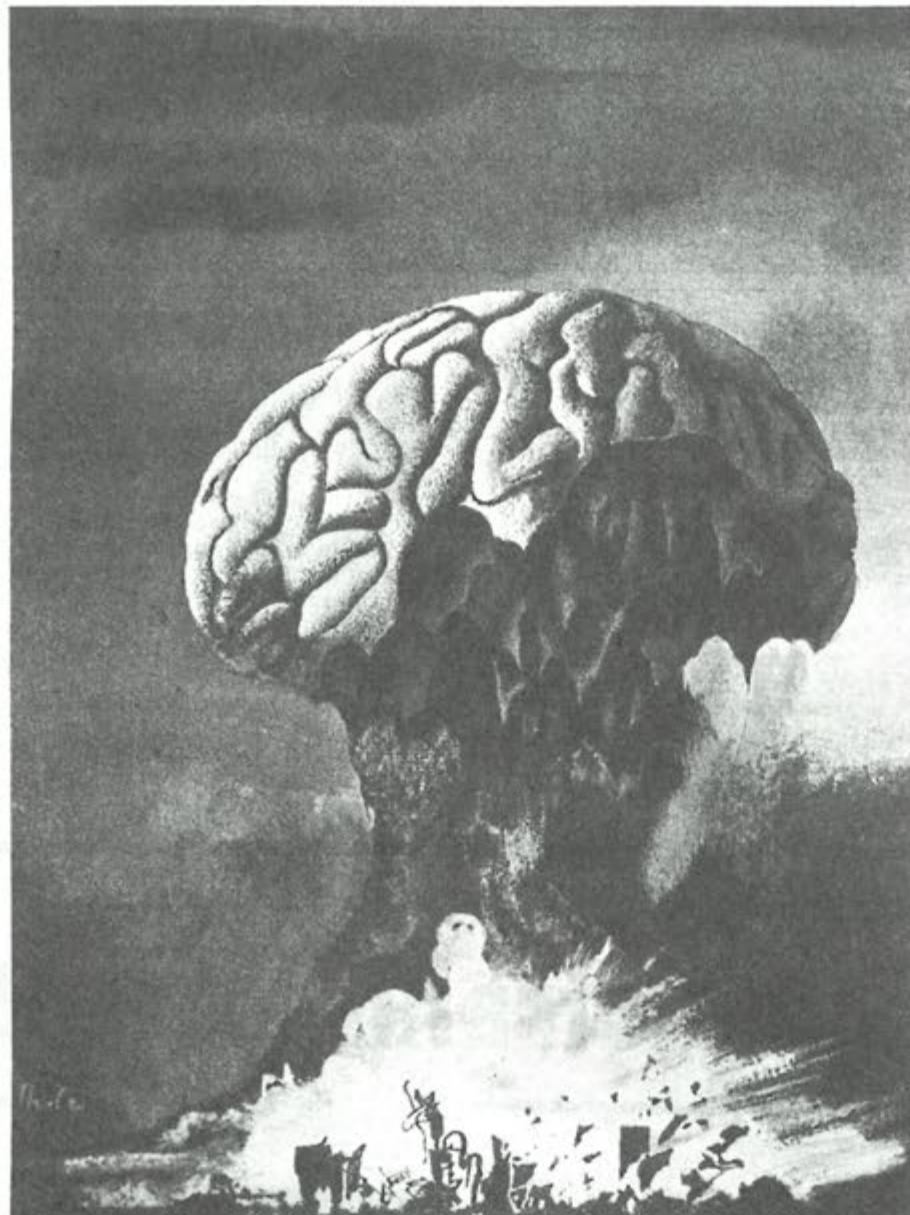
I det nedenfor stående vil jeg forsøke å belyse forskjellige måter å måle legemangel på, og ved enkelte tall belyse situasjonen slik primærlegetjenesten er dekket i Norge i dag.

## Hva er legemangel?

Ordet mangel innebærer at det er et misforhold mellom behov (i dette tilfelle for helsetjeneste) og tilgang (på slik tjeneste). Om det oppstår en mangel-situasjon kan dette derfor beror både på en økning i behovet og/eller i en redusjon av tilgangen. Ved å benytte de tall som gjelder for legedekning basert på Statistisk Sentralbyrås årlige legetelling vil man finne at alle landets fylker idag har flere primærleger enn de

hadde i 1970. Mangel og behov er derfor ikke mulig å illustrere ved antall leger, men ved det forhold at behovet har økt raskere enn antallet primærleger.

Ved å se på tallene i Helseundersøkelsene i 1968 og 1975 vil man finne at antallet kontakter hos primærleger pr. befolknings-enhet har økt med 68%. Dette bekrefter antagelsen om at det ikke er manglende rekryttering som er hoved-



årsak til legemangelen på landsbasis, og dette bekreftes også av legestatistikene som forteller at antallet primærleger har økt fra 1456 i 1970 til 1906 i 1978 (dvs. 30,9%).

## Hva er en primærlege?

I forskjellige sammenheng blir ordet primærlege brukt forskjellig. I en diskusjon vil man derfor kunne snakke forbi hverandre. Statistisk Sentralbyrå har i sin legestatistikk brukt begrepet primærlege om:

- Alment praktiserende leger (private eller offentlige).
- Distriktsleger og stads-

leger i kombinerte stillinger.

- Turnuskandidater i distriktsturnus.

Dette innhold i begrepet primærlege vil også dekke den funksjon som vanligvis knyttes til denne benevnelsen.

Primærlege blir den lege som i sitt arbeid i det vesentlige møter "uselekterte" pasienter som har et eller flere helseproblem de føler behov for å kontakte lege for. Definisjonen slik den er gitt ovenfor gir oss også en rimelig innfallsport til fremtiden,

da man ved en adekvat utbygging av legetjenesten nettopp ønsker at den lege som arbeider i primærhelsetjenesten skal være spesielt kvalifisert til å møte dette "uselekerte" klientell.

I dag dekkes endel av primærlegenes naturlige arbeidsfelt av en rekke andre kategorier leger (f.eks. legevaktsleger, spesialister som mottar pasienter uten henvisning).



#### MÅLEENHETER FOR LEGEDEKNING/LEGEMANGEL:

Jeg vil her kommentere tre forskjellige måleenheter og vurdere deres hensiktsmessighet i dagens debatt:

1. Antall primærleger
2. Antall innbyggere pr. yrkesaktiv primærlege
3. Antall ledige opprettede stillinger.

#### Antall primærleger.

Denne måleenheten gir et godt grunnlag for å bedømme rekrytting og netto tilgang. Dersom man kjenner alderssammensetning og stabilitet i stillingene vil informasjonen bli bedre.

I den aktuelle situasjonen er det naturlig å se på tilgangen på primærleger i den periode vi har sikker statistikk for, og man finner her at antallet leger som fyller definisjonen på primærleger har øket med 30,9% fra 1970 til 1978. Dersom man ser bort fra stigningen i antallet tur-nuskandidater som i samme periode har vært 67 leger finner man at sektoren almenmedisin har fått 383 nye leger, dvs. en økning



på 29,1%. Når det hevdes at almenmedisin/primærmedisin har gått reelt tilbake er dette derfor feil.

Måleenheten gir grunnlag for sammenlikninger fra år til annet og innen hvert enkelt arbeidsfelt, men gir ikke uttrykk for spredningen av legene til forskjellige geografiske områder, og gir ikke grunnlag for sammenlikning mellom deler av landet da geografiske forhold og folketall/folketettet varierer sterkt i landet.

#### Antall innbyggere pr. yrkesaktiv primærlege.

Denne målemetoden gir bedre grunnlag for å sammenlikne legedeckningen landsdeler i mellom, da forskjeller i folketall elimineres.

Man må imidlertid ikke falle for fristelsen til bare å sammenlikne dette tall da geografiske forskjeller, kommunikasjoner og legevaktordning gir forskjeller i det tilbud som oppleves av befolkningen.

Videre vil den erfaring som befolkningen har med hensyn til legedeckning være en vesentlig faktor som påvirker behovet i området. En reduksjon føles verre enn en manglende økning. For primærhelsetjenesten gjelder det at man med denne måleenhet finner at dekningen varierer mellom 1820 innbyggere/lege i Vest-Agder fylke og 2852 innbyggere/lege i Sør-Trøndelag fylke i 1977.

Landsgjennomsnittet var i 1970 2671 innbyggere/primærlege, mens det er 2125 innbyggere/primærlege i

1978. Dette tall forteller at situasjonen på landsbasis har bedret seg markant og at den bedrede legedekning langt overskriver befolkningsveksten når det gjelder denne sektor.

#### Antallet ubesatte primærlegestillinger.

Av de instanser og personer som har villet vise at vi befinner oss i en krise har dette vært den mest benyttede enhet. Enheten gir kun et begrenset mål for den totale helsetjeneste i primærlegetjenesten da de fleste arbeider utenfor de formelle stillinger.

Enheten gir intet sammenlikningsgrunnlag fra år til annet uten at man samtidig angir det antall stillinger som opprettes i det tidsrom man sammenlikner.



Det er opprettet ca. 185 stillinger på statsbudsjettene fra 1972 til og med 1979. Dersom man holder

1979 utenfor vil man få ca. 155 stillinger (1979 budsjettet har enda ikke fått tid til å settes ut i livet). Dersom legetallet i distrikts- og stadslege-stillinger har vært konstant gjennom disse årene hadde det altså vært ca. 155 flere ledige stillinger pr. i dag enn i 1972. Dette er ikke tilfelle. Legestatistikene angir at antallet distriktsleger og stadsleger i kombinerte stillinger har steget fra 378 til 505 fra 1970 til 1978, dvs. en stigning på 113 besatte stillinger, dvs. 29,9% (i 1972 401 stillinger besatt).

En direkte angivelse av ledige stillinger på landsbasis eller fylkesplan er derfor direkte misvisende dersom man ønsker å sammenligne med tidligere år uten at man angir opprettelsen av nye stillinger.

#### Hvilke enheter skal benyttes i vurdering av legedekning?

De enheter som er referert ovenfor har alle informasjonsverdi. Det er imidlertid svært viktig at enhetene ikke brukes uten å angi supplerende opplysninger og begrensningene. Dersom man skal vurdere behovet for leger bør man normere dette for primærhelsetjenesten.

I distrikter der kommunikasjoner og befolkningsstrukturen gjør forholdene vanskelige må man øke behovstallene. Ved en summering av slike anslag basert på en generell normering korrigert for lokale forhold kan man komme fram til et behov for primærleger på landsbasis.

En simpel angivelse av antall innbyggere pr. primærlege sier lite om antallet leger som trengs for å nå en ønsket dekning uten at innbyggertallet oppgives. En liten befolkningsstørrelse opplever en langt større forbedring ved en liten netto tilgang enn en stor befolkningskonsentrasjon. 15 leger i tilgang i Finnmark ville f.eks. gi en legedekning på ca. 1460 innbyggere/primærlege mot i dag ca. 2000 innbyggere/primærlege, mens en tilgang på 15 leger i Hordaland (m/Bergen) vil gi en legedekning på ca. 2315 innbyggere/primærlege mot i dag ca. 2540 innbyggere/

primerlege. Hordaland vil trenge ca. 155 leger for å nå en dekning på 1250 innbyggere/primærlege, mens Finnmark vil trenge 23 leger for å nå det samme mål.



#### Hvilke hovedproblemer har vi i dekningen av primærlegetjenester?

- Antall pasientkontakte øker raskere enn befolkningsøkningen.
- Antall pasientkontakte øker raskere enn legetallet.
- Enkelte fylker har de siste par år opplevet en nedgang som er svært ubehagelig for befolkningen, selv om også disse fylker har en bedre dekning enn i 1970.



- Enkelte distrikter står uten primærlege. (Etter innsamlede opplysninger fra fylkeslegene er dette 10 distrikter hvorav 4 i Nordland pr. 15/11-78).

- Enkelte distrikter er kun betjent av turnuskandidater (14 distrikter etter de samme kilder).
- Institusjonshelsetjenesten er bygget ut og organisert på en slik måte at leger lettere velger en karriere i denne.
- Svingningene i antall turnuskandidater slår sterkest ut i enkelte perifere fylker.

Hvert av disse punkter må løses med tiltak som går på årsaken til problemet. Noen over natten løsning som løser alle problemene finnes ikke. Den viktigste faktor synes etter min mening vanskeligst å angripe, nemlig det økende behov.



Dette er ikke bare betinget i at det finnes et helsemessig tilbud for aktuelle lidelser, men i troen på at slik behandling finnes. Videre er det grunn til å tro at både samfunnssendringer og forfeilet helseinformasjon bidrar til å øke slikt behov.



# debatt!



I "Utposten" nr. 1 1979 har tidligere redaktør, nu bynisse Per Wium, et innlegg om distriktslegen som ble bynisse. Som sykehusnisse håper jeg å få plass til følgende kommentar.

Jeg hadde satt pris på om Wium i klare ord hadde presisert hva han mener og ikke velger en form som er vanskelig lesbar for en stakkars sykehusnisse.

Angående helikopteret og dets plass i samfunnet er en lang rekke leger også innen sykehus, enig med Wiums betrakninger.

Langt vanskeligere er det å forstå hva egentlig Wium vil med sine spark under beltestedet til sykehuslegene i Oslo. Mener virkelig Wium at sykehuslegerne er almenpraktikeres verste fiende?

Jeg tillater meg å sitere Wium: "Juleheftene fortalte i år om sykehusnisser som ville streike". Jeg antar at Wium her tenker på avisenes dekning av De yngre legers protester mot etableringsloven. Mot nevnte lov protesterer også 62 av 67 distriktsleger og primærleger i Troms, dette passer det ikke Wium og hans meningsfeller å nevne. Kanskje loven er dårlig?

Det som er sagt og skrevet er at sykehuslegerne overveier å trekke seg fra overtidsarbeid på sin frid, til eksempel legevaktkjøring dersom loven blir kjørt igjennom.

Det er således ikke snakk om streik. Hvorfor er det så krise i helsevesenet i Oslo? For å bruke samme form som Vium vil jeg da hevde: På grunn av bynissene (les bydelslegerne) i Oslo har kontortid fra 0800 til 1500, ingen vakt og lønn kr. 148 000 for 38 timers uke, uansett om bynissen drikker kaffe hele dagen og nekter å se på pasienter uten timebestilling eller å gjøre noe i det hele tatt.

Sykehusnissene har fått sin 38 timers uke lønnskl. 17-23 med topplønn 108 000 kr. I tillegg kommer så harde vakter og overtid, noe som på Ullevål fører til tjenesteplaner fra 42-52 timers uke. Mener virkelig Wium at de yngre leger ved Oslo sykehusene bare drikker kaffe på vaktene og ikke yter befolkningen service? Det er vaktene og overtiden som fører inntektene opp på samme nivå som Wiums. Etter 10 år på sykehus synes jeg at jeg arbeider hardt nok for pengene og dekker et behov, men dette kan kanskje Wium motbevise. Hva med alle henvisningene fra bynissene og distriktsnissene rundt Oslo? Er ikke dette basert på et gjensidig tillitsforhold og forståelse for at noen har ønsket et arbeid innenfor sykehusvesenet, mens andre trives best i almenpraksis? Skal vi nu bare snakke nedsettende om hverandre eller er virkelig Wium nå som bynisse virkelig så flink at han ikke lenger har behov for å sende noen pasienter til spesialister og sykehus?

Jeg vil avslutte med følgende sitat fra Wiums innlegg: "Jeg tror ikke jeg kan skrive mer nu.. Jeg må ut og kjøre legenis-

vakt for storbybefolkningen. De er så syke, så. Og så forfaller det noen avdrag på huslånet i neste uke".

Sitatet viser en holdning overfor befolkningen i Oslo som er skremmende. Dersom Wium mener at Oslo's befolkning ikke har behov for å få lege hjem, burde han avholde seg fra å kjøre legevakt. Jeg forstår sitatet slik at han med et hånflir ser på pasienten, innkasserer sitt honorar og sender sin regning til trygdekontoret. Jeg tør be om at Wium presiserer hva han egentlig mener. At han også som andre husløse leger i Oslo må kjøpe et hus til familien og dermed må tjene ekstra for å overleve, registrerer jeg bare som et faktum. Jeg håper at Wium ikke er representativ for den mening som hersker blant bydelslegerne i Oslo.

Ullevål sykehus 7/2-79  
**Nils Stangeland**  
reservelege



# Almenpraksis og spesialistutdannelse



"Tjeneste i almenpraksis kan etter sin natur ikke være del av spesialistutdannelse".

En uttalelse som de almenpraktiserende legene stadig får servert av spesialistforeningene.

Overnevnte uttalelse er hentet fra spesialforeningen i gynekologi og obstetrikk etter et forslag som går ut på å supplere nuværende regler for sideutdannelse med "at tjeneste i almenpraksis teller med 1/4 verdi med inntil 6 mnd. for sideutdannelse i fødsels hjelp og kvinnesykdommer".

Det betyr at 2 år almenpraksis kan telle med 6 mnd. Og dette er altså ikke bra nok for spesialitettskomiteen. Da tillater jeg meg å spørre om hvilke vurderinger som ligger til grunn for en slik uttalelse. Vet spesialitettskomiteen hvilket stort felt gynekologi og obstetrikk er i almenpraksis?

Ja med bare nevne noen få daglige situasjoner som prevensjon med bl.a. innsetting av spiral, dysmenorrhoëa, metrorrhagia, fluordiagnostik og behandling, diagnostik og behandling endometrit og salpingit, svangerskapskontroll etc., listen kan gjøres meget, meget lengere. En lignende holdning har de almenpraktiserende legene møtt hos spesialitettskomiteen i psykiatri ved forespørsel om å godta almenpraksis tellende som sideutdannelse.

Også helt uforståelig når vi som arbeider i almenpraksis vet hvor hyppig en støter på psykiatriske problemstillinger (25-30% av alle konsultasjonene). Da vil man heller godta ren klinisk-tjeneste ved f.eks. gyn.avd./med.avd./øy avd. etc.

Kan vi som almenpraktiserende leger, primær/helhetsleger akseptere eller forstå en slik holdning overfor vårt fag? Er det "tredjerangsmedisin - lavstatusmedisin" vi som primærleger bedriver? Hvis det er slik vårt fag almenpraksis oppfattes av våre spesialitettskomiteer så kan man kanskje fatte noe av de tankebaner som leder våre ansvarlige spesialister til å innta en slik holdning.

Rangstigen i den medisinske karriere starter jo med almenpraksis på laveste plan. Så kommer gruppe II sykehus så gruppe I sykehus og på toppen har vi våre medisinske fakulteter ved universitetene. Det er galt å måle de medisinske kvalitetene etter denne målestokk.

Det er ikke "Hattfjelldal eller Ola-medisin" vi i primærhelsetjenesten utøver.

Vi må forsøke å analysere de forskjellige medisinske ytelsler fra en helt annen synsvinkel - nemlig den at det er faglig likeverdig arbeide vi utfører. Felles for de forskjellige medisinske profesjoner er

pasienten og at pasienter har et varierende behov for helsetjeneste.

Alt etter behov veksler da kravet til mer eller mindre spesialistkompetanse hos den lege som skal analysere og løse pasientens helseproblem.

Hva er det egentlig som skjer? Jo, over 90% av den totale pasient/legekontakt skjer i almenpraksis og på dette nivå blir også helseproblemet løst.

Bare 5-10% blir henvist videre. Hvor ofte i en pasientens liv er det behov for spesialist-vurdering? Egentlig bare i bruddstykker av en helhet. Derfor er det så viktig å lære betydningen av å vurdere helheten i pasientens situasjon.

Ut i fra en slik synsvinkel virker det derfor så paradoxalt at almenpraksis i sin natur ikke kan godkjennes som sideutdannelse. Det fundamentale i primærhelsetjenesten er helhetsvurderingen av pasienten gjennom kontinuitet og trygghet i lege/pas. situasjonen.

Spesialisten er en konsulent som skal løse vanskelige oppgaver, men for å gjøre dette riktig så krever det kunnskaper om almenmedisin, almenpraksis og primærhelsetjeneste. Dette for å unngå en utvikling vi er inne i dag, med stadig vekk diagnostisering av "Olysses-syndromet".

**Martin Holte**

# Den økonomiske situasjonen i helse- og sosialsektoren

Eg arbeider i det som vel må kallast utkantstrøk i Norge. Difor har eg kanskje ein litt annleis innfallsvinkel til spørsmålet om den økonomiske krisa sin innverknad på helsearbeidet, enn dei som arbeider ved større institusjoner.

Egentleg meiner eg at vi i Norge som har råd til å kjøpe fly for milliardar av kroner også har råd til å ha eit helsestell - eit GODT helsestell.

Samstundes trur eg at denne nedskjæringstilstanden vi har no, kan hjelpe oss til å setja søkelys på oss sjølv:

Korleis bruker vi dei midla vi alt har til rådighet?

Kven bestemmer kva dei skal brukast til?

Kunne dei vore brukt på ein annan måte - slik at fleire fekk hjelp for same summen?

I same andedrettet melder mange spørsmål seg:

Korleis ER helsetilbodet i dag?

Ved legekontakt vert ofte pasientane sende frå den eine spesialisten til den andre. Kvar ein av dei veit mykje om SIN spesialitet, lite om anna. På Ørlandet kjem reise, diett, tapt arbeidsforteneste i tillegg til kvar undersøking = slik undersøking blir dyr samfunnsøkonomisk.

Innlegging i sjukehus - da kan det bli mykje venting på prøver osb. Mange dagar - DYRE dagar går imens.

Korleis BURDE helsetilbodet vera?

Det finst ikkje noko ein-tydig svar på det, men HEILSKAPSSYN på menneske i staden for deltenking syns eg er nøkkelord i denne samanheng.

Kva oppgaver skal helsevesenet ha?

Skal helsevesenet vera ein instans som reparerer alle slags lvte utan å seia frå om årsakssamanhenger vi ser?



T.d. magesår pga. av jag, mas osb. eller skal vi som helsearbeidarar å ha til oppgave å ropa eit VARSKO HER når vi ser utviklings-tendensar som vi veit er skadelege for helsa?

Slik det er no, oppstår det stadig nye krav om MEIR behandling og BETRE behandling for nærsagt alle lid- ingar. Denne tendensen trur eg vil halda fram så lenge tilbodet aukar. Kanskje er det ikkje så dumt å stoppa opp litt?

Kva blir KONSEKVENSEN av å halda fram som no? Held vi på å tek frå folk ansvaret for si eiga helse? VIL vi at ekspertane skal gje hjelp for alt? Bør vi ikkje gå inn for meir alminneleggjering av kunnskapen vår slik at mange fekk dela med oss i staden for å gjera alt meir spesi-alisert?

## Så til ØKONOMI:

Økonomiske ordningar bestemmer i høg grad kva slags helsetilbod vi får.

Det noverande systemet er dyrt. Og som eg sa: Eg meiner vi har råd til det. MEN

Når vi ser at sjukehusdrift sluker pengar, mange pengar kunne vi ikkje satse meir på poliklinisk behandling, betre koordinering av prøvetaking osb. jfr. forsøk på sentralsjukhus i Akers-hus.

Og - når det ligg så mange pleiepasientar på Region-sjukehuset (RiT) - er det ikkje meir rimeleg å bygge sjukeheimar til ca 1/3 av kurpengeprisen - enn å halda fram med utbygging av RiT?

Primærhelsetenesta er populær i ord no iallefall - i samband med ny lov - på trappene. Betre utbygging her ville kunne spa mange innleggingsar i sjukehus. Meir behandling lokalt ville bli billegrare samfunnsøkonomisk.

MEN sidan behandling refunderes av rikstrygdeverket (RTV) heilt utanom kommunen sin rekneskap, kjenner ikkje kommunane ansvar for dette. Og RTV refunderer berre KURATIVT helsearbeid ikkje forebygging.

Som vi ser: Økonomiske ordningar bestemmer kva slags helsetilbod vi får.

## ER VI MED Å BESTEMMER ORDNINGANE?

Skal eg freista konkludera, må eg seia:

Som helsearbeidar har vi fleire oppgaver:

Ein av dei: å gjera så god jobb som råd der vi er sett gjør vi vel relativt bra. Ei annan forsømmer vi trur eg:

Vi VBIT mykje som bør få konsekvensar for utviklinga av samfunnet vårt. Da må vi ta eit steg attende - sjå utover Norge og peika på det vi ser som klart i strid med god helse. Ikkje berre peika, men og SEIA FRÅ:

Helsearbeidet i vidaste forstand bør ikkje drivast berre ved sjukehus osb.

God helse bør vera overordna begrep ved samfunnsplanlegging- og der bør vi ta del med vår innsikt.

Da først trur eg vi kan håpe på eit kvalitativt betre samfunn å leve i. Eg trur ikkje det treng bli dyrare enn noverande system.

**Toril Olden**  
Fysioterapeut

# debatt!



## Til Steinar Westins analyse av etableringskontrollen og kollegers holdninger

Denne artikkelen fortjener ros. Den skaper oversikt over problemet og forklarer en del av de interesser som ligger bak forskjellige standpunkter.

Bare på et punkt er jeg uenig med Westin. Jeg kan ikke se at etableringskontrollen skulle vække mer motstand hos dem som ønsker å opprettholde legeyrket som liberale erhverv, enn full institusjonalisering av primærhelsetjenesten. (Som f.eks. ved Lov om distrikthelsetjeneste). Med etableringskontroll opprettholder man jo egenlig mekanismer med tilbud og etterspørsel, bare med en geografisk begrensning av tilbuddet til en eller annen maksimumsnorm.

Jeg må bekjenne meg som den gruppen som synes helse-tjenesten for distrikts-Norge har vært en nasjonal skamplott gjennom mange år, og synes det er en overordnet målsetning å få fordelt legene på en mer rettferdig måte. Jeg har likevel ikke vanskeligheter med å slutte meg til Westins aksjonspunkter.

Den voldsomme emosjonelle motstand man har møtt fra yngre leger kan ikke forklares av etableringskontroll alene. Jeg tror det er den underliggende realitet, det begrensende arbeidsmarked, og en overproduksjon av leger, som nå langt somt går opp for mange. Den massepsykose vi nå er vitne til vil forventelig gå over til mere strategiske fremstøt med tanke på å bevirkje flere stillinger, rimelig godt betalt, med regulert arbeidstid, med meningsfylte oppgaver - også i distrikthelsetjenesten.

## Med Steinar Westin som politisk los

I Utpostens januarnummer har, den ellers forstandige Steinar Westin en artikkel om etableringsloven hvor det blant annet heter: "Per Fugellis kamprop fra Lakslev og Arne Ivar Østensen som almenpraksisens basun i Trondheim forteller tydligere enn noe at kolleger med solid forankring i den borgerlige leir blir varme talsmenn for statlig regulering".

Jeg takker deg Steinar for velment hjelp og skulle gjerne nyte godt av den bekjemmelige trygghet som ligger i en slik solid forankring du gjør meg fast i, - men et sådant ankerfeste er, dessverre for oss begge, - i umulig utakt med min legning. Du tar altså sørgetlig feil og jeg synes jeg må si ifra om det og samtidig, - i forvissning om at du holder tett, - betro deg følgende:

Jeg har alltid vært og er fortsatt i politisk drift, - hittil i farvannet SV-Arbeiderpartiet-Venstre. Hvor seilasen vil gå i fremtiden og om den noensinne vil ende i havn, vet du formodentlig like lite om som jeg, - men om så skulle skje vil jeg gjerne kaste ankeret selv.

**Per Fugelli**



Mediziner-Ausbildung

## Norske studenter i Tyskland søker famulaturplasser

Etter den nye approbasjonsordningen for leger i Vest-Tyskland må studentene gjennomføre fire måneder praksistjeneste (famulatur) i feriene før de får gå opp til embedseksamen. Av disse fire månedene må minst en være hos privatpraktiserende lege, hvilket også omfatter leger i det offentlige sunnhetssesenet og bedriftsleger.

I retningslinjene for tjenesten heter det at famulaturen skal gi studentene muligheten til å gjøre seg kjent med en leges daglige virke ute i åpen praksis og med forhold som man ikke direkte blir stilt overfor i selve studiet.

Som famulant venter man seg å få være med på, som instruksen sier, det som skjer i en leges daglige virke; med på å ta imot, undersøke og behandle pasienter med legens råd og veiledning, med på husbesøk og akutt-utrykninger, på helserådsmøter etc., m.a.o. få se hva det vil si å være lege utenfor sykehus.

Vi søker med dette distriktsbedrifts-, og privatpraktiserende leger/legegrupper som vil si seg villig til å kunne ta imot studenter som søker famulaturplass. Vi gjør dette i et forsøk på å utarbeide en fortegnelse over de leger som våre norske medstudenter her i Tyskland kan henvende seg til med sine forespørslar om famulaturplass og ber derfor alle som kan tenke seg å hjelpe oss om å la seg registrere hos:

Institutt for almenmedisin,  
Famulaturtjeneste  
c/o Karin Dolven  
Fr. Stangs gt. 11-13  
OSLO 2

som gir oss verdifull hjelp i denne saken.  
Vi håper på god respons.

ANSA Tyskland med. fagutv.  
**Jan Henrik Lund**

# Forandring av legeregning II

## Et ledd i forandret regnskapsførsel for leger i praksis



"Then it's agreed: my appendix for your contact lenses. But this is the last time."

Jeg ber med dette om at leger som ønsker det, fortsatt skal kunne bruke de nåværende regningsblankettene. Jeg ber om at de stadig må lagerføres og holdes i produksjon.

### BEGRUNNELSE:

1) Regningskortene har etterhvert fått en ideell utforming. De har fått en ideell tykkelse og stivhet samt en god overflatebeskaffenhet. Dette har umåtelig stor betydning i en travl arbeidsdag hvor hvert sekund teller. Det er faktisk en betingelse for at systemet i sin nåværende form skal fungere tilfredsstillende.

2) De nye regningskortene er selvkopierende og doble, og har en rekke uheldige egenskaper:

a) De inneholder kjemikalier. Mange allergikere reagerer på disse med nysing og irritasjon i luftveiene. Selv har jeg problemer med flere typer selvkopierende papir av denne grunn.

b) Moderne fiberpenner kommer i stadig økende bruk. Mange har vanskeligheter med å finne mer effektive skriveredskaper idag.

Men disse kan ikke brukes på selvkopierende papir.

c) Overflaten på selvkopierende papir er mer ru og er vanskeligere å skrive på.

d) Selv de beste datostemplene i metall har vanskelig for å gi gjennomslag på kopien. I det lange løp et betydelig merarbeide.

e) Ved nødvendig korrekjoner av regningene, må også kopien korrigeres.

f) Selvkopierende papir har ikke nødvendig tykkelse og stivhet for en effektiv og lettvinnt kontormessig behandling. Dette vil ikke bare gjelde legen og hans personell, men også for endel av personalet på trygdekontoret.

g) Selvkopierende papir er mer kostbart. Merprisen rettferdiggjør neppe den tvil somme kontrollmessige verdi av dobbelt sett regningskort.

h) Det vil kreve både tid og bryderi å adskille kopien fra originalen.

i) Kopien skal lagres før de pakkes i bunker. Hvor? All nødvendig plass i arbeidsfornuftig nærhet er allerede optatt av viktigere funksjoner.

j) Kopiene skal samles i bunker og lagres i årevise. Hvor skal vi gjøre av dem? De fleste av oss sitter med lite lagerplass.

k) Kopiene skal ligge uordnet i bunker for hver måned. Hvordan skal ligningskontoret kunne få noe av kontrollmessig verdi av dette? Trygdekontoret fører jo allerde kontrollen. Stoler ikke etatene på hverandre?

3) Trygdekontorets stikkprøvekontroll er en stadig truende mulighet. Oppdaget skatteunndragelse vil bety økonomisk ruin for legen. Dette sørger den progressive beskatning for. Derfor tror jeg det er få, om noen, som våger å ta sjansen det idag er å holde mellomlegene unna beskatning.

For noen måneder siden foregikk det en registrering av arbeidsforholdene i legepraksis. I den forbindelse ble det brukt en del selvkopierende legeregninger. Jeg husker med en viss skremm hvor tungvint disse var.

Jeg har idag hatt en telefonsamtale med kontoristen på Ringerike trygdekontor som sitter med kontrollen av legeregningene. Hun kunne opplyse at de selvkopierende legeregningene var direkte ekte å ha med å gjøre. De satt fast i hverandre, og hun måtte ta seg sammen for ikke å gjøre feil ved summasjonen, fordi de hadde så lett for å henge sammen.

Det var tydelig at hun grudde for at det nå skulle komme flere regningsblanketter av selvkopierende type.

Hønefoss,  
Almenprak. DNLF  
**Oddmund Grønvoll**



# Nytt slag mot primærmedisinen!

Jeg har nettopp våknet opp etter et par sene netter med turnuskandidatenes lønns- og trekk-oppgaver, følgeskriv B, årsoppgave A og oppgjørsliste A, alt i gule, grønne, røde og hvite eksemplarer. Går søvnen av øynene og tenker at slik sitter de, alle landets distriktsleger, og fører sine månedlige oppgaver over turnuskandidatenes liv og levnet.

De er ikke særlig varme, de tanker jeg sender til vår skattedirektør og den formalistiske likningssjef, som i sin tid fant på at turnuskandidaten måtte være å anse som arbeidstaker hos distriktslegen, også i økonomisk forstand. De høyest selsomme rundskrivene som i det siste året har sirkulert for å få denne byråkratiske ordning til å leve videre på tross av arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven og den nye sykelønnsordningen, er et kapittel for seg.

Da er det jeg minnes den korte og lakoniske orientering i Tidsskriftet nylig om at praktiserende leger og (distriktsleger) nå også skal bli "begrenset regnskapspliktige".

Vår fagforening stiller beredvillig opp med regnskapsbøker som fra nå av skal føres gjennom hele året.

Jeg spør: Hva i all verden er dette for slags tiltak! - I en tid der offentlige instanser kappes om å snakke seg varme om alle tiltak som skal settes i verk for å stimulere tilgangen av leger til primærmedisinen? Har man da ingenting forstått av hvordan primärlegegenes arbeidssituasjon er i dag - og hvorfor så mange søker seg inn i institusjonene?

Det er kanskje på tide at vi seriøst drøfter å innføre kontorfag i det medisinske studium, ett ekstra halvår, obligatorisk for alle som enda måtte ha lyst til å

starte forretningsdrift i primærmedisinen?

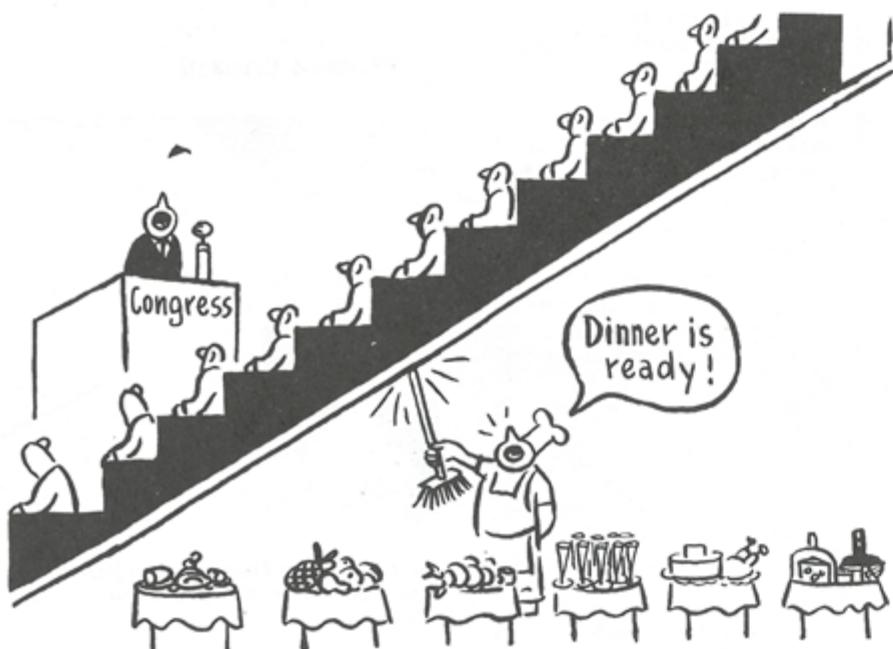
Det er blitt vanskeligere å akseptere den gode intensjon i lovforslaget om adgang til regulering av legetjenester, som jo skulle bidra til å styrke primærmedisinens stilling.

Eller var det likevel ikke hensikten? Kan vi akseptere at en annen offentlig instans samtidig griper inn med tiltak som trekker enda større veksler på primærlegenes nattesøvn?

Trondheim,

**Steinar Westin**

p.t. amanuensis på fast lønn - og takk og lov for det!

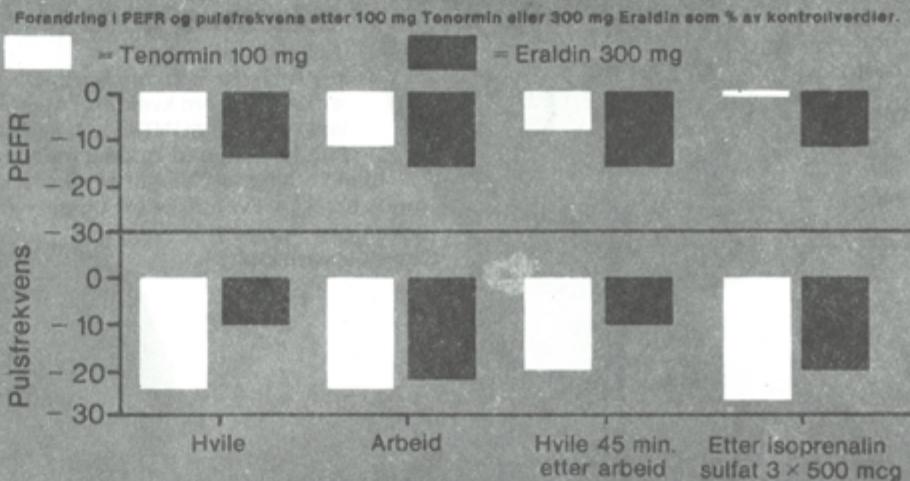


# Tenormin

ATENOLOL

## Høy grad av kardioselektivitet — ingen blokering av adrenerge bronkodilatatorer

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



**Egenskaper:** Tenormin (atenolol) er en beta<sub>1</sub>-adrenerg receptorblokker med relativt høy kardioselektivitet og som i terapeutiske doser har liten innvirkning på lungefunksjonen og den perifere sirkulasjon. Tenormin har ikke egenstimulerende eller membranstabiliseringe 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 blodtrykksredusjon ved 1 dose daglig som ved 2 doser daglig.

**Indikasjoner:** Hyperton.

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

**Bivirkninger:** Kalde hender og fettet, 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.

**Forsiktighetssregler:** 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 beta<sub>2</sub>-spesifikke bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøy. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebefatter 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. Betablokkene 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 innebefatter 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 sterre 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 tablet 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 betablokkade 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:

Trykpkapning 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

Refusionsberettiget (pkt. 12)

ELI OG OLA BRATLIE

2250 ROVERUD

# Surmontil

Ved ulcus duodeni og pylori  
ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor

1. Myren, J. et al, Scand. J. Gastr., 10 (8), 817-819, 1975
2. Wetterhus, S. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 33-38, 1977
3. Guldahl, M., Scand. J. Gastr., 12 (43), 27-31, 1977
4. Bohman, T. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 7-17, 1977
5. Nitter, L. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 39-41, 1977
6. Myren, J., TfDnlf., 5, 259, 1977
7. Bohman, T. et al, Scand. J. Gastr., 13 (48), 1-49, 1978
8. Valnes, K. et al, Scand. J. Gastr., 13 (4), 497-500, 1978

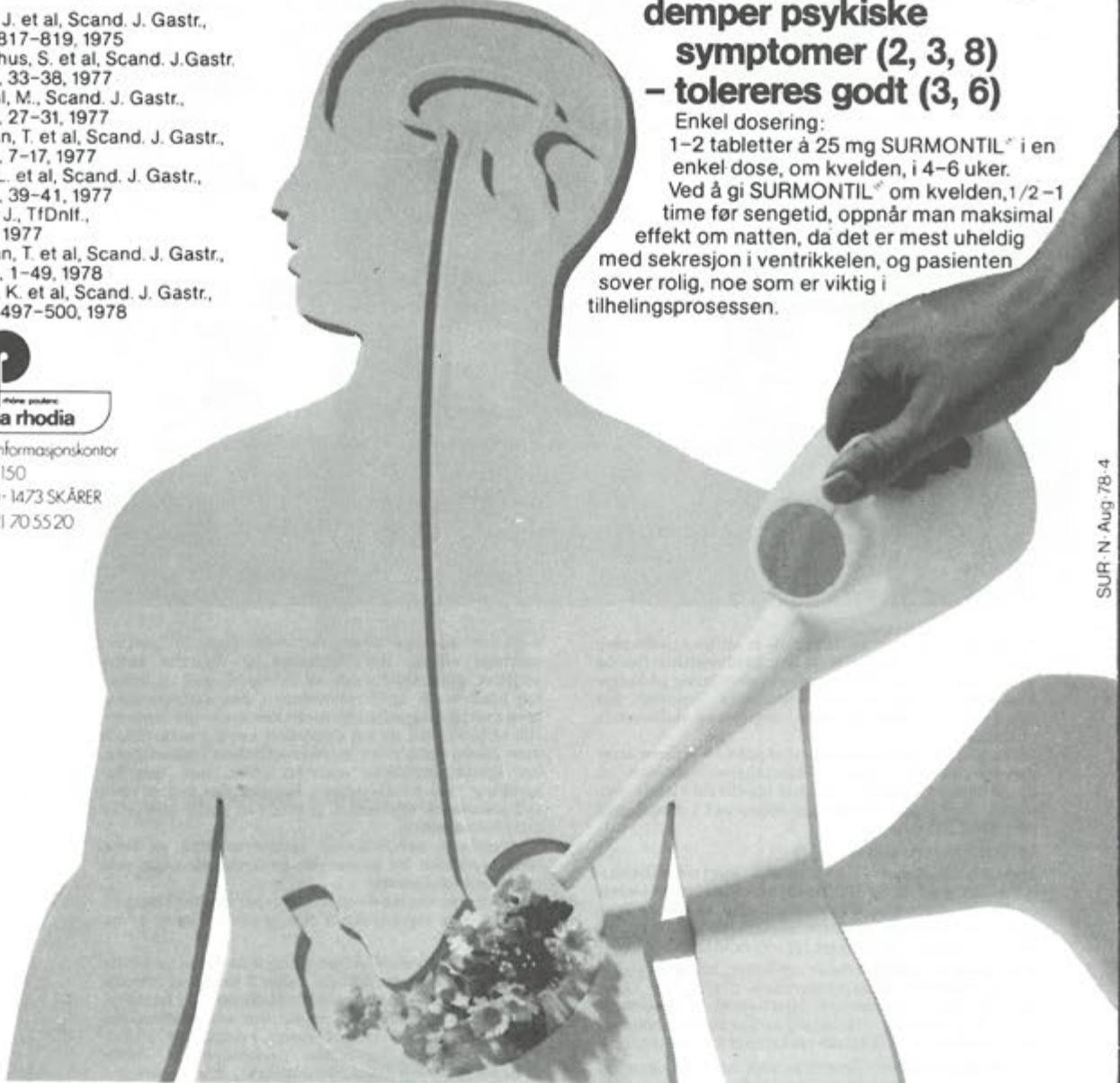


Medisinsk Informasjonskontor  
Skårevægen 150  
Postboks 20 · 1473 SKÅRER  
Telefon (02) 70 55 20

- hemmer syresekresjonen (1, 4, 7)
- gir rask vårtiheling (2, 3, 5, 8)
- lindrer fysiske smerter og demper psykiske symptomer (2, 3, 8)
- tolereres godt (3, 6)

Enkel dosering:

1-2 tabletter á 25 mg SURMONTIL® i en enkel dose, om kvelden, i 4-6 uker. Ved å gi SURMONTIL® om kvelden 1/2-1 time før sengetid, oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen.



T EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml: 1 ml/innsl. Trimipramin-embonas respond. trimipramin 5 mg, sorbitol 0,35 g, Methyl-p-oxibenz. 0,6 mg, Propyl-p-oxibenz. 0,2 mg, Constit. q.s., aqua purif. ad 1 ml. (Fargestoff: Para-orange, tartrazin, fjernes i løpet av 1978)

T TABLETTER: Hver tablet innsl. Trimipramin maleas respond. trimipramin 25 mg, resp. 50 mg, constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Trimipramin har antidepressiv, sedativ og anxiolytisk virkning. Kraftigere histaminantagonistisk, sedativ og antiemetisk virkning enn imipramin. Trimipramin hemmer hvellesekresjonen i ventrikelen med ca. 50%, mens den stimulerte sekresjonen blir mindre nedsatt.

Virkningsmekanisme: Hemmer gjennopptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerger midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. I ulcus duodeni og pylori kan effekten være en kombinasjon av virkningen på sekresjonen og det nervøse apparatet. Ved kveldsdosering oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen. Absorpsjon: Resorberes godt ved peroral administrasjon av både embonat og maleat.

Metabolisme: Hovedmetabolitter i urin er derivater av imipramin og dibenzazepin. I serum uødmannet trimipramin og monodesmetyl derivatet.

Utskillelse: Urinen. Overgang i morsmelk: I så små mengder ved terapeutiske doser at det som regel ikke er noen risiko for barnet.

Indikasjoner: Alle former for depressive tilstander som endogen, involutiv, organisk, neurotisk, reaktiv og klimakterisk depresjon, spesielt når disse ledes av insomni-

anxietas eller agitatio. Ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor.

BIVIRKNINGER: Ekstrapyramidale: Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Doseredusjon og tillegg av antiparkinsonmiddele i begrenset tidsrom bedrer som oftest symptomene. Psykiske: Lett morgendesighet kan forekomme, som oftest av kort varighet. Tokisk-deliriøse reaksjoner i sjeldne tilfelle. Vegetative og kardiovaskulære: Lett munnenhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, hodepine og gastrointestinal forstyrrelse er faktatt. Dermatologiske: Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. Hematologiske: Ingen betydningsfulle eller vedvarende avvik rapportert. Leverkomplikasjoner: Noen få tilfelle av variasjon i transaminase verdiene sett.

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Ubehandlet glaukom. Samtidig behandling med MAO-hemmere. Preparatet bør ikke ges før tidligst 2 uker etter MAO-behandling er avsluttet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Som ved all medikamentell behandling av depresjon kan den hemmingsløsende virkningen innlede før den depresjonsløsende virkningen, og dette kan føre til økt suicidrisiko. Surmontil kan forsterke virkingen av katekolaminer som F eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelt tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser og sinustachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet bør utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertedelser.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende tåkesyn, regnbusyn og øyesmerter krever hurtig øyelegekontroll og utelukkelse av antallsglaukom før be-

handling fortsettes. Forsiktighet ved leverdeler, epilepsi og hjerneskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskap.

INTERAKSJONER: Tricykliske antidepressiva kan gi interaksjon med adrenalin, MAO-hemmere, metylenidat, nordrenalin, barbiturater, betanidin, efedrin, guanethidin, metadrin, metyldopa, reserpin og tyroideapreparater.

DOSERING: Individuelt tilpasset den kliniske tilstand.

Ambulant: 50-100 mg (2-4 tabletter á 25 mg eller 10-20 ml embonat mikstur) 1-2 timer før sengetid.

Sterste dose forholdsvis til pasienter med uttalt savnforstyrrelser. Ved å gi hele degradosjon om kvelden vil man hurtig oppnå en normal savnnyttyme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovnmidler. Behandling må fortsette i minst 4 uker. Ulcus duodeni og pylori: 25-50 mg om kvelden 1/2-1 time før sengetid. Behandlingen bør fortsette i 4-6 uker. Sykehus: Initialt 100 mg (2 tabletter á 50 mg eller 15 ml embonat mikstur) om kvelden. Dosen økes gradvis til terapeutisk effekt er oppnådd, i enkelt tilfelle til 400 mg/dag. Dosen beholdes til remissjon inntrer. Deretter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsnivå, vanligvis 100-200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

OVERDOSEING/FORGIFTNING: Man bør være oppmerksom på intoksikasjons-symptomer. Behandling av intoksikasjoner med tricykliske antidepressiva omtales i intoksikasjonsavsnittet bak i Felleskatalogen.

UTLEVERING: 50 mg tabletter kur til sykehus.

PAKNINGER: Embonat mikstur: 250 ml  
10 x 250 ml. Tabletter: 25 mg: 30 stk., 50 stk., 100 stk.,  
10 x 100 stk.: 50 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.