

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 4

JUNI/JULI 1979

ÅRGANG 8

av innholdet

AAGE BJERTNÆS:

Nordisk kongress
i almenmedisin s. 2

MARTIN HOLTE:

Hvorfor Utposten? ... s. 3

PER FUGELLI:

Almenmedisinske
gleder s. 4

THARALD HETLAND:

Quo vadis OLL s. 5

BERNT E. ØSTENSEN

Norsk selskap for
almen medisin s. 7

MARTIN HOLTE:

Åpent brev til stats-
sekretær Per Nyhus .. s. 9

BJØRN ØGAR:

Almenpraksis og
forskning s. 11

STEINAR WESTIN:

Munkegata 19 — — .. s. 12

HARALD RAMBØL:

Om etablerings-
loven s. 13

NILS JOHNSEN:

Det spesifike ved
det almene s. 14

GEIR JACOBSEN:

Willoch's villfarelse ... s. 16

Utposten's kurs- og
kongress-service s. 18



LEGE TYPE I: FILOSOFEN
Sett nå at noen skulle bli syk her på stedet?

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Torild Jacobsen

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

Nordisk kongress i almenmedisin

Med dette blir en viktig milepel i nordisk almenmedisinsk historie satt. Kongressen finner sted i København i tidsrommet 6. - 9.juni i år. Programmet er meget vidtrekkende, og det er å håpe at riktig mange kolleger benytter seg av dette enestående tilbud.

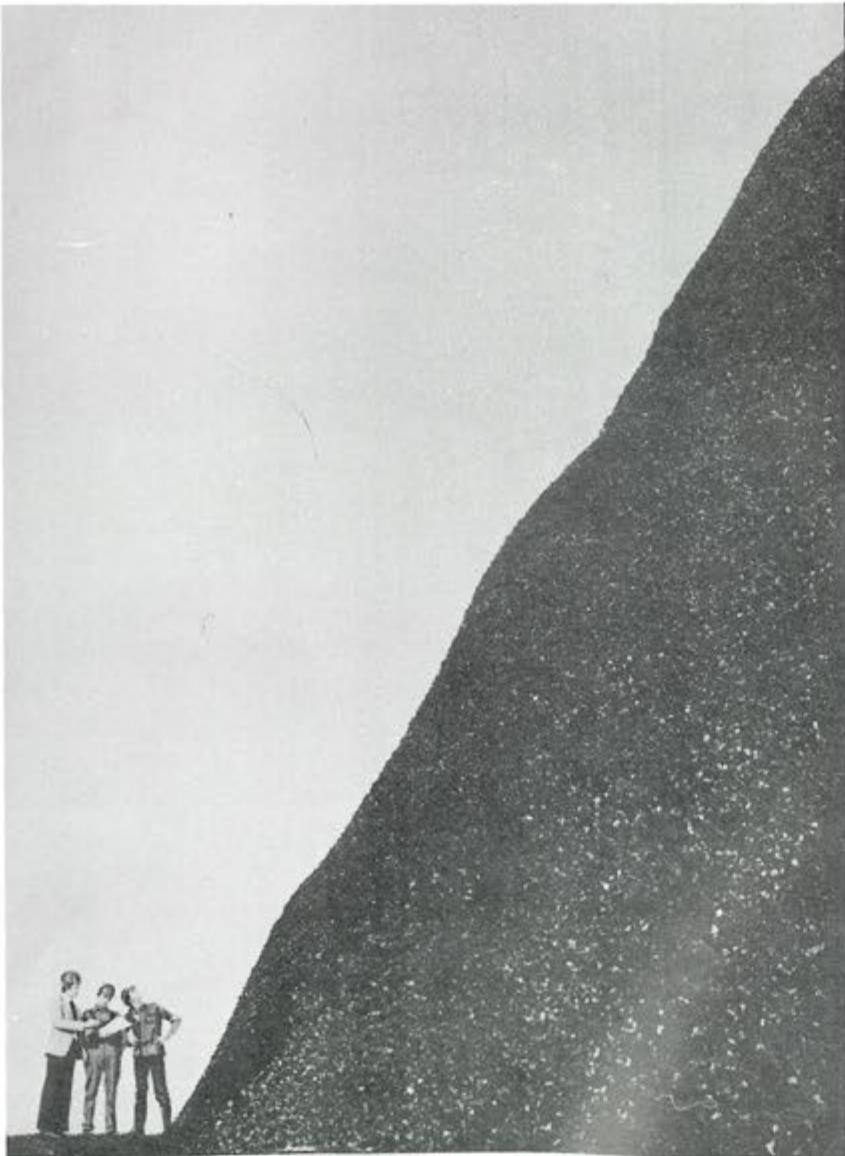
Det å være almenpraktiserende lege og beskjeftige seg med hverdagsmedisin har i en årekke vært ensbetydende med faglig isolasjon og stagnasjon. Kongressene var for spesialistene som arbeider i de øverste ringene på vår medisinske kransekake.

Heldigvis er denne myten i ferd med å bli historie, almenmedisinere også i Skandinavia har begynt å våkne og bli yrkesbevisste og yrkesstolte. Og hvorfor ikke. I en tid hvor den medisinske viten har oppstykket medisinen i superspesialistiske fragmenter, har almenpraktikeren mulighet til å fungere godt som administrator og koordinator. I en tid hvor kontinuitet, i form av den faste lege er blitt et sterkt ønske hos pasientene er almenpraktikeren den fremste til å kunne oppfylle disse funksjoner.

Man velger riktig når en lar danskene arrangere den første nordiske kongress. De er og vil i mange år fremover være ener i faget almenmedisin. Den almenmedisinske ryggrad er betydelig sterkere i Danmark enn i noe nordisk land. Dette har ikke minst skjedd ved utvikling av faget gjennom Dansk

selskap for almen medisin. I tillegg faller det naturlig å kunne praktisere det som etter hvert har blitt grundpilarene i almenmedisin: Nærhet, Trygghet og kontinuitet.

Gjennom sitt pasient-liste system vet en hver pasient hvilken lege som har ansvar for hans helse, og omvendt enhver lege kjenner sine pasienter.



Med vårt urbaniserte sam-fund hvor størstedelen av befolkningen bor i byer og tettbygde strøk, kan de færreste pasienter i dagens Norge og Sverige ha dette gode. Selv en storstilt bydelslegeoppbygning som f.eks. Melbys plan i Oslo vil ikke kunne oppfylle kravene.

Hvorfor så en nordisk kongress? Etter å ha opplevd Wonca er det for oss klart at man som nordisk gruppe lett drukner i et slikt større internasjonalt kon-

gresslandskap. Skal man få utrettet noe bør man starte med et nordisk samarbeid. De skandinaviske land er i sin politiske og sosiale oppbygging svært like, og dette gjør at samarbeidet både vil være naturlig og raskt kunne avle frukter.

Mange felles oppgaver ligger foran oss i årene fremover. Forskningsoppgaver og feltstudier som må utføres av almenmedisinere. Mere bredde i psyko-sosial basalforskning.

Vi må heller ikke glemme felles inter nordiske spesialitetsregler for almenmedisin. Målet må være fullverdig spesialitet utdannelse og godkjennning av faget i alle de nordiske land. I øyeblikket er utdannelsen noe forskjellig men med justeringer vil en med letthet få denne like-lydende for hele Norden.

Vi ønsker arrangørene tillykke med Kongressen. Måtte det bli mange gjester!

Aage Bjertnæs.

Hvorfor Utposten?

Vi kaller Utposten et "alminnelig blad for primærhelsetjenesten". Hva betyr dette? Er det behov for et slikt organ? Hvilken målsetting har redaksjonen?

Og ytterligere et spørsmål foran almenpraktikerkongressen i København: Er vi almenpraktikere i Norden mer eller mindre i samme båt? Er følgelig Utposten også et aktuelt forum utover Norges grenser?

Kjære nordiske kolleger:

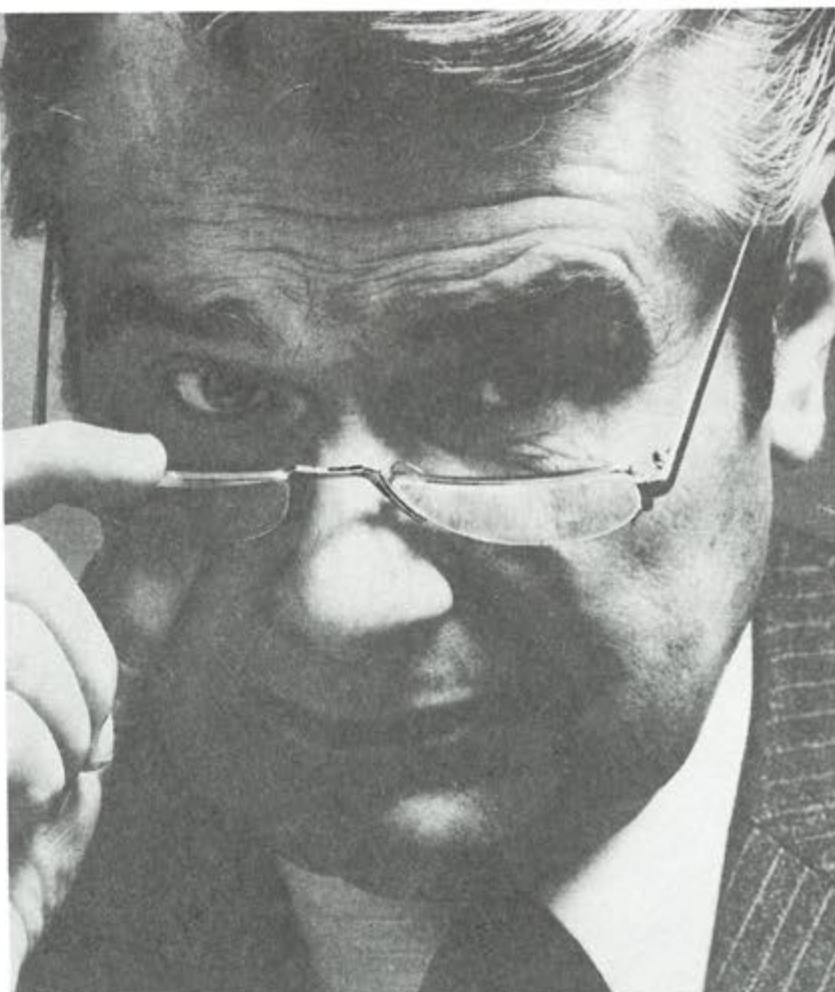
Utposten ble født på en øy - Aukra - utenfor Molde på Nordvestkysten for vel 7 år siden på en tid da det ennu var "god medisin" å føde i distriktet på de lokale fødestuene. "Fødselshelperne" var Per Wium, Harald Siem og Tore Rud: 3 aktive distriktsleger som følte seg tilslitesatt, oversett og truet av institusjonsmedisinens voldsomme expropriasjonslyst som har vært i ferd med å valse ned primærmedisinens grunnvoller. I vårt nye medisinske landskap har det ved siden av de overdimensjonerte, ressursslukende sykehus vokset opp alle mulige medisinske særomsorger og poliklinikker

I all trass mot denne neglissjering av primærhelsetjenesten lot de 3 brave menn det stå til med "njemme-fødsel" hos Harald - på ekte almenpraktikervis - etter først å ha utelukket alle risikomomenter - som syntes minimale. -Og Utposten vokser og trives.

Alminnelig blad for primærhelsetjenesten - hva betyr det?

Almenpraktikeren - generalisten - arbeider med de

alminnelige helseproblemer. For å kunne løse disse, trengs det alminnelig gode arbeidsvilkår - alminnelig gode medisinske kunnskaper - og alminnelig faglig



akseptering av almenmedisinens som full spesialitet likeverdig med de allerede etablerte spesialitetene. Alle disse forutsetninger anses langt fra innfridd. Dagens situasjon bekrefter behovet for et forum der almenpraktikeren kan heve sin røst for på den måten å kunne anspore til en positiv utvikling i primærhelsetjenesten.

Redaksjonens målsetting er som følger:

- Å kjempe for anerkjen-

- nelse av almenmedisin som full spesialitet.
- Å kjempe for at almenmedisin finner sin naturlige plass i medisiner-utdannelsen.
- Økt rekruttering til almen praksis.
- Styrke videre- og etter-utdannelsen.
- Stimulere til økt forskning i primærhelsetjenesten. Denne forskning skal ledes av oss selv, ikke folk fra andre spesialiteter eller den

- farmasøytsiske industri. Resultatene av denne forskning skal publiseres av oss selv.
- Arbeide for dannelsen av et "Norsk selskap for almen medisin".
- Kjempe for den kommende "Lov om distriktshelsetjenesten".
- Kjempe for bedring av våre lønns- og arbeidsvilkår.

Martin Holte.

Almenmedisinske gleder

DISTRIKTSLEGE DR. MED. PER FUGELLI

I mange, lange og trange år har klagesangen ljomet fra almenmedisinens jammerdal. Skjebnetimene har vært evige, krisene uopp'hørige og korsveiene ufremkommelige.

Dette er farlig.

Vi må ta i akt at både for folk og for fag er det mulig å klage seg til økt nød. I stedet for stadig å begrave oss i våre vansker må vi stjele oss tid til å bære bud om gledene i vårt fag.

Selv opplever jeg en daglig nytelse i fagets håndfaste og matnyttige preg. Det er med almenpraktikeren som med bonden og fiskeren,- arbeidsdagen er rik på gjøremål hvor du ser umiddelbar og målbar nytte av din innsats. Sy et sår, lindre en nyrestensmerte, hjelpe en nedslitt til trygdestønad,- jeg tror mange av oss finner tilfredsstillelse i slike greie, overkommelige oppgaver. Det å merke at du gjør håndfast og gagns arbeid på visse felt gir overskudd til andre, mer krevende og langsiktige innsatser hvor følgene av ditt strev ikke alltid er så lett å få tak i.

Fagets frihet må også regnskapføres som et aktivum. Almenpraktikeren kan styre sin arbeidsdag og forme sin praksis på en helt annen måte enn kolleger i mer fastlåste stillinger.



Beslektet med denne glede er en annen fordel,- nemlig almenpraktikeren selvstendighet. Det å være alene om eller hovedansvarlig for pasientene kan nok

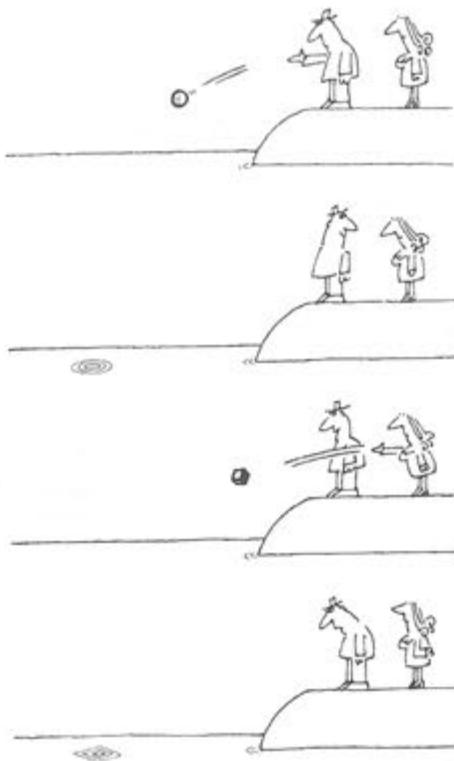
tidvis være en byrde, men oppleves i det vesentlige som en givende utfordring. Det påkaller faglig og menneskelig engasjement i en annen grad enn man kan

forvente av engangsleger innenfor den samlebåndspregede sykehusmedisin.

En ytterligere verdi kan anføres med en Ibsensk omskriving: det almenmedisinske pasientarbeid er fullt og helt,- ikke stykkesvis og delt. De fleste almenpraktikere er, tror jeg, - generalister av legning og vil derfor finne daglig glede i å arbeide med helheter i stedet for deler,- med sammenhenger i stedet for løsrevne stykker.

Fagets allsidighet opplever jeg også som en egenartet rikdom. Den ene dagen er spennende ulik den andre,- den ene pasienten er krevende forskjellig fra den andre. Dette mangfoldet gjør det strengt umulig å kjenne seg i almenpraksis.

Det særpregede almenmedisinske klinikks byr også på gleder. Vi møter befolkningens ganske sykligheit,- ofte i form av uferdige, begynnende tilstander. Vi er bevepnet med våre sanser, kunnskaper erfaringer og enkle redskaper. Derved blir den almenmedisinske klinikken mer krev-



ende og utfordrende enn den mer rutinepregede til dels automatiserte diagnostikk innen mange andre spesialiteter.

Den neste verdi jeg vil beskrive rentene av er den enestående innsikt almenpraksis gir i vanlige folks hverdag

og deres, tidvis godartede, tidvis ondartede liv med seg selv og hverandre. Almenpraksis er således med på å forebygge det skadelige sosiale og politiske kikertsyn som rammer mange spesialiserte akademikere i isolerte nisjemiljøer.

Det siste innskudd i den almenmedisinske gledebanks myntes ut i form av ett ord, - humanisme. Jeg vet at det ikke er på moten for tiden, men likefullt tror jeg mange av oss henter meget av vår trivsel gjennom de følelsessmessige og medmenneskelige bånd som gradvis knytter almenpraktikeren til hans faste pasienter. Sørgelig klar over mitt sadonaristiske avvik, skammer jeg meg ikke for å vedstå at det å være en hjelper,- ja en venn,- for de som er i nød,- er en av de største gleder i vårt fag.

QUO VADIS OLL?

I de siste månedene har legeforeningen vært ute i hardt vær. Man kan si at forholdet mellom enkelte medlemmer og avdelinger har blitt politisert og i noen grad polarisert. Også innenfor OLL har det vært motsetningsforhold, hvilket kom til uttrykk på foreningens årsmøte den 21/4-79. Mange av oss (de fleste?) mener at det forrige styrets behandling av problemene omkring "Midlertidig lov om regulering av lejetjenester" var klok og besindig. Standpunktet bygget bl.a. på merkesaker som det tidligere har vært og fremdeles er almen enighet om blant medlemmene, nemlig at det offentlige må ha ansvaret for at distrikthelsetjenesten fungerer og dermed også tabbeansvaret, dersom den ikke fungerer godt nok. Videre at den økonomiske ressurs-tilgang til distr. helsetjenesten må reguleres av det offentlige, slik at

man er sikret et geografisk uavhengig tilnærmet likeverdig helsetilbud i landet. Dette kan ikke oppnås uten en vesentlig økonomisk og personellmessig innsprøytning.

Distriktslege Tharald Hetland
formann i OLL

Den relative tilbakegang i siste 5 år av økonomiske midler i forhold til institusjonene på 2,4%, må snus i en absolutt og relativ oppgang straks og i flere

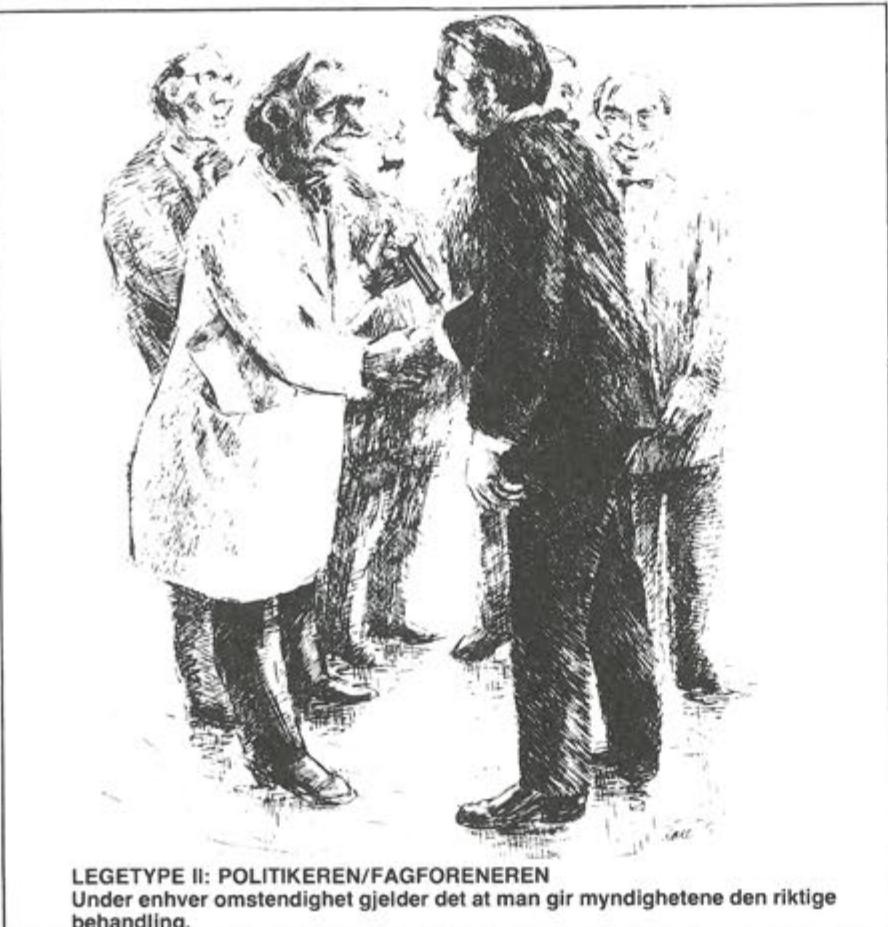


år fremover. Ingen kan si sikkert hvor det ideelle forholdstall for økonomisk fordeling mellom distrikts-helsetjenesten og institusjonshelsetjenesten bør ligge, men det er helt klart at forholdet 75:25 er alt for skjevt. Det er neppe heller representativt for befolkningens generelle krav og forventninger til helsetjenester. Et annet, men tilknyttet problem er koordinering av tilbudet mellom de forskjellige sektorer, et hovedproblem som vil kreve oppmerksomhet i lang tid fremover. Her kan legeforeningen bidra vesentlig ved at de forskjellige avdelinger og spesialforeninger får en sektormessig likeverdig representasjon. Det kan vise seg da at avstanden sektorene imellom er mindre enn man tror.

Samarbeidet mellom Aplf og OLL har vært godt og må ytterligere styrkes. Begge er fundert på samme grunnlag, nemlig primærhelsetjenestens kombinasjon av grupperettet og individrettet medisin.

Almenmedisinens innhold og forpliktelser må ytterligere klargjøres og konkretiseres. "Tenkekomiteens" arbeid burde videreføres. Det er imidlertid naturlig at OLL fortsatt ivaretar dde offentlige legers spesielle interesser i den særstilling disse befinner seg mellom offentlige helsemyndigheter og legeforeningen. Muligheten for utvikling av samfunnsmedisin som eget fag er et viktig arbeidsområde i så måte.

Fastlønnsspørkelsen har bleket betraktelig i den senere tid og synes ikke lenger å representerer noen trussel for legene, tvert imot. Normaltariffen vil måtte bestå for de som ønsker slik avlønning i en tid fremover. Derimot er diskusjonen omkring legens fremtidige ansettelsesforhold og arbeidsgiver i distrikthelsetjenesten viktig og vesentlig. Det er duket for diskusjon, spesielt når man har grunn til å anta at det vil foreligge en motsetning mellom Juel-komiteens og Nyhuus-komiteens innstilling på dette punkt. Spørsmålet om rammebevilgning kontra refusjonsordning er et



LEGETYPE II: POLITIKEREN/FAGFORENEREN

Under enhver omstendighet gjelder det at man gir myndighetene den riktige behandling.

spørsmål om hvordan og hvilke objektive tegn som blir lagt til grunn. Det haster med loven, noe som taler for at refusjonsordningen må bli innført eventuelt som en overgangsordning.

Det forrige styret med Harald Siem som formann, har på en utmerket måte skapt grunnlaget for en fruktbar debatt omkring vesentlige spørsmål for distrikthelsetjenesten. Det er grunn til å gi honnør for den innsats som er gjort. Medlemmene må ta hansken opp og fortsette diskusjonen i en felles bestrebelse mot målet som må være en bedre distrikthelsetjeneste, såvel for legen som for pasienten.

Forslag til tariffavtale for distriktslegene foreligger og burde så snart som mulig føre til forhandlinger. Her må en merke seg at det viktigste må være å få til enighet om prinsippene om en slik avtale. Senere kan man så justere de enkelte avtalepunkter. På denne måten vil tillitsmannsapparatet etterhvert få større betyd-

ning, samtidig som tillitsmannen fortsatt må være særlig betydning for den enkelte. En offensiv holdning til distrikthelsetjenesteloven, samt krav om bedre arbeidsforhold i primærhelsetjenesten må være det viktigste.

Krav om flere stillinger i distrikthelsetjenesten eventuelt som fastlønnstillinger, ordnede arbeids- og kontorforhold, rimelig vaktbelastning og godtgjørelse etc. Man burde kunne stå samlet i kravet om "positive stimulerings tiltak" både kortsigtige og langsiktige. I arbeidet omkring analysen av tiltakene og virkningen for legen og den enkelte pasient eller gruppe vil OLL og legeforeningen stå sentralt i tiden fremover.

katalysatoren for informasjonsutveksling mellom styret og enkeltmedlem. En raskere utsendelse av referater o.l. må tilstrekkes.

Legene og legeforeningen bør nå bruke kreftene på å forberede mottagelsen av distrikthelsetjenesteloven i stedet for å ødsle de på spørsmålet om etableringskontroll.



GALENI IN LIBRVM HIPPOCRATIS

Norsk almennmedisinsk selskap, trenger vi det?

Av almennpraktiker DNLF Bernt E. Østensen

På APLF-kurs på Beito i april i år reiste Martin Holte på en munter måte spørsmål om vi trenger et norsk selskap for almennmedisin. Jeg mener svaret på dette spørsmål er ja. Begrunnelsen for mitt standpunkt er flere. Disse vil jeg komme tilbake til etter å ha gjort rede for hvordan faget almennmedisin etter min mening blir tatt hånd om i dag og av hvem. Ved universitetene i Oslo og Bergen har man institutter for almennmedisin og i Trondheim og Tromsø samfunnsmedisinske institutter hvor almennmedisin er innlemmet. Ved alle universitetene drives det undervisning av medisinske studenter i faget almennmedisin, men med svært liten koordinering av hva som blir undervist de forskjellige stedene.

Hva som er i "god almennmedisin" og hva som er "riktig" og "viktig" å undervise studentene i, er ikke koordinert. Videreutdannelsen av almennpraktikere blir tatt hånd om av hovedsakelig lokalkurskomiteer rundt om i landet samt tildels universitetenes institutter og gjennom en årekke av almennpraktiser-

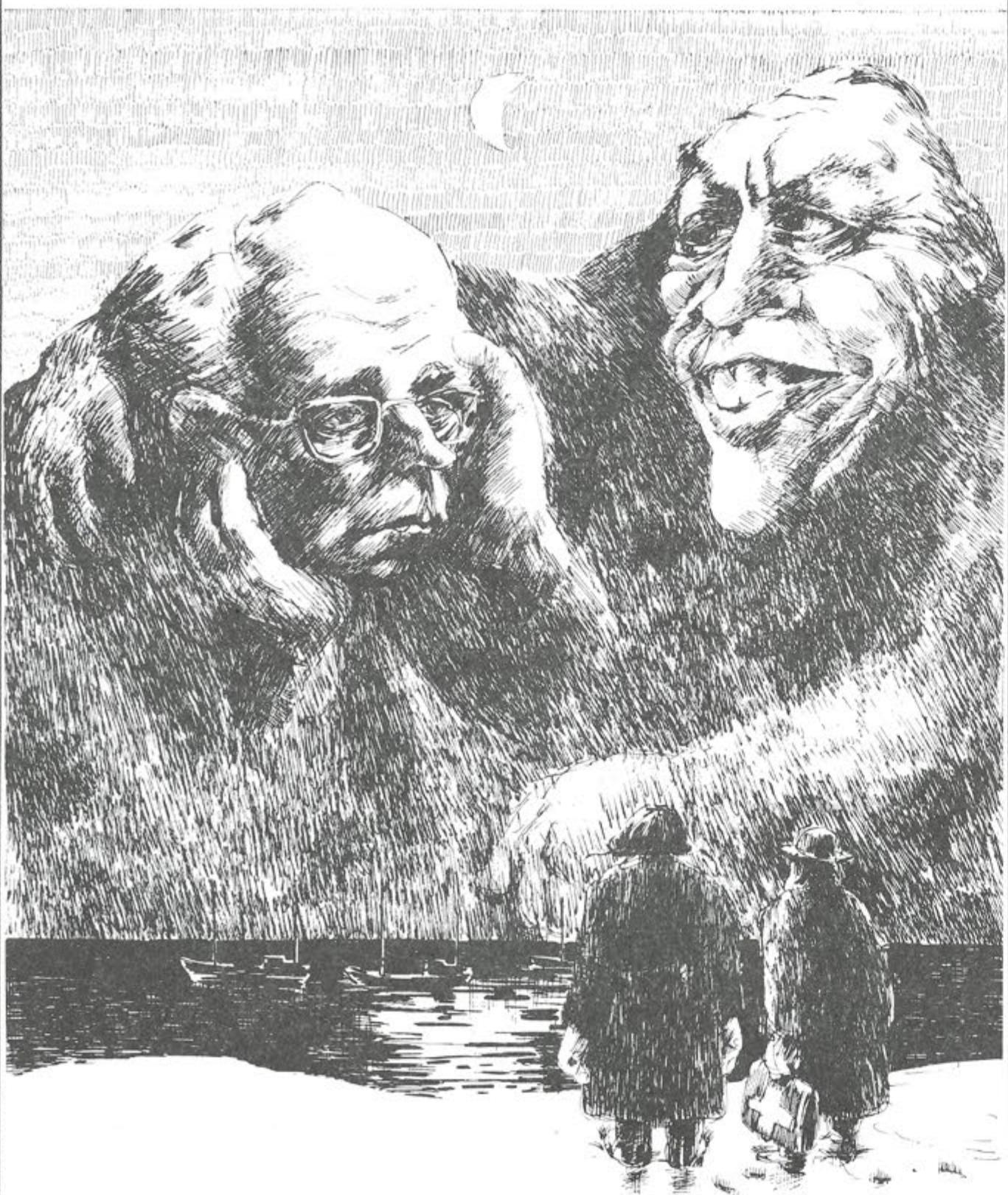
ende legers forenings fagutvalg som har gjort en stor innsats i videreutdannelsen med en rekke kursopplegg, bl.a. Gausdal-kursene, tidligere og fra i år på Beito. Men skulle vi da ikke være godt besatt med institusjoner og foreninger til å ivareta faget almennmedisin? Jeg mener svaret er nei.

De eksisterende universitetsinstitutter har en rekke hensyn å ta i sin faglige virksomhet. Først og fremst i sitt forhold til de andre instituttene ved de forskjellige universitetene og for det andre i forhold til de tilsvarende instituttene ved de andre universitetene. APLF's fagutvalg har som tidligere nevnt gjort et stort arbeide gjennom en årekke for å bedre almennpraktikeres faglige nivå, men har den svakhet at det er svært nært knyttet til den delen av APLF som hovedsakelig arbeider i fagpolitiske spørsmål og tildels med de samme personene i dobbelt funksjoner i fagutvalg og fagpolitisk styring. Jeg tror et norsk selskap for almennmedisin ville kunne representer et fruktbart

supplement til det bestående norske almennmedisinske miljø. Mange av de tanker som av rent faglig art som kom frem i "tanker om morgendagens primærhelsetjeneste" utarbeidet av den felles APLF og OLL "tenkekomite" kan stå som grunnpillar i det videre arbeidet. Imidlertid tror jeg det er svært viktig at de som i første omgang bør stå sentralt i dannelsen av et norsk selskap for allmennmedisin bør rekrutteres fra mange av de aktive allmennpraktiserende leger fra hele landet og i så stor grad som mulig forsøke og unngå gjengangere fra fagforeningen. Jeg tror det er på tide å få i gang en forhåpentligvis fruktbar diskusjon omkring behovet for et helt uavhengig norsk selskap for almennmedisin. Jeg utfordrer derfor andre allmennpraktikere til å komme med sine synspunkter.

debatt!





REISEBREY FRA FINNMARK

Kari Inge 79

«Vansklig trekk Per»?

Åpent brev til statssekretær Per Nyhus

v/redaktør Martin Holte

"Nyhus"-utvalget skal ifølge sosialminister Ruth Ryste og Helsedirektør Torbjørn Mork utredde ansvarsforhold og finansiering vedrørende helsetjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten.

Under Odelstingsdebatten om etableringsreguleringen lovet Sosialministeren at loven om distrikthelsetjenesten skulle bli ferdig til behandling i vårsesjonen (1979). Vi har ennu ikke sett noe til loven. Hvorfor ikke? Er det fordi man er avhengig av Nyhus-utvalgets innstilling før loven endelig kan utformes? Når man ser hvilket mandat Nyhus-utvalget er tillagt og vet hva loven om distrikthelsetjenesten må omfatte, er det vel så at disse henger sammen.

Ansvarsforholdene synes relativt greie. Sannsynligvis blir ansvaret for opprettelse og drift lagt på primærkommunen - noe som vel også er riktig. Men finansieringen av pri-

mærlhelsetjenesten: Hvordan bør den løses? Skal primærkommunen dekke 50% eller 25% av de fastlønnsstillinger som må opprettes i våre perifere, tynt befolkete distrikter? Dette er jo i de fleste tilfelle fattige kommuner med få inntektskilder. Hvis man går inn for 50%, vil dette bety økonomisk ruin for mange småkommuner. Og hva vil det bety i praksis? Jo, at det ikke blir opprettet det antall stillinger som det er behov for til å gi en anständig legedekning. Her må Staten se og føle sitt ansvar overfor primærhelsetjenesten slik at den ikke hemmer utviklingen gjennom for stramme økonomiske bevilgninger. Det må bli endelig klart for våre styrende politikere at det koster å drive primærhelsetjenesten like fullt som at det koster å drive institusjonshelsetjenesten. Videre må Nyhus-utvalget føle et stort politisk ansvar overfor primærhelse-

tjenesten ved å arbeide raskt og effektivt uten for mange politiske hemskoer. VI MÅ NEMLIG HA LOVEN OM DISTRIKTHELSETJENESTEN FERDIGBEFANDLET FØR 1980.

Vi kan ikke lenger akseptere politiske treneringer av loven.

Så et spørsmål til slutt: Vil det i det nye lovutkastet fortsatt være plass for den privatpraktiserende alment praktiserende lege slik vi har idag, med lønning etter Normaltariffen?

Dette er og blir den billigste løsningen for Staten i mange år framover. I så fall vil det kreve en helt annen holdning til Normaltariffen fra våre myndigheter med en skikkelig økning av takstene - og gjerne gradert etter praksisutgiftenes størrelse. Noen halvhjertet holdning er ikke lenger akseptabel.

Pasientavtalebok for leger 1980

Per Wium — Harald Siem

Boken som ble sendt ut første gang i september 1978, kommer i ny og bedre utgave for 1980. Vi regner med utsendelse august/september -79, og håper barnesykdommene fra ifjor skal unngås, slik at tidsfristen skal holde. Boken sendes gratis til alle medlemmer av Oll. og Aplf., andre interesserte må betale kr. 54,- pr eksemplar.

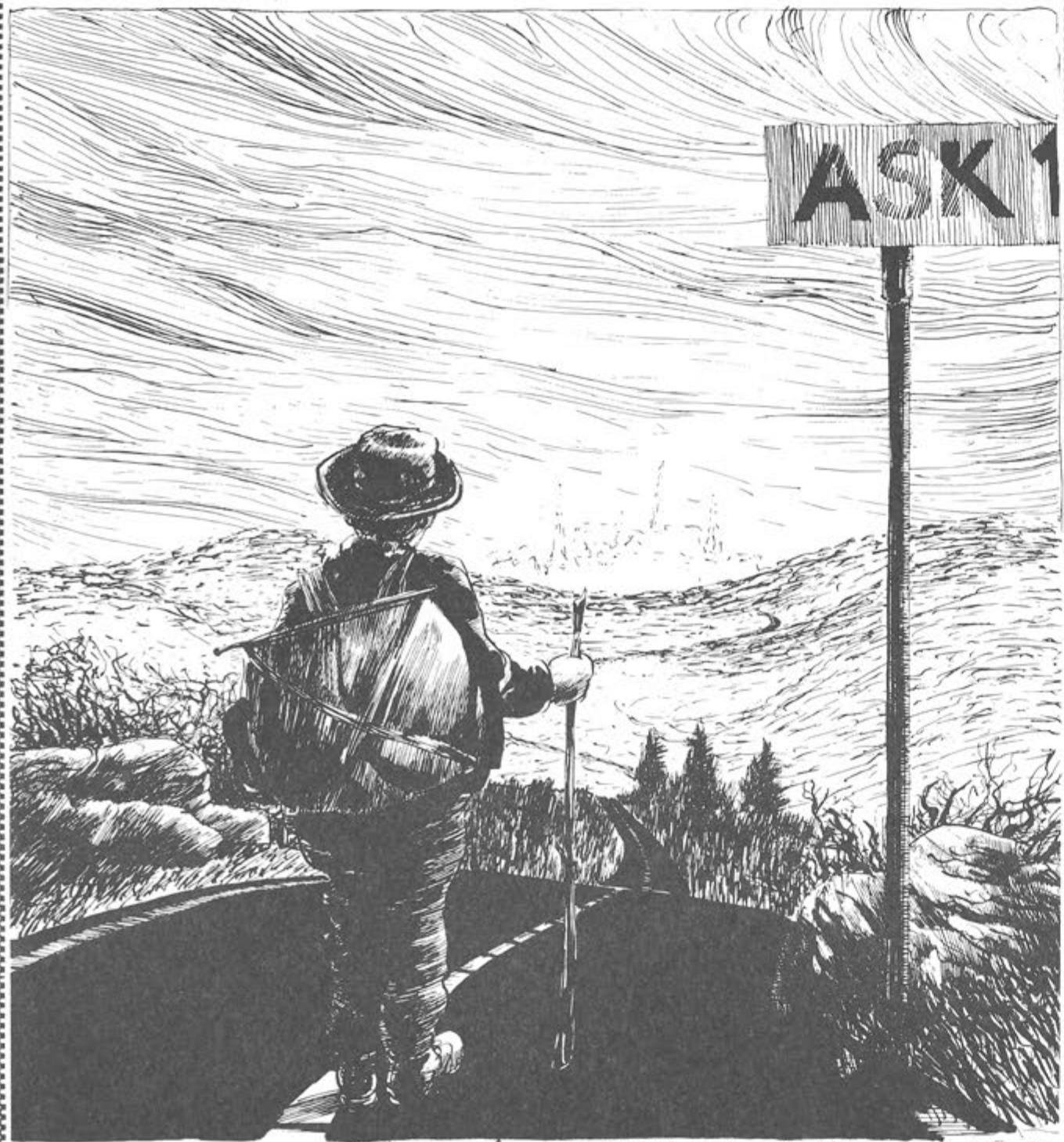
Vi har fått inn en del kommentarer på førsteutgaven, håper fremdeles på forslag til forbedringer.

Nytt av året vil bli innbinding med spiralperm, noe vi ser på som en stor forbedring. Opplysninger fra årbok og andre steder aktuelle for privatpraksis, vil bli ajourført og utvidet.

I motsetning til andre tilbud vil denne pasientavtaleboken inneholde minst mulig reklame, men noe rek-

lame er nødvendig for å kunne sende boken gratis til alle medlemmer i Aplf. og Oll.





Frest og hummingsløst etter Th. Kittelsen Kmo18.

TANKER FØR LANDSMØTET I STAVANGER.

Nei til sentralisering i Voksenåsen.

Ja til almenpraksis som sideutdannelse for spesialister.

Almenpraksis og forskning

Almenpraktiker
dr. med. Bjørn Øgar

Almenpraksis er den del av medisinens som mest har holdt fast ved tradisjonen fra artikkelen med helhetsyn som det viktigste. Dette syn har inntil de siste årene måtte leve i skyggen av moderne medisin tuftet på naturvitenskapelig forskning. Denne forskning baserer seg i hovedsak på puslespill - bit for bit metoden slik vi ser det i bakteriologi, patofysiologi osv. og gir i klinisk sammenheng spesialisering og alt det innebærer som resultat både på godt og vondt.

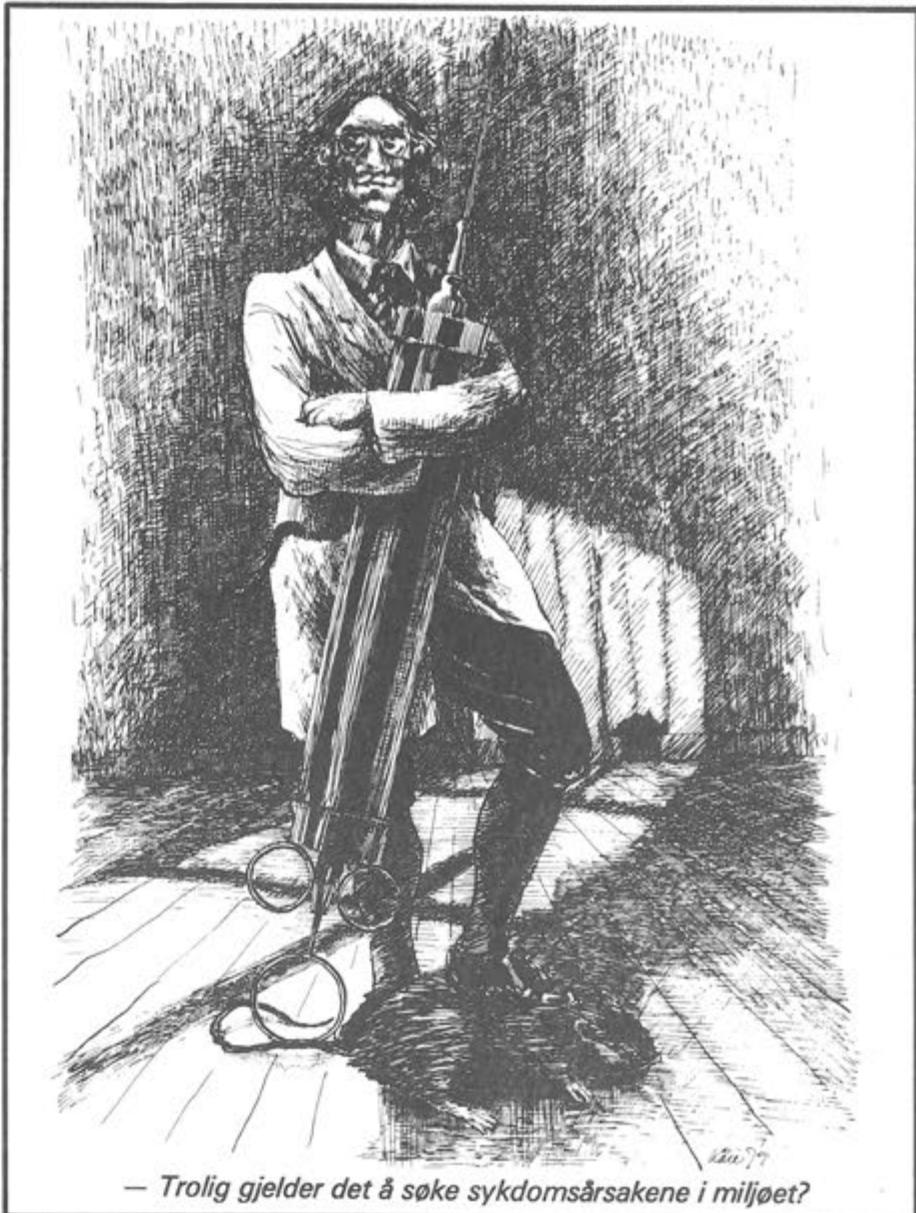
Helhets-generalisttilnæringen både faglig og forskningsmessig har parallelt med den grønne bølge i politikken de siste 10 år skutt vekst.

I denne sammenheng er det viktig for almenmedisinens som fag at det har og fortatt i en ikke ubetydelig grad må frigjøre seg fra den tradisjonelle naturvitenskapelige forskningsmodell som alene vil være en tvangstrøye.

Vår utdannelse har nærmest gitt oss inntrykk av at almenmedisin og forskning er to verdener. De senere år har vi imidlertid fått et bredere forskningsbegrep med røtter fra samfunnsvitenskap og adferdsfag og som inkluderer sosialmedisin og psykiatri. Her er helhetstilnæringen sentral og likestillet med detaljene som sees i interaksjon med pasienten og omgivelsene. Denne tilnæringen utdyper og kompletterer den naturvitenskapelige modell i almenmedisin.

God almenmedisin og forskning har sentrale likhetspunkter som vil kunne virke gjensidig befruktende på hverandre:

1. Faglig nysgjerrighet - styrt av tidligere erfaringer og kunnskaper.



— Trolig gjelder det å søke sykdomsårsakene i miljøet?

2. Syntese av dette og observasjoner i den diagnostiske eller forskningsmessige proses hos den enkelte pasient eller pasientgrupper både i almenmedisin og i forskning.
3. Systematisering av observasjoner og innsamlede data som basis for behandling, forebyggende eller andre tiltak og hypotesedannelsen. Teknikk og metode vil selvsagt være forskjellig

men problemstillingene og tilnæringen har svært mye til felles.
Med et sykdomspanorama som i økende grad er preget av psykososiale svikttilstander og psykosomatiske lidelser i vid forstand, vil en helhetstilnæring som skissert over være en nødvendig forutsetning både i forskning, undervisning og vårt daglige arbeide.

MUNKEGATA 19

Fritt etter tale på Årsfesten for Forening av Almenpraktiserende leger i Sør-Trøndelag

STEINAR WESTIN Amanuensis inst.samfunnsmed.

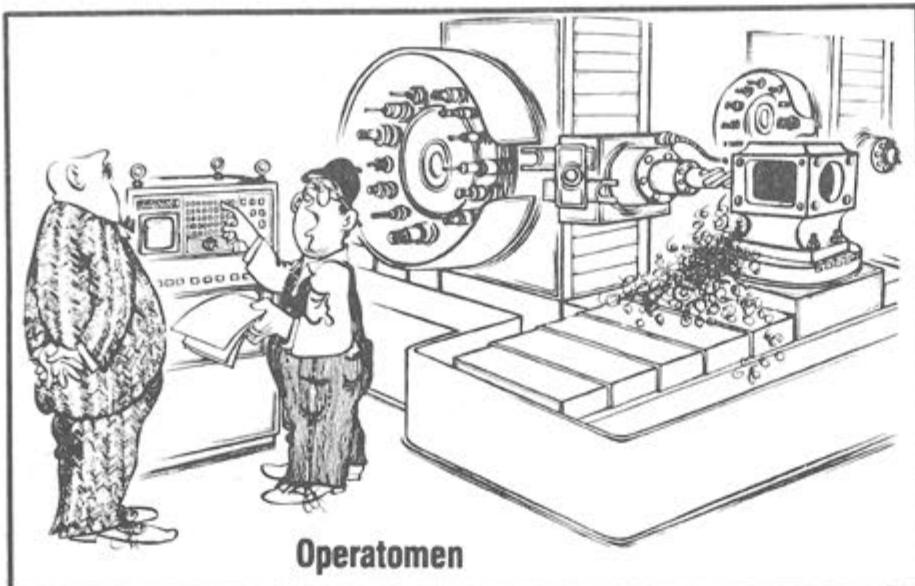
Almenpraktikerkolleger og venner!

Før feststemningen får helt hånd om oss - la oss ikke glemme hvorfor vi er samlet her i aften - 20 års jubileum for den første almenmedisinske legevakten i Trondheim. Dere vil alle huske hvordan Trondheim kommune bokstavelig talt stampt en fullt utstyrt almenlegevakt opp av jorden i løpet av 4 dager på senvinteren 1979, "Bylegevakten i Munkegata 19". Hvis hukommelsen ikke svikter meg, kom det hele i stand under striden om den første såkalt Reguleringsloven for legetjenester. Våre davarende sykehushus-kolleger trakk seg fra alt overtidsarbeid og avdekket et nesten utrolig udekket behov for almenlegetjenester i denne byen.

Munkegata 19, huset er for lengst revet, var vel egentlig ikke rare gredene. Særlig ikke når vi sammenligner med de tidmessige lokalene vi fikk da vi kunne overta Bergensfirmaet Sundt's varehus-lokalene på torvet noen år senere. Men begivenhetene omkring Munkegata 19 fikk sin store betydning. Dere husker sikkert den dypgående krise vårt fag var inne i på denne tiden, med oppdeling i småspesialiteter og oppsmuldring av ansvar for pasientene som var henvist til en tilfeldig vandrings mellom spesialister og poliklinikker,

Og enda verre; en nesten fatal svikt i vår egen tro på almenmedisin og distrikts-helsestjenesten som helsevesenet ryggrad. Munkegata 19 ble den begivenhet som før alvor markerte vendepunktet i utviklingen av almenmedisin i vår del av landet!

Mange av kollegaene her i aften vil sikkert ikke beklaue den omskoloring de gjennomgikk da de gjennomgikk sitt arbeid i primærhelsestjenesten etter mange år bak sykehuisinstitusjonenes murar. De som dengang ble igjen i sykehussene, ante nok lite om hvilke dypgripende forandringer omleggingen av



Operatomen

sykehussene kom til å medføre for deres daglige arbeid. De største forandringene kom vel også med diagnostomaten og operatomen.

Mange av dere yngre kolleger har i kveld har ikke engang opplevd tiden før diagnostomaten, da de fleste pasienter måtte henvises til sykehus eller spesialistutredning. Og hvordan kan vi i dag forestille oss det kirurgiske arbeide uten operatomen! Dengang hadde man ikke så mye som tenkt seg muligheten av at inngrepene kunne utføres automatisk når man bare programerte operatomen med de tilskirkede anatomiske resultater.

Det er i grunnen påfallende at denne utviklingen av datateknologi og mikroprosessor-teknikk tiltrakks så liten oppmerksomhet blant våre sykehusholger for 20 år siden.

Mange forfattere har jo senere påpekt hvordan hele sykehushiljøet bokstavelig talt blir tatt på senga da nedleggingen og automatiseringen av sykehussene for alvor begynte i 80-årene.

Men idag, kjære almenpraktikerkolleger, synes jeg vi skal lytte til de advarende roster som nylig har hevet seg fra enkelte av de gjenværende sykehusleger.

De hevder at operatomen ikke har svart helt til forventningene - Den peropera-

tive mortaliteten viser visstnok stigende tendens. Jeg tror vi kan illustrere problemet med historien om norsk-amerikaneren som ved begynnelsen av dette århundre fortalte sine norske sambygdingar om den enestående halautomatiske barberingsautomaten som ble laget i Amerika.

"Du putter bare på en coin", sa han, "stikker hodet inn i maskinen, og vips er du ferdig barbert!"

En vantro nabo syntes dette hørtes utrolig ut og innvente:

"Men hvordan kan det gå an, alle ansikter er jo ikke like?" "Well -" svarte den hjemvendte bygda sønn "de bli like!"

Ja, dette er egentlig sakens kjerne: Pasientene er muligens ikke så like som operatomen forutsetter.

Kirugene er faktisk begynt å argumentere for gjenopp-takelse av de håndverksmessig utførte operasjonene.

Andre har satt fingeren ved viktige svakheter ved diagnostomaten. De sier at den ikke oppfyller kravene til et tilfredsstillende lege/pasientforhold.

Atter andre av sykehus-legene er bekymret over at deres arbeid er i ferd med å miste mye av sitt faglige innhold. Ja, jeg tenker selv sagt ikke på de kollegaene som allerede har sitt viktigste arbeid med punching og programmering

av våre tilsendte pasient-data. Nei, selv blant de gjenværende klinisk aktive sykehusleger hevdes det nå at hvis de ikke får tilstrekkelig ansvar og kliniske oppgaver, vil de atrofiere som fagfolk. Har vi allerede glemt at dette en gang også var et hovedproblem i vårt fag?

Jeg vil våge den påstand, midt i denne feststund, at mange av oss førte en feilaktig helsepolitikk da vi i 80-årene lot oss rive med i myndighetenes nedbygging og automatisering av sykehusene. Riktignok var vår kamp mot den spesialiserte og oppstykkede medisinien en viktig forutsetning for gjenreisningen av primærhelsetjenesten og generalistmedisinien. Men vi så ikke klart nok at myndighetene også hadde andre hensikter med nedbygningen av sykehusene. I de hemmige Mork-rapportene, som først ble frigitt ifjor, går det klart fram at det var de økonomiske nedgangstidene, og ikke ønsket om en bedre helsetjeneste som var drivkraften bak Den store nedbyggingsplanen for sykehusvesenet av 1981.



Diagnosomaten

I dag må vi konstantere at helsevesenet vårt har fått alvorlige svikttegn på sykehussiden. Hvis vi mener at vi fortsatt trenger sykehusene og de spesialistene som enda driver med spesialistmedisin, må vi arbeide for at også de skal få et faglig innhold i sitt virke som leger. Vi må henvise flere av våre egne pasienter og slutte å være så avhengige av diagnostomaten og operatomen!

Vi må kort sagt støtte de sykehuskollegaene som tar si fra om den farene for faglig atrofi som truer deres arbeid.

Med denne oppfordringen vil jeg utbringe en almenmedisinsk skål. Den skal vi i all ubeskjedenhet tømme for de kollegaer som ryddet veien for gjenreisningen av almenmedisinien som fag for 20 år siden.

debatt!



I Utposten's nr. 2/79 skriver redaktørene Holte og Bjertnæs om sine holdninger til og følelser for nevnte lov. Siden Utposten er et alminnelig blad for og ikke mot primærhelsetjenesten, synes jeg ikke den redaksjonelle holdningen bør få stå uimotsagt.

Siden den politiske demonstrasjonen 27/2-79 ble fulgt opp av nær hele den norske legestand, finner jeg det rimelig å tro at det var flere enn YLF's "maktblokk" som var motstandere av den utforming Midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenester (heretter kalt Etableringslov) fikk.

Videre tror jeg det finnes en helhjertet holdning blant de fleste primærleger om at det må komme en mer rettferdig fordeling av legetjenester også i utkantstrøk som har vanskelige økonomiske kår, glissen befolk-

Om midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenester

Alm.prakt. HARALD RAMBØL

ning og tøffe klimatiske forhold. Jeg tror heller ikke det er tjenelig å tillegge våre sykehuskollegaer et oppkomme av uetisk, usosial og egoistisk tenking. Det blir ingen god debatt av det.

Det må presiseres at legeaksjonene, som stort sett YLF's medlemmer sto for, og den politiske demonstrasjonen 27/2-79 var rettet mot det utkastet til Etableringslov som nå er vedtatt. Det var ikke en demonstrasjon for at man syntes alt i det norske helsevesen var såre vel.

Redaktør Bjertnæs slutter bedre enn han begynner, idet han etterlyser et stort antall fastlønnsstillinger og en betydelig forbedret Normaltariff. Begge disse virkemidler er blant Dnlf's forslag til løsning av legefordelingsproblemet. Kontrær

debatt!



til seg selv slår imidlertid redaktøren tidligere i sitt innlegg fast at dette "midt i et budsjettår synes for oss som arbeider i primærhelsetjenesten, umulig både praktisk og økonomisk".

Det som imidlertid værre er, er at redaktør Bjertnæs får støtte i sistnevnte av stadsråd Ruth Ryste som i brev til Sosialkomiteen 16/1-79 fastslår at opprettelsen av det tjenelige antall distriktslekestillinger vil belaste statsbudsjettet for hardt og at heving av takstene i Normaltariffen ikke er et egnet virkemiddel til å få en spredning av leger til grisgrendte strøk. Det var imidlertid ikke et krav fra Dnlf at opprettelsen av offentlige lekestillinger skulle og måtte iverksettes over natta.

Derimot ser redaktørene, som oss andre, frem til

Forts. side 15

Det spesifikke ved det almene

Almenmedisin er på jakt etter identitet. Et fag med alderdommens erfaringsgrunnlag, men med pubertetens manglende profil.

I søker etter en idiologi en basis og et fundament som skaper respekt, avgrensing og tiltrekning. En profil har sin attraksjon i sin spesifisitet, og en identitet i sin særige karakter.

Almenpraktikeren har lenge vært grovsmeden - "Jack of all trades", men i det medisinske landskap teller det lite å være "Master of none".

Hva er det spesifikke i alt det almene, og hvor er vårt felt hvor vi grovsmeder kan være "masters"?

I kampen for posisjon proklamerer vi oss selv som "husets og familiens lege" som skal yte kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende legetjeneste.

En slik programerklæring krever at vi har kunnskaper om personen som er syk, og ikke bare kunnskapen om sykdommen

personen har. Men kunnskaper om personen, innbefatter også kunnskapen om personens nettverk - og spesielt det tette nettverk.

Familielegens viden må ikke begrenses til familiemedlemmer, men den må omfatte familien som enhet.

Almenmedisin som familiemedisin vinner terreng i en rekke land, og spesielt kunniskap om familien som enhet i medisinsk relasjon, vokser seg inn i store lærebøker.

Andre kolleger har gått foran. Pediater, psykiatere og geriatere har lenge fokusert på familien og pasientens tilhørighet i den.

Samfunnsvitere og adferdsfag har samlet og systematisert kunnskap. Nå er det på tide vi hører og intergrerer det i vår alderdoms erfaringslade for å gi føde til vår egen uferdige profil og såkorn til vår egen upleyde mark.

Med utbytte og glede deltok jeg på årets

Distr. lege Nils Johnsen,
almenpraktiker DNLF



LEGETYPE IV: FAGIDIOTEN

Man må til enhver tid kjenne til sannsynligheten for at sykdom kan inntrefte.

APLF kurs i familie-terapi, men med skam erkjenner jeg at vi "Familielegene" bare var mottakere. Familieviten har et bredt spekter, også fra epidemiologi, genetikk og med. sos- iologi. Det influerer på vår forståelse av presenterende symptomatologi, vår diagnostikk og vårt behandlingsopplegg.

Det burde ha betydning for vår konsultasjonsform, vår praksis organisering, vår journalskrivning og arbeidsform. Kan vi være hjemmets lege uten å besøke hjemmet, se det og kjenne det?

Kan vi nå fram med årelange behandlingsopplegg, kost, vane og livsstilspåvirkning uten å kjenne og forstå det sosiale nærmiljøet?

Jeg har tro på almenmedisin.

J oppgledde øyeblikk opplever jeg en viss sannhet i Lord Taylors beskrivelse av almenpraksis i boka Good General Practice "the most fascinating, absorbing and rewarding job in the world".

Jeg ønsker meg som hus- og familielege større viden om huset og familiens og tror familiens må i fokus for almenmedisin.

Ingen annen medisinsk fag-

gruppe møter familiens så nært og fra så mange vinkler som almenpraktikeren.

Ingen annen gruppe burde ha forutsetning for å vite mer om familiens - og neppe noen har større behov for familiekunnskap.

Jeg er sikker på at spesiell kunnskap på dette felt kan skape linjer og konturer i en profil av et ansikt med identitet. La oss gå sammen å lære om familiens.

Forts. fra side 13

at loven om primærhelse-tjenesten skal komme og "forutsetter at den blir fulgt opp til tross for at den vil koste mange penger". Redaktør Holte antyder at den enkelte kommune vil få ansvaret for opprettelse av stillinger. Etter hva jeg kan forstå er ikke staten stent for å betale hva dette måtte koste og tror at det er en rekke av nettopp de økonomisk svake kommunene som heller ikke kan se seg råd til dette. Etableringsloven gir intet svar.

At forskjellige politiske fraksjoner fra AKP-ml til de konservative krefter står sammen i en fagpolitiske sak som denne synes jeg, i motsetning til redaktør Holte, ikke er eiendommelig. Det taler heller for en faglig enighet mot et dårlig lovforslag.

For å utdype siste påstand nærmere:

1. Etableringsloven vil ikke gi tilgang på nye leger i de kommuner hvor forholdene ikke ligger til rette for å drive drivverdig praksis. Stadsråd R. Ryste innrømmer, det vi alle vet, at det i en rekke distrikter ikke finnes tilstrekkelig befolkningstruktur til å gi en tilfredsstillende inntekt etter gjeldende honorarsystem i forhold til arbeidsbelastningen. Videre er

det mange steder som ikke har tilfresstillende kontorer om i det hele tatt, boliger som står ledige o.s.v.

Det er vel få av oss som har lyst til å slå seg ned et slikt sted, selv om befolkningen har et forståelig behov av en lege. Det argumenteres med at man ikke får besatt stillingene selv om alle forhold som nevnt ligger til rette. Jeg synes at det i denne sammenheng må påpekes at man på de fleste av disse stedene må regne med en nær sagt ubegrenset arbeidsbelastning og det er ikke noe trekplaster. Dette er vel hovedårsaken til at Etableringsloven ikke kan komme til å oppfylle sin intensjon. De rike og "gunstige" kommunene vil få flere leger og de fattige kommunene stagnerer. Mange fastlønnsstillinger med statlig engasjement kan løse problemet.

2. Etableringsloven fritar således myndighetene for det økonomiske ansvar for en bedre utbygget primærhelse-tjeneste.

3. Etableringsloven er et dekke for at ikke Stortingsmelding 85 (70/71) om opprettelsen av 600 distriktslekestillinger forlengst er fulgt opp. Vi hadde kansje i dag ikke stått opp i denne prekære situasjonen hvis de gode forsetter hadde blitt fulgt.

4. Etableringsloven gir ikke det Råd som skal opprettes for å "utarbeide og kunngjøre oversikt over de kommuner hvor befolkningens udekkede behov er særlig stort" og som skal bestå av 7 medlemmer, noen konkrete retningslinjer for dets arbeid. Det hele skal baseres på skjønn. Jeg frykter vilkårlig administrasjon av lejetjenestene.

5. Storting og Odelsting setter seg i høyeste grad utover de ellers godtatte regler i arbeidslivet om demokrati på arbeidsplassen. I få saker har vel beslutningene i denne grad blitt tatt over hodet på arbeidstakerne som riktig nok skal dekke et publikumsbehov, men som fullt ut er meningsrettigete i denne sak. Vi må vel ikke glemme at legestanden i denne sak fikk offentlig støtte i Sykepleie-forbundet, helsesøstrene, jordmødrerne, sosionomene, Psykologforeningen o.s.v., stort sett alle som steller med menneskers psykiske og fysiske helse.

Og til sist: Jeg er for at lejetjenestene i primærhelse-tjenesten må fordeles rettferdig, men ikke bare for publikum. Jeg tror ikke loven med den utforming den har fått klarer å gjøre dette hverken for leg eller lerd.



Willocchs viltfarelse (og Aud Blegen Svindlands)

v/alm.prakt.
GEIR JACOBSEN

Under Odelstingsdebatten i forbindelse med Etableringsloven stilte Høyres parlamentariske leder, Kåre Willoch (Oslo), spørsmål om det kunne være så galt at sykehusleger og andre fast engasjerte leger drev privat legepraksis fra egne kontorer i sin fritid. Til tross for at Willoch gjentok spørsmålet også i et senere innlegg fikk han intet svar. For én gangsskyld tror jeg Sosialministeren gjorde klokkt når hun unngikk en konfrontasjon på dette punkt. Til Mr. Willoch kan man spørre: Hva vil resultatet av en slik fragmentert virksomhet av leger med annen hovedbeskjeftegelse enn almen praksis bli? Svaret gir seg når man ytterligere beskriver en slik virksomhet:

Den er uten kontinuitet, den er pga. knapp åpningstid vanskelig tilgjengelig.

Nærheten kan det av og til også bli så som så med.

Hva får vi ut av dette?

Etter min mening det stikk motsatte av den trygghet som vi anser som grunnleggende for forholdet mellom pasienter og den faste almenlege som enhver burde ha krav på. Tryggheten i dette tilfelle vil utelukkende komme legen til gode, vesentlig som tilskudd fra Normaltariffen. Virksomheten vil dessuten foregå på legens premisser - tilenhver tid - når det passer ham. Hvor finner man først og fremst outsiderne som gresser i våre bed? (dvs. Normaltariffens ytelses).

Grobnunnen er der tilbudet og dekningen av vanlige almenlegetjenester er mangelfulle og utilstrekkelige, samtidig som det finns sykehusleger og andre som har ledig arbeidskapasitet. Det vil si i de større byer og de folkerikeste deler av landet.

Alle er enige om at Normaltariffen er utilstrekkelig når det gjelder mulighet for å drive en adekvat, tidsmessig almenpraksis innenfor en akseptabel arbeidstid. Korridor-, kjellerstue- og garasjepraksis er en vesentlig



LEGETYPE V: ARISTOKRATEN

De syke kan jo bli en belastning for oss leger

hindring når det gjelder å få Normaltariffen opp på et skikkelig nivå. Normaltariffen vil fortsatt bestå i en rekke år.

Det er muligens vilje, men slett ingen økonomisk evne hos det offentlige til å overta all almenlegevirksomhet pr. idag. Det bør derfor skje en omfordeling når det gjelder Normaltariffens yteler på den måte at det settes klare begrensninger i allerede fast engasjerte kollegers mulighet for fusjon. Etableringsloven kan derfor ses på som et middel i denne begrensning - ikke for begrensningens egen skyld, men for å skape levelige vilkår for dem som har Normaltariffen som eneste eller hovedsakelige inntektskilde. Et annet hovedproblem i forbindelse med avlønning av liberalt ervervende leger, er at timesatsene for offentlig helsearbeid: Skole, helsestasjon, alders- og sykehjem (og bedriftslegearbeide) må ta hensyn til et høyt og kontinuert kostnadsnivå - også den tid legen er borte. Dette altså under den forutsetning at man sat-

ser på helhetslegen til å dekke både den profilaktiske og kurative del av primærlegetjenesten.

Et annet forhold som gjorde at undertegnede ikke fant å kunne avvise Etableringsloven like bastant som majoriteten av legestanden, er Overlege i Statens arbeidstilsyn, Aud Blegen Svindlands anslag mot Den faste lege. Dette ser jeg på som det groveste anslag mot primærlegen på mange år. Overlege Blegen Svindland ser bedriftshelsestjenesten som en hensiktmessig søromsorg ut fra den forutsetning at tilhørighet til yrke og arbeidssted er en mer konstant faktor enn bosted og nærmiljø.

Hvis bedriftslegeordningene skal bygges opp etter Aud Blegen Svindlands hode, vil dette medføre en totaloverføring av alt primært helse- og legearbeide til bedriftslegerne, i ren konkurransen med det allerede vel innarbeidede almenlegeapparatet. Gjennom opprettelse av et 1000-talls offentlige bedriftslegestillinger vil

Aud Blegen Svindland støv-suge alt overskudd fra medisinerutdanningen i årene fremover. Den geografiske forfordeling av legeårsverkene i dette bildet gir seg selv når en vet hvordan yrkesstrukturen er her til lands.

Aud Blegen Svindlands anslag mot almenmedisinens når hun på, sin måte "vifter med skjørta til LO" (sitat: Stortingsrepr. Torbjørn Berntsen), må klart avvises. Og det er bare Etableringsloven som idag kan forhindre dette anslag.

Noe positivt bør vel dette innslag også inneholde? Før almenpraktikerkongressen i København er det naturlig å peke på det system som danskene har i sin primær-legetjeneste. I Danmark har en trofast holdt seg til Den faste lege. Listeprinsippet

sørger for at alle borgere kjenner sin lege-tilhørighet. Det samme gjelder den danske almenpraktiker som kjenner sin pasient-masse og således er i stand til å disponere sin dag på en helt annen måte enn i de øvrige nordiske land. Her gjelder ansvar både for forebyggende og kurativ medisin. I Danmark er primærlagen den selvsagte koordinator for all pasientomsorg.

Er ikke den danske "liste"-ordning i strid med prinsippet om fritt legevalg? Danskenes gir selv svaret ved at kun 5-6% bytter lege ved årets slutt (Man tilmeldes 1 gang årlig til sin lege). Undersøkelser viser også at storparten av dem som ønsker å bytte lege, er medikamentmisbrukerne - de manifeste og de potensielle,

m.a.o. "the doctor -shopper" som en Kanadisk kollega kalte dem. Er det da ingen skyggesider ved dansk medisin? Selvsagt, det er jo nok bare å vise til at et antall kolleger går arbeidsledige. Den situasjonen har en jo ikke hos oss. Derimot vil vi sannsynligvis få en situasjon med ubeskjeftigete spesialister med behov for omskolerings dersom ikke spesialistutdanningen mer tar hensyn til tilbuddet av faste stillinger for spesialister- og behovet for dem.

Til Kåre Willoch og Aud Blegen Svindland: Rett blikket mot sør og lær av danskene! Den norske distriktsmodellen er utmerket når vi her til lands nå skal forme fremtidens faste lege. Det skal være helhetslegen - intet mindre.



LEGETYPE VI: SELSKAPSLØVEN

Kanskje gjestene er blitt syke?

Utposten's kurs og kongresservice

NORDISK KONFERANSE FOR SAMFUNNSMEDISIN

(XVIII NORDISKE EMBEDSLEGEMLØTE)

2.—5. august 1979

i KRISTIANSAND, NORGE

TORSDAG 2.AUGUST - ETTERMIDDAG
Forbrødringsaften ved fjorden i møte med Kristiansand kommune.

FREDAG 3.AUGUST:

Kl. 09.00	Åpning og velkomst. Praksisplanlegging, hovedsakelig i forhold til samfunnet og befolkningen med etableringskontroll, henvisningsplikt, kommunale helseplaner o.l. Kvaliteten av legegjerningen. Ansvar for helsearbeid. Ansvarlige: Sigurd Riber Albrechtsen og Harald Siem.
Kl. 12.00	Lunsj.
Kl.14.00-17.00	ALT.A: Bolig og bomiljø. Utforming av trafikkmønster. Byvandringer. Ansvarlige: Ole Berg og Valdemar Birkeland.
	ALT.B: Frie foredrag. Maksimalt 15 min. foredrag med 5 min. diskusjon. Forslag bes sendt inn innen 1.juni til ansvarlig: Fylkeslege Arne-Birger Knapskog, p.b. 207-N3701 SKIEN. Aften til disposisjon. Uformell samling.

LØRDAG 4.AUGUST:

Kl.09.00	Selvmordets epidemiologi. Forskjeller i nordiske land, skyldes de reelle forskjeller eller metodefeil. Ansvarlig: Ole Horwitz.
Kl.12.00	Lunsj.
Kl.14.00-17.00	Familielege/legefamilie. Innledning av psykiater Eivind Haga, diskusjon i grupper. Ansvarlig: fra Elisabeth Harstad.

SØNDAG 5.AUGUST:

Kl.10.00-12.30	Samfunnsmedisin. I Norge og Danmark arbeider man med å få definert faget samfunnsmedisin, hovedsakelig med tanke på en strukturert utdannelse og fastleggelse av kompetansekrav. Også i Sverige er det interesse for samhaldsmedisin. Finland har en fastlagt spesialitet i administrativ medisin. Morgen er tenkt organisert med innledning fra de 5 nordiske land og plenumdiskusjon. Ansvarlige: Mårten Kvist og Anton Skoglund.
----------------	--

Den nevnte konferanse holdes på HOTEL CALEDONIEN, KRISTIANSAND S.

PÅMELDING INNEN 15.JUNI 1979 TIL:

OFFENTLIGE LEGERS LANDSFORENING,
INKOGNITOGATEN 26, OSLO 2.

Forskningskurs i London:

THE ROYAL COLLEGE

7.—9. september 1979

Det er altså ikke bare i Trondheim at det blir arrangert almenmedisinsk forskningskurs i høst. Utposten har fått underrettning om at Dag Bruusgaard ved Institutt for almenmedisin i Oslo kan gi nærmere opplysninger om dette London-kurset.

**Kurs i Trondheim:
FORSKNING I ALMENMEDISIN**

19.—22. november 1979

Høstens kurs om forskning i almenmedisin vil bli arrangert ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Trondheim. Dette er et resultat av drøftelser mellom de almen- og samfunnsmedisinske instituttene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo, etter at et lignende kurs ble holdt i Bergen siste høst. Oslo-katalogens kurs nr. 805 med samme tittel avlyses derfor i denne omgang.

Kurset er beregnet på almenpraktiserende leger, distriktsleger og andre med interesse for å drive forskning innen den primære helsetjenesten. Det vil bli gitt en innføring i enkle forskningsmetoder, med vekt på problemformulering, utarbeidelse av undersøkelsesprotokoll, samt innsamling og bearbeiding av data. Vi ser gjerne at aktuelle kursdeltagere som har større eller andre undersøkelser under planlegging eller gjennomføring, tar kontakt med instituttet for å drøfte om problemstillingen kan benyttes til gruppearbeid under kurset. Ellers er det selvsagt ingen forutsetning for deltagelse at man selv har forskningserfaring.

Påmelding til kurskomiteen ved Leiv S. Bakkeiteig eller Steinar Westin, Institutt for samfunnsmedisin, Eirik Jarls gt. 4, 7000 Trondheim, tlf. 075-25539. Deltagerantallet vil bli begrenset til ca. 20-25.

Leiv S. Bakkeiteig

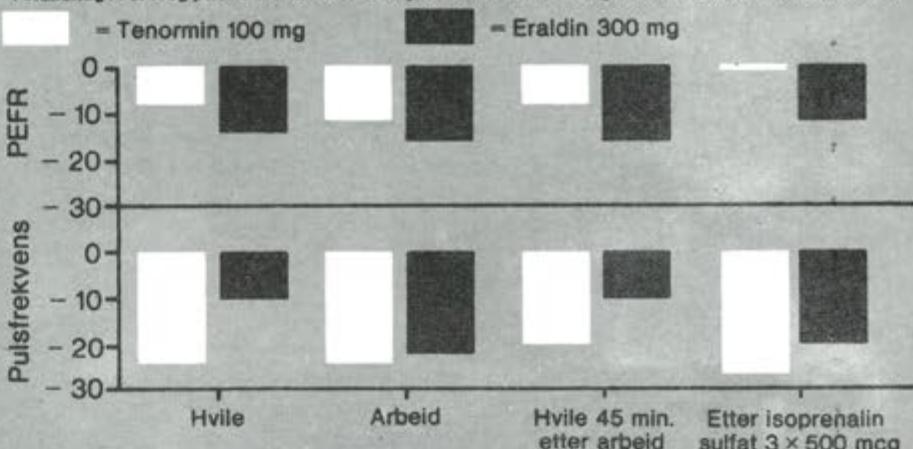
Tenormin

ATENOLOL

Høy grad av kardioselektivitet — ingen blokering av adrenerge bronkodilatatorer

Vilsvik og Schaanning¹ 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.

Forandring i PEFR og pulsfrekvens etter 100 mg Tenormin eller 300 mg Eraldin som % av kontrollverdier.



Egenskaper: Tenormin (atenolol) er en beta₁-adrenerg receptorblokkere med relativt høy kardioselektivitet og som i terapeutiske doser har liten innvirkning på lungefunksjonen og den perifere sirkulasjonen. Tenormin har ikke egenstimulerende eller membranstabilisertende 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: Hypertoni.

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

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

Forsiktighetregler: Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktive luftveislidelser. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta₂-spesifikke bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøy. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsloppsfunksjonen 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 sker 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 kloroformanevestesi.

Ved nedsatt nyrefunksjon innebefører 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/dogn, 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 blodkonsentrasjonen 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:

Trykkpakkning 30 tabletter à 100 mg
100 tabletter à 100 mg
Boks 250 tabletter à 100 mg

Litteratur:

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



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

Refusjonsberettiget (pkt. 12)

BRATLIE ELI OG OLA

2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL

Ved ulcus duodenii 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. Guldaal, 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



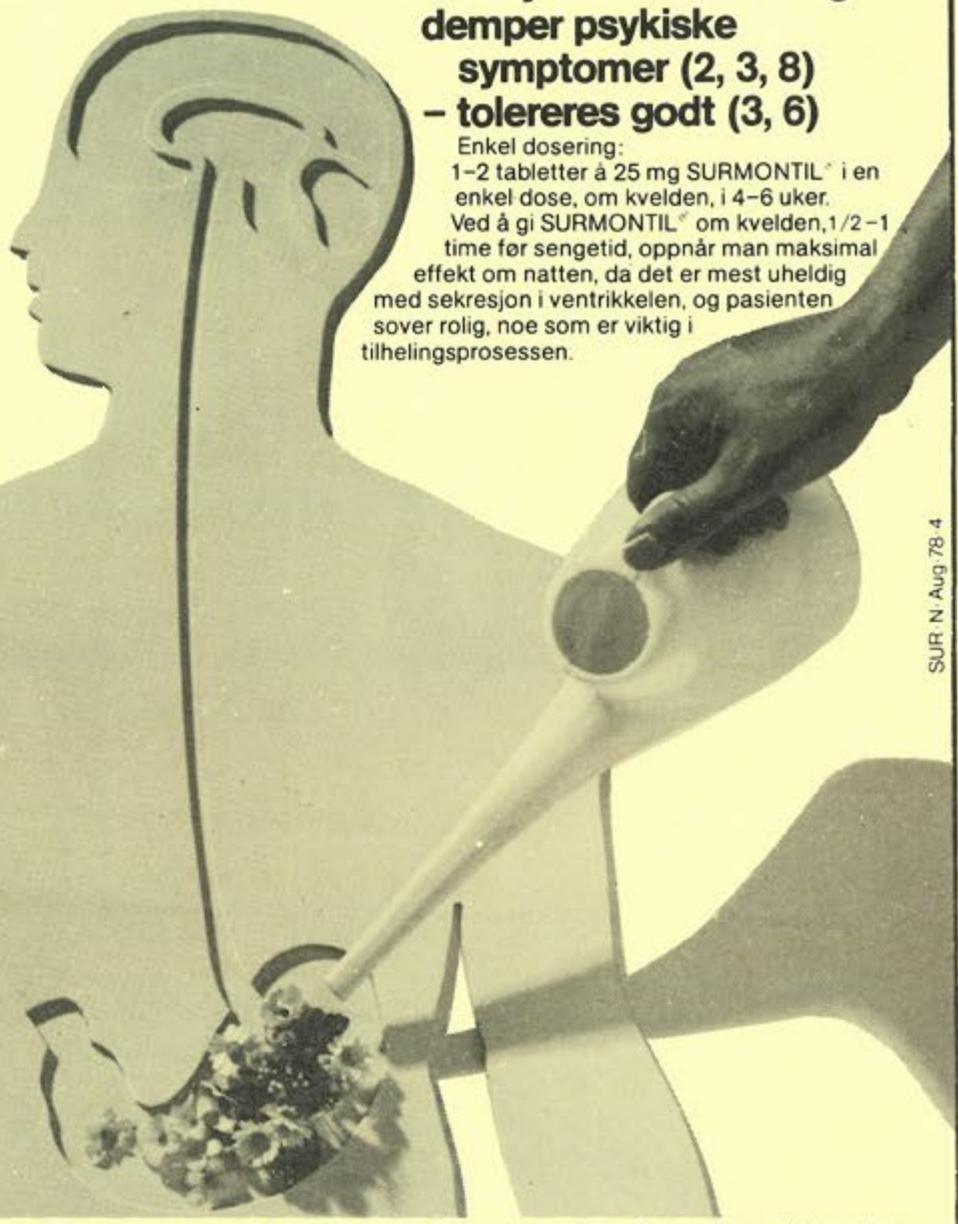
Medisinsk Informasjonskontor
Skårerveien 150
Postboks 20-1473 SKÅRER
Telefon 1021 70 55 20

syresekresjonen (1, 4, 7) - gir rask vårlhelning (2, 3, 5, 8)

- lindrer fysiske smerter og demper psykiske symptomer (2, 3, 8)
- tolereres godt (3, 6)

Enkel dosering:

1-2 tabletter à 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.



SUR N Aug 78-4

T **EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml:** 1 ml inneh: Trimipramin i embonat 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, tannzink, fjerme i løpet av 1978).

T **TABLETTER:** Hver tablet innneh: Trimipramin maleat respond: trimipramin, 25 mg, resp. 50 mg, constit. q.s. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Trimipramin har antidepresiv, 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 nedslatt.

Virkningsmekanisme: Hemmer gjennopptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerger midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. I ulcus duodenii og pylori kan effekten være en kombinasjon av virkningen på sekresjonen og det nervøse apparat. 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. Absorbasjon: Resorberes godt ved peroral administrasjon av både embonat og maleat.

Metabolisme: Hovedmetabolitter i urin er derivater av imidobenzyl og dibenzepin. I serum oppdannet trimipramin og monodesmetyl derivat. Utskillelse i urinen: Overgang i morsmilk. I så små mengder ved terapeutiske doser at det som regel ikke er noen risiko for barnet.

Indikasjoner: Alle former for depressive tilstrender som endogen, involuttiv, organisk, neurotisk, reaktiv og klimatisk depresjon, spesielt når disse ledsgås av insomnia.

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

BIVIRKNINGER: Ekstrapiramidale: Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Doseredsuksjon og tillegg av antiparkinsonsmiddel i begrenset tidsrom bedør som oftest symptomene. Psykiske: Lett morgendugselhet kan forekomme, som oftest av kort varighet. Toksisk-deliriøse reaksjoner i sjeldne tilfelle. Vegetative og kardiovaskulære: Lett munntørhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser. Nodopine og gastrointestinale forstyrrelser er iaktatt. Dermatologiske: Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. Hematologiske: Ingen betydningsfuller eller vedvarende avvirk 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 MAOH-behandling er avsluttet.

FORSIKTHETSREGLER: Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemmende virkingen inntra for den depresjonslende virkning, og dette kan føre til økt suicidalrisiko. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f.eks. adrenalins og noradrenalins. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser og sinustachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet bør utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertelidelse.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende tåkesymptomer, regnbuesyng og øyesmerter krever hurtig øyelegge-kontroll og utlukkelse av antialergikum før be-

handling fortsettes. Forsiktighet ved leverlidelser, 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 adrenalins, MAO-hemmere, metyldiendat, norepinephrin, barbiturater, betanidin, eferdin, guanetidin, metilaradin, metyldopas, reserpin og tyroidea-preparater.

DOSERING: Individuelt tilpasset den kliniske tilstand. Ambulant: 50-100 mg (2-4 tabletter) à 25 mg eller 10-20 mg embonat mikstur 1-2 timer før sengetid.

Sterste dose fortrinnsvis til pasienter med uttalt sevnsfortstyrrelser. Ved å gi hele dagdosen om kvelden vil man hurtig oppnå en normal sovnmyrme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemidler. Behandling må fortsettes i minst 4 uker. Ulcus duodenii og pylori: 25-50 mg om kvelden 1/2-1 time før sengetid. Behandlingen bør fortsette i 4-6 uker. Sykehús: Initialt 100 mg (2 tabletter à 50 mg eller 15 ml embonat mikstur) om kvelden. Dosen økes gradvis til terapeutisk effekt er oppnådd, i enkelte tilfelle til 400 mg/dag. Dosen beholdes til remisjon inntrer.

Derefter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsnivå, vanligvis 100-200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes bratt.

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

UTLEVERING: 50 mg tabletter kun til sykehús.

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.