UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 5 AUGUST/SEPTEMBER 1979 ÅRGANG 8

Lov om distriktshelsetjenesten, lovutkastet ut til høring i høst!

Av innholdet

Aage Bjertnæs: 1'ste Nordiske Kongress i almenmedisin ..... side 2

Martin Holte: Almenmedisinsk ideologi ..... side 3

Tore Koksvik: Behovet for postgradnat utdannelse i almenmedisin .. side 4

Per Fugelli: Legetjenesten for folk som bor langt fra helsesenteret . side 8

Aage Bjertnæs: Legeforeningens landsmøte i Stavanger ..... side 9

Aage Bjertnes: Ruth Ryste i hardt vær ..... side 11

Bjørn Magne Eggen: Blir lov om Distriktshelsetjenesten historien om loven som forsvant? ... side 13

Ulf Borgen: Innledningsforedrag ved landsmøtet i Stavanger side 16

Kurs Kongresservice side 18

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Torild Jakobsen

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

Den 1'ste Nordiske kongress i almen medisin, et gjennombrudd for faget, en utfordring for deltagerne, en suksess for arrangørene

Vel 400 almenpraktiserende leger fra fjærn og nær innen norden hadde den glede å høre kongressens president prof. Paul Bacher ønske velkommen. Med sine konsise meninger i åpningsforelesningen lyktes det han å risse opp konturene av almenmedisin som legevidenskapelig fag som et av de mest atraktive forskningsområder for morgendagens medisinere.

Kongressdeltagerene var en ungdommelig, broget forsamling, og representerte et godt utsnitt av den alminnelige legestand. Vi møtte de alle, distriktslegen fra Finmark, bydelslegen fra Oslo, distriktsöverläkaren fra Skåne, hjemmebesøkslegen fra København, provinsialläkaren fra Tampere. De var der alle, vi som til daglig sitter med reseptorene dypt i den almenmedisinske hverdag.

Bella Centeret - med sin moderne, storslåtte, ofte nesten ubegrensede arkitektur gav en god ramme omkring kongressen som i sin nyskapning og jomfruelighet representerte de første steg i en riktig retning for almenmedisinen som akademisk fag.

Teknisk forløp arrangementet perfekt. Våre danske kolleger har all ære for sitt dyktige arbeid for å få til et slikt løft som en kongress av denne størrelsesorden innebærer.

Faglig sett vil vi også gi honnør for utvelgelsen av de foredrag som var satt opp på programmet. Aktuelle tema, inspirerende for en vitebegjærlig almenpraktiker.

Kongressens første dag ble viet generelle forskningsproblemer. Utposten bringer i dette nummer to referater fra disse foredragene.

Torsdag var det avsatt 4 valgfrie tema:
1. Store forskningsprosjekter
2. Workshop om almenmedisinsk ideologi
3. Undervisning i almenmedisin.
4. Almenpraksis - organisasjon og drift.

Foredragene bestod vesentlig av innledningsforedrag som ble kommentert av panel representert med leger fra de forskjellige nordiske land.

Fredag ble det på 6 forskjellige seksjoner avviklet i alt 60 forskjellige foredrag som bygget på videnskapelige arbeider fra almenpraksis utført av almenmedisinere. Her kunne en riktig boltre seg i almenmedisinsk snadder med hovedvekt på kliniske og epidemiologiske forskningsresultater. Foredragene var korte og godt redigerte og tidsmarginene ble holdt til punkt og prikke.
Dette var på mange måter den beste delen av kongressen, Utposten vil i tiden som

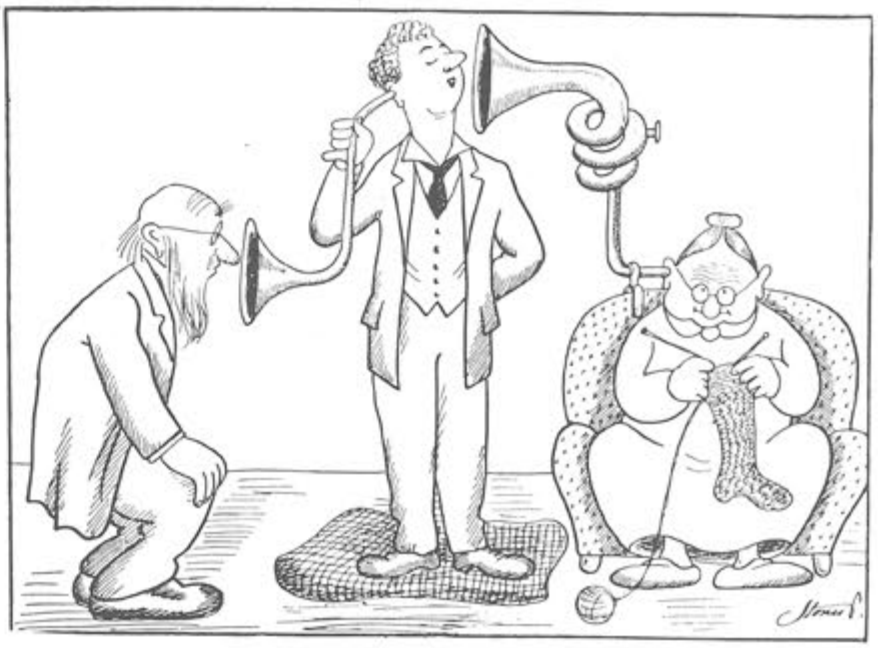
kommer bringe en del referater fra disse arbeidene.

Også den sosiale siden av kongressen var meget brukbar. Våre ledsagere tok del i en sightseeingcabaret som med visesang og teater tok de med inn i det gamle og nye København fra en sosial og samfundsnær synsvinkel.

"Wonderful Copenhagen" torsdag kveld et program med virkelighetsflukt, med virkelighet og visjon, gav nok mange et tankekors midt i gleden over skinkestek og rødkål.

Programmet ble avsluttet med et besøk i Nationalmuseets utstilling i Brede. He fikk deltagerene oppleve "Det farlige liv", en utstilling om samfunn og sykdom sett i historisk perspektiv og dagens aktuelle situasjon.

Skal en kritisere arrangørene for noe må det være at ikke denne utstillingen var med i kongressprogrammet også for deltagerene.



Ør og trett etter formiddagens utallige tema fant jeg inspirasjon i denne fantastiske utstillingen som hadde appell både til de som bruker helsevesenet og de som styrer og betjener det. Måtte det bli en ide for norske myndigheter å få til noe lignende.

Aage Bjertnæs

NORDISK KONGRESS I ALMENMEDISIN
Seksjon B.

Almenmedisinsk ideologi

Dette er et grunnleggende tema og angår alle oss som utøver almenpraktisk legearbeide. Det er et jomfruelig fag selv om dets grunnvoller ble skapt av Hippokrates ca. 400 år f.Kr. Ideologi - idélære om almenmedisinen - hva betyr dette? Innholdet i denne ideologi baserer seg på grunnstenen i vårt arbeide, nemlig lege - pasient forholdet. Det betyr at det er vi - de almentpraktiserende leger som gir denne ideologi innhold alt etter hvordan vi definerer hva som er god almenmedisin.
Spørsmål som i denne sammenheng må besvares er:
- Hva er vår oppgave som almentpraktiserende leger?
- Hvordan forholder vi oss overfor våre pasienter?
- Hvordan opplever vi vår rolle i situasjonen lege - pasient?

Prof. Paul Backer, president 1'ste Nordiske kongress i almenmedisin

- Hvilket ansvar overfor pasienten har jeg som lege?
- Hvilket ansvar bør pasienten ha overfor seg selv?
- Skal vi være den allfaderlige bedrevitende doktor som bør løse alle pasienters problemer?
- Skal vi være den aristokrat som føler pasienten som en belastning?
- Eller skal vi være legen med en holdning overfor pasienten hvor man forsøkker å belyse helheten i pasientens situasjon både fra somatiske, psykiske og sosiale synspunkter?

Kultur - et dynamisk begrep - stadig nye kulturstrømninger skapes, og almenmedisinens ideologi må hele tiden definere sitt innhold i forholdet til den eksisterende samfunnskultur. Sett fra denne synsvinkel kan man kanskje si at almenmedisinen

også er en del av vår tids kultur - eller kanskje bedre et produkt av vår tidskultur.

Pasientene kan ofte beskrives som symptombærere på vår samfunnskultur. Tidligere var pasienten og legens hverdag preget av svære infeksjonssykdommer, feilernæring og fattigdom.
Vår tids materialistiske overflodskultur har skapt et helt annet sykdomsbilde som vi møter gjennom våre pasienter med hovedsakelig psykosomatiske lidelser, samlivsproblemer og belastningssykdommer.
Derimot har den medisinske skole - undervisningen - ikke forandret seg, men sunket hen i et statisk mønster hvor det fortsatt hevdes at essensen i vår medisinerutdannelse er de somatiske aspekter ved pasienten.

"Of course, we'd like you to be able to cope with this claustrophobic, overprotective attitude of ours, but you know we'll always be here if you can't."

Medisinerutdannelsen ved våre universiteter har altså ikke klart å tilpasse seg de nye kulturstrømninger som hele tiden er med på å skape de sykdomsbilder som pasientene frambyr. Derfor opplever alle som går ut i almenpraksis etter endt studium, et stort vakuum i sitt kunnskapsnivå - nemlig hvordan de skal forholde seg overfor pasientene og deres symptomer.

En av våre viktigste oppgaver blir derfor å definere innholdet i den almenmedisinske ideologi, deretter å forsøke å påvirke de statiske krefter som styrer universitetsmedisinen, slik at den etterhvert vil få et mere meningsfylt og dynamisk innhold. Ringen er sluttet - vi er tilbake til lege - pasientforholdet - vi må lære hva dette er for noe - hva det innebærer.

Forutsetningen for at dette skal lykkes er at primærlegen må være den person som har totalansvaret for pasientens helse - til dette trengs nærhet, trygghet, kontinuitet og tillit.

Martin Holte

UNIV.LEKTOR TORE KOKSVIK, OSLO UNIVERSITET

Behovet for postgraduat utdannelse i almenmedisin

Foredrag ved 1' nordiske kongress i almenmedisin, København 7. juni 1979

I mange år har det vært holdt kurser for almenpraktikere i mitt hjemland, uten at man har satt seg ned og diskutert om det er nødvendig. Det har hele tiden vært hevet over enhver diskusjon at innen faget medisin skjer det en så rask utvikling at man med jevne mellomrom bør komme sammen for å lære noe nytt og avlære gammelt. På bakgrunn av denne filosofi har man drevet en videre- og etterutdannelse som har kostet både tid og penger.

Personlig synes jeg at det er fortjenestefullt at man ved den 1' Nordiske kongres i almenmedicin har tatt initiativet til å sette noen spørsmålstegn ved denne undervisningen.

Er den gamle filosofien fortsatt riktig?
Er forholdene slik i dag som de var for 15-20 år siden?
Kort og godt, er det behov for en postgraduat utdannelse innen almenmedisin, en utdannelse som skal føre frem til en ervervskompetanse?

I vår arbeidssituasjon som almenpraktikere er visse ting helt livsnødvendige for å kunne utføre et godt arbeid. Vi behøver tid, vi behøver også endel utstyr, apparater og instrumenter, fremfor alt behøver vi en god relevant faglig bakgrunn. Uten disse nødvendige former for verktøy kan arbeidet bli slitsomt og resultatene dårlig. Det er denne relevante faglige bakgrunn som vi skal diskutere i dag. Hvis den ikke er god nok, oppstår det et behov for å gjøre den bedre.

Jeg tenker meg at dette behovet kan fremtvinges fra to sider. Ser vi på vår helsetjeneste som et serviceorgan, kan behovet tenkes dirigert fra komsumenten eller fra produsenten av tjenestene. Fra komsumenten eller fra samfunnets side er det behov for visse faglige kvalifikasjoner hos almenmedisinere for at de skal kunne utføre samfunnsmedisinske funksjoner.
Jeg tenker her spesielt på forhold innen den forebyggende samfunnsmedisin, kontroll av barn og unge, vaksinasjoner, samfunnshygiene,

og i den senere tid også forurensningsproblemer.

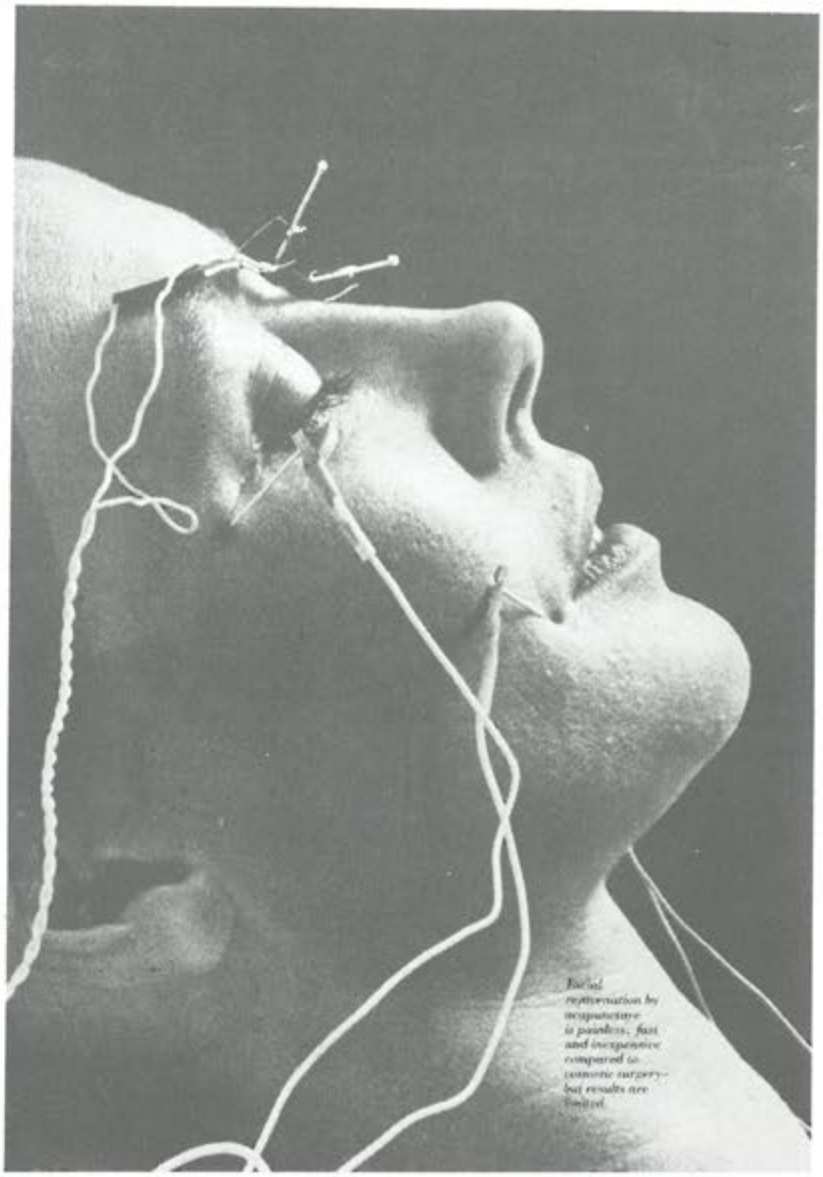
Offentlige leger i vårt land er pålagt ansvar for disse funksjonene, og helsemyndighetene stiller krav om at legene skal være faglig kvalifiserte til å påta seg disse oppgavene. Det kreves imidlertid ingen spesiell ervervskompetanse for å utføre funkjonene.

Den enkelte komsument har også et innebygget ønske og kanskje krav om at deres faste lege skal være orientert i de aktuelle medisinske nyvinninger. I de senere år har vi opplevet at massemedia i tiltagende grad har interessert seg for medisinske spørsmål. Det fører til at befolkningen langt raskere enn tidligere kan bli informert om medisinske fremskritt. La oss her bare nevne kampen mot de store folkesykdommene prevensjonsveiledning og andre problemer. Folk leser om dette i aviser og hører det på radio, de ønsker da at deres lege skal kunne gi dem ytterligere opplysninger og råd om dette, slik at det kan komme den enkelte til gode.

Likevel må vi konkludere at samfunnet ikke setter spesielle krav til de almenmedisinere som skal praktisere sitt fag, krav om postgraduat utdannelse. Det er i vårt land et lite unntak fra denne regelen. Ved bydelslegeetaten i Oslo kommune er forholdene lagt slik til rette at den enkelte bydelslege skal kunne oppnå tittelen Almenpraktiker DNLF. Det er svært sannsynlig at man om noen år vil innføre dette som krav til etaten.

Den sterkeste drivkraften når det gjelder behovet for postgraduat utdannelse kommer fra almenmedisineren selv. Det er legene selv som føler dette behovet, og det har naturlig nok vært legenes organisasjoner som har vært opptatt av denne utdannelsen.

Det er mange årsaker til at legene føler dette behovet. La oss først spørre oss om den utdannelsen man har gjennomgått ved universitetet er relevant for den arbeidssituasjonen man befinner seg i som almenmedisiner. Målet for universitetsutdannelsen til lege er at man etter en utdannelse i basalfag og kliniske fag skal kunne praktisere som almenmedisiner. Vi har vel blitt smertelig oppmerksomme på at dette så langt fra er tilfelle. Det gjelder i mitt eget land, og jeg tar vel ikke så meget feil at det også gjelder i de andre nordiske land. Man kommer ut med en medisinsk viten som er basert på de syke menneskene i samfunnet som ligger på sykehus, mer ekstremt sagt, på de syke menneskene som ligger på en universitetsklinikk. Man kjenner noen sentrale og perifere sykdommer, deres etiologi, patogenese og terapi, man kjenner imidlertid ikke sykdomspanoramaet i almen praksis. Man har heller ikke lært å være epidemiolog i ordets videste forstand. Med dette mener jeg at man mangler evnen til å sette sammen alle de faktorene i samfunnet som kan være sykdomsfremkallende til et helhetsbilde. Kort fortalt,- grunnutdannelsen forteller oss lite om hvor meget sykelighet det finnes i et samfunn, og hva slags sykelighet det egentlig dreier seg om. Den gir oss heller ingen god bakgrunn i å vurdere årsakene til disse sykdommene. Med dette vil jeg postulere at vi kommer ganske uforberedte ut i livet som almenmedisinere fra våre universiteter. Vi kan oppdage at vi har "huller" innen enkelte fagområder, men kanskje enda verre, - det at vi møter en helt annen medisinsk hverdag enn den vi har levet med gjennom mange studieår.



Da oppstår det naturlig et behov for å lære mer. Og hvordan gjør man nå det? Det

er sagt flere ganger at vi alle må gjennom en periode hvor vi prøver og feiler, - dette gir oss erfaring og hjelper oss til å stå bedre rustet neste gang vi møter et problem. Dette er imidlertid en smertelig prosess som er tung å bære, både for patient og lege. Vi kan også spørre andre kolleger med større erfaring bak seg og få nyttige og gode råd av dem.
I vårt land er dette ikke alltid lett. Landets geografi er slik at de fleste arbeider isolert. De har derved ikke den mulighet som enhver sykehuslege har hver dag i sitt arbeid.

Jeg nevnte for et øyeblikk siden geografien i vårt land, jeg må stanse litt opp ved den, idet jeg tror det også kan ha relevans i de andre nordiske land.

De små samfunn som man møter rundt i landet der man skal arbeide er særdeles ulike i hele sin struktur, her mener jeg naturen, og dermed næringsgrunnlaget, befolkningens sammensetning og hvor langt det er til nærmeste sykehus eller spesialist. Hos oss er det enorme variasjoner, fra storbyer og tettsteder over jordbruk og innlandsindustri til kystområder med hårdt værlag og havet som arbeidsplass. Med noe overdrivelse kan man si at det knapt er to distrikter som er helt like når man tar alt dette i betraktning. Derved blir også almenmedisinerens arbeidssituasjon ganske ulik på de forskjellige stedene. Det skaper store behov hos legene for å vite noe mer, f.eks. om yrkeshygiene, forurensninger, la oss kalle det medisinsk økologi i sin videste betydning.

La meg også nevne at vi ikke helt skal se bort fra det såkalte kollegiale behovet for en postgraduat videreutdannelse. Vi har levet så lenge med den spesialiserte medisin ved siden av oss og mange har smertelig oppdaget at vår status som alminnelig lege ute i bushen gjennom år har vært avtagende, både blant befolkningen og blant andre kolleger. Det er naturlig at dette har skapt et ønske hos almenmedisineren til å skaffe seg en utdannelse som kan rette opp dette syn. Det er visse tegn i tiden til at dette nå er ved å endre seg, men det er en langsom prosess.

Jeg mener med dette å ha påvist at det er store behov for en postgraduat utdannelse innen almenmedisin, og at det er legene selv som i største grad har definert dette behovet. Det er også legene selv som har tatt initiativet til å fylle disse behov.
I vårt land er utdannelsen formalisert ved en videre- og etterutdannelse, fastsatt av Den norske lægeforening.

Den fører frem til en ervervskompetanse med tittelen Almenpraktiker Dnlf. Grunntanken er at man må lære faget almenmedisin der hvor den praktiseres. Det er innlagt ett års sykehustjeneste, men resten av utdannelsen legger hovedvekten på praksis og kursvirksomhet. En undersøkelse gjort i 1977 viste at omtrent 1/3 av almenpraktiserende leger har denne spesialiteten. En annen tredjedel er i ferd med å skaffe seg den, mens den siste tredjedelen vet man ingen ting om.

I Norge er kursvirksomheten bygget ut desentralisert, og det er utbredt ønske blant almenpraktikere å kunne gå på kurs i sitt lokale miljø eller så nær dette som mulig. Grunnen er innlysende, man ønsker ikke å reise langt og være borte fra praksis og familie i lengre tid. Tradisjonelt har det vært sykehusleger og andre spesialister som har undervist ved våre kurs. Det er imidlertid en voksende erkjennelse av at dette egentlig er paradoksalt. På denne måten har vi gjennom årene opplevet en slags fortsettelse av grunnutdannelsen, hvor vi også ble undervist av spesialister. Vi har nettopp påvist hvor lite relevant det er innen vårt fag. Langsomt har det da bredt seg ønske om å få eldre erfarne almenpraktikere til å være lærere for yngre kolleger. Dette har vi tatt konsekvensen av og forsøker nå ved de kursene som holdes ihvertfall å ha en almenmedisiner som innleder til dagens emne. Vi passer også på at i et diskusjonspanel skal også almenmedisineren være med.
Vi har altså kommet til den erkjennelsen at almenmedisinere skal undervise sine egne kolleger. Fra erkjennelsen og til målet er det imidlertid en ganske lang vei å gå. Et av de viktigste arbeidsområdene for yrkesorganisasjonen og instituttene for almenmedisin i fremtiden må bli å utdanne gode lærere som kan brukes både i grunnutdannelsen og den postgraduate utdannelsen. Innen faget medisin har det ikke vært vanlig at man utdanner lærere, det kjenner vi alle til. Har man en god vitenskapelig bakgrunn er man også vips en god lærer. Vi vet at dette så langt fra er tilfelle. Det ligger foran oss et stort arbeid med å utdanne lærere, og da mener jeg at man må ta alle metoder i bruk, spesielt innen pedagogikken.

Da jeg snakket om behov for postgraduat utdannelse, nevnte jeg hvor store ulikheter vi har innen arbeidsområdet almenmedisin. Ulikheter som grunnet seg på geografiske og demografiske forhold. Dette er forhold som vi i fremtiden må ta særdeles alvorlig. Selvfølgelig skal vi undervise i rent faglige medisinske emner, nyvinninger og teknik-

ker, men det er en økende erkjennelse av at medisinen så langt fra står isolert i et innviklet samfunnsmaskineri. En rekke nye fagområder, så som medisinsk sosiologi, etikk, yrkeshygiene, sosial pedagogikk og sosial psykologi trenger seg på. Dette som en klar erkjennelse av at vi nå må legge hovedvekten på den profylaktiske medisin i fremtiden. Det er skremmende å høre av amerikanske forskere at vårt bidrag til folkets helse sannsynligvis ikke kan ligge på mer enn 10%- nivået. Det er så smertelig å høre dette at mange av oss i ren aggresjon vil reise seg å avvise postulatet som oss fullstendig uvedkommende. Likevel vil jeg tro at det er mye sannhet i påstanden, og da må vi endre dette og satse på noe nytt.
Det er tenkelig at den profylaktiske medisinen blir den største utfordringen i så måte. Igjen skisserer jeg oppgaver som kommer til å behøve store ressurser, både av tankevirksomhet, tid og penger.

Terminus

Nu bør det være slut med hensyn til møbler. Man kan sidde på bagdelen, men derfor behøver man ikke at finde på nye siddeapparater hvert øjeblik. — De her viste er det sidste nye, som er udgået fra vort laboratorium, og de bør være det sidste ord i denne sag.

La meg til sist nevne dette med evalueringen av vår utdannelse. Det er stridsspørsmål som vi inntil i dag bare har våget å nevne av og til. Ingen har tatt hansken alvorlig opp, fordi man naturlig venter enorm motstand mot forslaget om å måle utdannelsens verdi. Hos oss får man i dag godkjent sin spesialutdannelse til Almenpraktiker Dnlf ved å vise frem kursbevis på så og så mange timer. Ingen spør om du har sovet eller løst kryssord i de timene. Så smått har man begynt å kontrollere om vedkommende har vært til stede, men dette må sies å være en heller dårlig evalueringsmetode. I andre land, f.eks. i England og Australia har man kommet meget lenger på dette område. For å bli medlem av The Royal College of General Practitioners må man idag gjennomgå en skriftlig eksamen over flere dager, man må også gjennom en muntlig høring, hvor det er en erfaren almenmedisiner som eksaminerer en kollega. Det legges altså tydelig faglig velfunderte kriterier til grunn for å oppnå en ervervskompetanse.

Etter mitt syn kommer vi heller ikke utenom disse kravene innen nordisk almenmedisin.
Før eller senere kommer spørsmålet fra myndighetene om hvor meget de kan stole på at utdannelsen har hatt effekt på den enkelte.
Det går mot stadig strammere økonomiske forhold i de vestlige landene, derved følger det enkle faktum at man vil vite hva man får igjen for pengene. Det finnes metoder til å måle effekt av læring i dag og det foregår en utstrakt forskning på å gjøre disse metodene bedre og sikrere. Vi har et enormt ansvar med vår postgraduate utdannelse, et ansvar overfor det samfunnet vi lever i, som har gitt oss utdannelsen og som gir oss midler til å holde den ved like. Skal vi opprettholde respekten for vår profesjon må vi ta dette alvorlig opp til diskusjon.

Som konklusjon vil jeg fremholde at vi har et betydelig behov for postgraduat utdannelse innen almenmedisin, og at denne utdannelsen nå må søke nye og ukonvensjonelle veier. Jeg har antydet at grunnen til dette er at vi må se vårt arbeid i langt nærere sammenheng til samfunnsstrukturen enn vi tradisjonelt har gjort.

Foran oss har vi et enormt arbeid med å utdanne gode lærere, og samtidig skaffe oss et godt verktøy for til stadighet å måle om det vi gjør bringer resultater.
Det viktigste ved hele dette arbeidet er at det må være dynamisk og til enhver tid følge med i de strømninger som finnes i det samfunnet vi lever.

Legetjenesten for folk som bor langt fra helsesenteret

DR. MED. PER FUGELLI. DISTRIKTSLEGE I LAKSELV

Foredrag ved 1' Nordiske Kongress i almenmedisin

Innledning.

Det blir mer og mer vanlig i norske landdistrikter å samle primærlegetjenesten i ett helsesenter lokalisert til kommunens tettsted. I store distrikter kan en slik sentralisering skape problemer for utkantbefolkningens legesøkning. Formålet med denne undersøkelsen er:

1. Å kartlegge legesøkningsadferden og faktorer som påvirker denne blant innbyggerne i en utkantbygd i Finnmark.
2. Å kartlegge sykdomsforekomsten i denne befolkningen med særlig vekt på å få frem sammenhenger mellom sykeligheten og svakheter ved den nåværende legetjenesten i området.

Materiale og metoder.

Fra Nordkapp skjærer Porsangerfjorden seg 15 mil sørover i Finnmark. Lengst inne i fjorden ligger kommunesenteret Lakselv hvor kommunens primærlegetjeneste er samlet i et helsesenter. Ti mil nord for Lakselv ligger utkantbygden Brenna-Kjæs med 104 innbyggere hvorav en høy andel pensjonerte og gamle. Området er trespråklig med samisk og finsk som hovedmål. Bygden har vært veiløs inntil 1976. 76 innbyggere deltok i denne undersøkelsen som fannt sted i april 1978. Kartleggingen bestod av:

1. En personlig intervjuundersøkelse for å kartlegge faktorer som påvirker legesøkningsadferden.
2. En lege-undersøkelse for å klarlegge sykdomsforekomsten.

Resultater.

Konsultasjonsratene i Brenna-Kjæs varierte i årene 1973-1977 mellom 1,2 og 1,6 konsultasjoner pr. innbygger pr.år. Legesøkningen i denne utkantbefolkningen er således betydelig lavere enn i hele kommunen hvor konsultasjonsraten i 1973 var 1,9 og i andre deler av landet hvor kartlegginger viser en rate på mellom to og tre konsultasjoner pr. innbygger pr. år.

De 55 fremmøtte som var eldre enn 15 år ble intervjuet om faktorer som hemmet deres legesøkning. De vanligste svarene var: tradisjon for sjelden legesøkning (28), lang vei til helsesenteret (27), mangel på bil (19), språkvansker (10) og vansker med å forlate arbeidet (9). Innbyggerne ble også bedt om å legge frem sine egne tanker om hvordan legetjenesten for Brenne-Kjæs kunne forbedres. 44 besvarte dette spørsmål, 40 med ønske om en fast utekontordag i lokalsamfunnet minst en gang hver måned. Ved lege-undersøkelsen ble det i alt registrert 207 sykdomstilfeller. De tre største sykdomsgruppene var: Hjerte-kar-sykdommer (36), sykdommer i bevegelsesorganene (31) og sykdommer i sentralnervesystemet/sanseorganene (28). 183 av sykdomstilfellene hadde vart i mer enn tre måneder. 66 sykdomstilfeller førte ikke til funksjonshemning mens 89 resulterte i liten, 38 i middels og 14 i betydeling funksjonshemning.

Det ble satt i verk terapeutiske tiltak for 76 av sykdomstilfellene og sosialmedisinske hjelpetiltak i 17 tilfeller. 86 av sykdomstilfellene ble bedømt å kreve regelmessig legetilsyn (minst to konsultasjoner årlig). 108 av de 207 sykdomstilfellene hadde ikke tidligere vært i kontakt med legetjenesten. 76 av disse var kjennt av pasienten. 84 sykdomstilfeller hadde tidligere vært i berøring med legetjenesten, men 16 av disse hadde fallt ut av terapiopplegget.

Diskusjon.

Det går frem at innbyggerne i utkantbygden Brenne-Kjæs har en uvanlig lav legesøkningsrate. En viktig årsak er at befolkningen gjennom årtiers isolasjon har lagt seg til en høy legesøkningsterskel. Nå er det kommet vei, men de tyve mils reise tur-retur det sentraliserte primærlegetilbud skaper fortsatt vansker for innbyggernes legesøkning. Problemene forsterkes ved at det er en opphopning av gamle og uføre i lokalsamfunnet og svært få med bil. Spørsmålet er så om dette underforbruket av legetjenester har fått noen negative helsemessige følger for Brenne-Kjæs-befolkningen.

Da det ikke har latt seg gjøre å legge opp en kartlegging som denne med kontrollgrupper, kan ikke undersøkelsen gi noe sikkert svar på det spørsmålet. Det er imidlertid rimelig å se den lave legesøkning i sammenheng med den høye andelen skjulte sykdomstilfeller blant innbyggerne i Brenne-Kjæs. Likeledes tyder resultatene på at en sentralisert primærlegeservice vanskeliggjør en adekvat oppfølging og kontroll av pasienter i utkantstrøk. Eksempler på sykdommer som var falt ut av behandlingsopplegget var: Perniciøs anemi, hypertensjon og diabetes mellitus. Det samme inntrykk av svikt ikke bare i oppdaging, men også i oppfølging, gjorde seg gjeldende på det sosiale og trygdemessige felt. De samme faktorer som hemmet utkantbefolkningens legesøkning reduserte deres evne til å bringe sine saker frem for og gjennom trygde/sosial-byråkratiet.

Sammendrag.

Tross ansamling av eldre og uføre er det et betydelig underforbruk av legetjenester i utkantbygden Brenna-Kjæs. Dette skyldes dels tradisjonelt høy legesøkningsterskel formet av isolasjon, dels dagens lange reise,- tyve mil tur-retur helsesenteret. Det synes rimelig å se disse forhold i sammenheng med den høye andel skjulte og inadekvat behandlede sykdommer som er påvist i Brenna-Kjæsbefolkningen. Som en praktisk konsekvens av kartleggingen, vil det nå bli opprettet månedlig utekontordag i dette lokalsamfunnet.

Lægeforeningens landsmøte i Stavanger

Vel 250 leger fra hele landet hadde møtt frem til Lægeforeningens landsmøte. Landets politiske og faglige helsemyndigheter var også samlet med sosialminister Ruth Ryste og helsedirektør Torbjørn Mork tilstede i salen.

Den norske lægeforenings president Dagfin Gjedde Dahl la ikke skjul på at foreningen hadde vært gjennom to meget begivenhetsrike år.
Spesielt hadde striden omkring etableringsloven satt dype spor etter seg. I et land hvor tidligere personellressurser i helsetjenesten hadde vært det store problem har en nå kommet i en situasjon hvor man har folkene men mangler penger. Det er de økonomiske ressurser som er den begrensende faktor til videre ekspan-

sjon. Med stor sykehusutbygging og lav legeproduksjon har de fleste av våre kolleger funnet sitt arbeid i institusjon. Arbeidsforholdene i sykehus har stadig blitt bedre i motsetning til forholdene i distriktet der de i de senere år har fått vanskeligere kår med lang og ubekvem arbeidstid.

Presidenten kom også inn på den svake økning av normaltariffen de senere år. Mens utgiftene stadig har øket, har det ikke vært politisk vilje til å øke normaltariffen. Til tross for utallige henvendelser fra Den norske lægeforening har det ikke nyttet å argumentere overfor myndighetene. Pris- og lønnsstoppen i 1978 satt et foreløpig punktum for forhandlingene. Det synes ihvertfall tindrende klart at dersom privat praksis i fremtiden er ønskelig i et land som Norge, må normaltariffen følges opp med betraktelig høyere honorarer.

Presidenten så tildels alvorlige konfliktområder mellom legestanden og de offentlige myndigheter i fremtiden. Spesielt vil dette skje der offentlige styringstiltak ville kollidere med legestandens ønsker om og behov for et fortsatt alternativ i den frie liberale yrkesutøvelse. Dette spesielt når utgiftene til helsestell skal dekkes ved rammebevilgninger i fremtiden. Han håpet myndighetene gikk inn for systemer som gjør det mulig å finne frem til en fredelig sameksistens mellom myndighetene og den norsk legestand.
Presidenten minnet igjen om Den norske lægeforenings ønske om straksopprettelse av 200 nye stillinger i distriktshelsetjenesten i år.

Presidenten kom også inn på det viktige og store arbeid som nå nærmest var ferdig fra stillingsstrukturutvalget. Arbeidet ble presentert på landsmøtet av sykehussjef Sjur Børve, Sør-Trøndelag som har fungert som formann i utvalget. Fremtidsutsiktene blandt spesialister i flere disipliner er ikke de aller beste. I flere fag spesielt kirurgi, medisin, pediatri, er det og vil det i fremtiden bli trangt om plassene. Naturlig avgang av overleger i faste stillinger i årene fremover er uhyggelig liten i forhold til de mange som etter hvert er og blir ferdigutdannede. Disse må tilbys arbeid, og pr. idag synes det vel mest fornuftig å forsøke å redusere utdannelseskapasiteten idet man omgjør underordnede stillinger til side- og etterutdannelsesstillinger for almenpraktiserende leger som i årene fremover skal fordobles i antall.

Arbeidet ventes ferdig sluttført i løpet av høsten, og vi får vente i spenning på den endelige innstilling.

I debatten som fulgte kom det frem en rekke argumenter som var myntet på vårt lands øverste helsemyndigheter.

Hauge: Sa seg glad for det forhold at Nyhusutvalget hadde gitt uttrykk for at privat praksis fortsatt skulle kunne drives som liberalt erhverv.

Mads Gilbert: Var redd for at en avflatet økonomisk ressurskurve ved innsparinger og omkalfatringer av penger og bevilgninger bare ville bety uendret eller nedsatt vekst for helsetjenesten totalt sett.

Åse Schrøder: Også bekymret for den kjennsgjerning at den privatpraktiserende lege i dag, for å holde samme inntektsnivå som årene før, må kompensere merutgiftene i praksis ved å øke arbeidstiden og arbeidskapasiteten. Hun mente pris- og lønnsstoppen her rammet urettferdig.

Harald Siem: Minnet forsamlingen om at tålmodigheten i distriktshelsetjenesten snart var oppbrukt. Fagre løfter måtte følges opp med økede ressurser til distriktshelsetjenesten.

Kommende statsbudsjett vil klart gi en pekepinn om hvor meget det ble lagt i løftene.

Lars Vaage: Glad for at utkastet til lov om distriktshelsetjeneste nå endelig ble sendt ut og at man hadde satt en rimelig frist for høringsrunden. Videre glad for at lovutkastet ikke direkte klart i tekst gav uttrykk for at sosialisering av legevesenet ville være et langsiktig mål.

Han etterlyste tiltak fra departementets side om at det settes i verk tiltak for at privat legepraksis skulle overleve.

Lars Helling: Manet forsamlingen til å stille myndighetene følgende ultimatum: At normaltariffen ble forhøyet skikkelig slik at den på normal arbeidstid i normalt arbeidstempo kunne gi en normal inntekt. Dersom dette ikke ble etterfulgt burde man kollektivt gå inn for at de privatpraktiserende legene burde få fast lønn for arbeid og vaktkompensasjon.

Jan Otto Syvertsen: Faren for videre nedfrysing av normaltariffen ville føre til at man fikk to typer almenpraktiserende leger:
1. de flinke legene som har råd til kurs og etterutdannelse,
2. de akterutseilte som ikke har råd til dette.

Arne-Ivar Østensen: Mente at de kommuner som nå i flere år hadde hatt fastlønnsstillinger for primærleger etter hvert også har

erfart at normaltariffen gir for liten avkastning. I følge kalkyler gir normaltariffen et underskudd på 115 - 200 000 pr.lege i fastlønnsstilling. Dette kommer først frem når det offentlige tar over. Han etterlyste et utvalg med Den norsk Lægeforening og myndighetene til å komme sammen for å vurdere kostnadsnivået for en moderne gruppepraksis.

Torleiv Robberstad: Understreket at normaltariffen er en gjennomsnittstariff. Privat praksis blir oftest billigere enn offentlig. Det faktiske forhold ble mere gratisarbeid for den privatpraktiserende legen. De fremtidige nyetableringene, mente han ville bli kostbare. Dette må det taes hensyn til ved nyetablering av praksis.

Stemningen ble etter hvert meget opphetet. En stund så det ut til at flertallet i salen ville gå inn for Hellings forslag om at myndighetene måtte innløse de private legepraksiser og tilby legene fast lønn dersom man ikke fikk en skikkelig høyning av normaltariffen for neste periode. Dette dempet seg til slutt noe ned og resultatet i landsstyremøtet lørdag, gav flertall for Østensens forslag om å nedsette et utvalg bestående av representanter fra Lægeforeningen og myndighetene for å se på kostnadsnivået i en tidsmessig gruppepraksis.

Ellers gav landsmøtet en unektelig følelse av at indre motsetninger i foreningen omkring etableringsloven fortsatt sitter dypt hos enkelte. Dette kom ikke minst frem under flere YLF's representanters angrep på Harald Siem. Det er ikke alltid at åpenhet og ærlighet gir uttellinger, av og til kommer en lenger med taushet.
La oss Håpe at etableringsloven og all dens utløste bitterhet og motsetninger blir lagt til side til beste for videreutvikling og løsninger av fremtidige helseproblemer.

Ellers gav landsmøtet klar tilslutning til at almen praksis også skal telle som [illegible]utdannelse for samtlige spesialiteter. Dette er en stor seier for oss som arbeider i primærhelsetjenesten, og vil bety at man i årene fremover kanskje kan se at en fruktbar utveksling av sykehusleger og primærleger kan føre til at begge grupper får bedre kjennskap til hverandres fagområder.

Landsstyret vedtok også å legge Lægeforeningens etterutdannelsessenter til Oslo. Dermed er det duket for oppføring av sentraliseringsgiganten i Voksenåsen. At den i like stor utstrekning skal gavne legers videre- og etterutdannelse i områder utenom Østlandet er en rekke av oss provinsianere fortsatt i tvil om.
Under Landsmøtet og landsstyremøtet kom det frem til dels alvorlig kritikk mot Lægeforeningens sentrale organer for mangelfull informasjon ut til medlemmene. Tiden vil vise om landsstyret valgte riktig da man gav grønt lys for nedgraving av 80 mill.kr. i Voksenåsen.

Aage Bjertnæs.

Sosialminister Ruth Ryste i hardt vær

SOSIALMINISTER RUTH RYSTE MÅTTE TÅLE TILDELS KRAFTIG KRITIKK UNDER LANDSMØTET I DNLF STAVANGER, TIL TROSS FOR AT HUN KOM MED LØFTER OM NY LOV OM DISTRIKTSHELSETJENESTEN.

Loven som i disse dager er sendt ut til de nødvendige høringsinstanser har som kjendt latt vente på seg lenge.

Statsråden understreker at det er et påtrengende behov for et lovverk som kan rydde opp i de uklare forhold og som så langt som ressursene tillater kan føre til en ny giv i distriktshelsetjenesten.

Selv om loven har vide perspektiver og intensjoner, er det like klart at den ikke løser alle problemer. Loven vil skape det nødvendige grunnlag for å realisere en kvantitativ og kvalitativ styrking av distriktshelsetjenesten. Dette vil kunne skje ved at loven:

Fastlegger det politiske ansvar for planlegging, etablering og drift, av distriktshelsetjenesten.

Lovfester finansieringsordning for alle deler av distriktshelsetjenesten.

Fastsetter regler for planlegging, utbygging og drift som kan sikre den nødvendige samordning av distriktshelsetjenesten med fylkeshelsetjenesten og den øvrige helse-sosialtjeneste.

Ruth Ryste følte seg overbevist om at denne loven vil

bli et vesentlig virkemiddel når det gjelder å gjenopprette balansen i det totale helsevesen, slik at distriktshelsetjenesten igjen blir det fundament i helsetjenesten som de øvrige tjenester skal bygge på.

Hvorfor ble loven forsinket?

På denne bakgrunn er det helt naturlig at loven om distriktshelsetjenesten har vært etterlyst lenge. Departementet tok opprinnelig sikte på å legge fram et lovforslag på et tidligere tidspunkt.

En viktig omstendighet var den utredning som hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen arbeidet med og som ble avgitt i midten av mars. Denne utredningen omfattet for en vesentlig del oppgave- og ansvarsforholdene, funksjonsfordeling og administrasjonsordninger i distriktshelsetjenesten, men ikke finansieringsordning.

Videre viser hun til det omfattende utredningsarbeid som har pågått i Nyhus-utvalget i løpet av det siste år som finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordelingen i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten.

Denne utredningen ble avgitt i mai og har fått betegnelsen "Helse og Sosialtjenesten i Lokalsamfunnet". Oppgave og ansvarsfordeling. Finansieringsordning". Den foreligger ennå ikke ferdig trykt, men ventes utsendt til alle høringsinstanser med det første.

Ruth Ryste fant det rimelig at høringsfristen for disse utredninger blir sammenfallende med uttalefristen til lovutkastet om distriktshelsetjenesten.

Økt kommunalt ansvar.

Det sier seg selv at Sosialdepartementet vanskelig kunne legge fram et lovforslag med et omfattende høringsnotat, isolert og helt uavhengig av de konklusjoner

og synspunkter som framsettes i de nevnte utredninger, sa Ryste.

I forslagene kommer det fram at:

Kommunene skal ha ansvaret for planlegging, utbygging og drift av distriktshelsetjenesten.

Dessuten innføres en forenklet og ensartet finansieringsordning.

Bedre legetjenester?

Den nye loven vil omfatte: Helserådsvirksomhet, legetjeneste som omfatter alminnelig legehjelp til befolkningen, helsesøstertjeneste, helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste, distriktsjordmortjeneste, hjemmesykepleievirksomhet, fysioterapitjeneste og bedriftshelsetjenesten.

Problemer for enkelte.

Som argumenter mot en kommunal modell - og samtidig som argumenter for en fylkeskommunal modell - sa Ruth Ryste at den kommunale modell innebærer en risiko for skjevheter i utbyggingen og at de små kommuner vil kunne få problemer med å organisere virksomheten og med å rekruttere fagpersonell. Samordningen mellom primærhelsetjenesten og den fylkeskommunale institusjonshelsetjenesten vil også kunne bli vanskelig å få til. Det kan også hevdes at fylkeskommunen har bedre administrative forutsetninger, i alle fall pr. i dag, for planlegging av slike tjenester som det dreier seg om og bedre muligheter for å sørge for en samordning av utbyggingen i hele fylket.

Man kan også tenke seg en kombinasjon eller blandingsmodell, med fylkeskommunalt planleggings- og etableringsansvar, men med primærkommunalt ansvar for drift,

men den vil være enda vanskeligere å akseptere, bl.a. fordi man da fortsatt vil få oppsplittende og uklare ansvarsforhold, og tilsvarende problemer med å få gjennomført oversiktlige finansieringsordninger.

Lovutkastet gir den enkelte kommune ansvar for distriktshelsetjenesten, og pålegger hver kommune å utarbeide en helseplan.

Helserådet mer politisk.

Lovens kapittel II beskjeftiger seg med helseråd og de alminnelige sunnhetsforhold.

Alle kommuner skal ha helseråd, men ordningen med en offentlig lege som helserådets ordfører foreslås opphevet. En offentlig lege skal imidlertid være medlem. Det må kunne antas at helserådet etter den nye ordningen vil kunne bli et mer politisk aktivt, lokalt organ enn tilfellet stort sett har vært hittil. I realiteten beholdes også mesteparten av Sundhhetslovens bestemmelser i den nye lov, men de framstår i en mer moderne form.

Både i forbindelse med debatten av stortingsmelding 85 og helsetjenesten utenfor institusjon og stortingsmelding 9 om sykehusutbyggingen i et regionalisert helsevesen og senest under behandlingen av stortingsmelding 9 om de sosiale tjenester har et klart flertall i Stortinget gitt uttrykk for at man ønsker å beholde vårt nåværende distriktslegevesen.

Fortsatt distriktsleger.

I Nyhus-utvalget, som dette lovutkast bygger på, går et flertall på sju av ti inn for å oppheve den statlige distriktslegeordning. Statsråden mente at man bør opprettholde den statlige distriktslegeetat.

Ved å opprettholden den statlige ordningen vil man blant

annet også i nødvendig utstrekning kunne sikre tilstrekkelig bevegelighet innen etaten. Ved en rent kommunal ordning kan man om ikke lenge komme i den situasjon at selve antallet av leger kan bidra til å låse systemet fast. Det vil si at legenes muligheter til forflytning blir betydelig mindre enn de er i dag. Kontinuitet er selvsagt også verdifullt, men det er også viktig at en lege som begynner sin karriere i et vanskelig utkantdistrikt kan ha en viss sikkerhet for forflytningen og avansement etter en rimelig tid. Spørsmålet må fortsatt anses som åpent. Departementet vil derfor i dette spørsmål måtte legge stor vekt på høringsuttalelsene før man tar endelig standpunkt til hva man vil foreslå over for Stortinget.

Distriktslegeordningen har rike tradisjoner i vårt land, og uansett hva resul-

tat av en diskusjon for og imot kommunale offentlige leger vil bli, og for og imot statlige, anser jeg det for vedsentlig at vi legger opp til en ordning som tar vare på det beste i disse tradisjoner, mente sosialministeren.

De privatpraktiserende spesialister representerer her et særproblem. Nyhusutvalget vil komme tilbake til dette i en delutredning.

Ikke alle blir kommunalt ansatt.

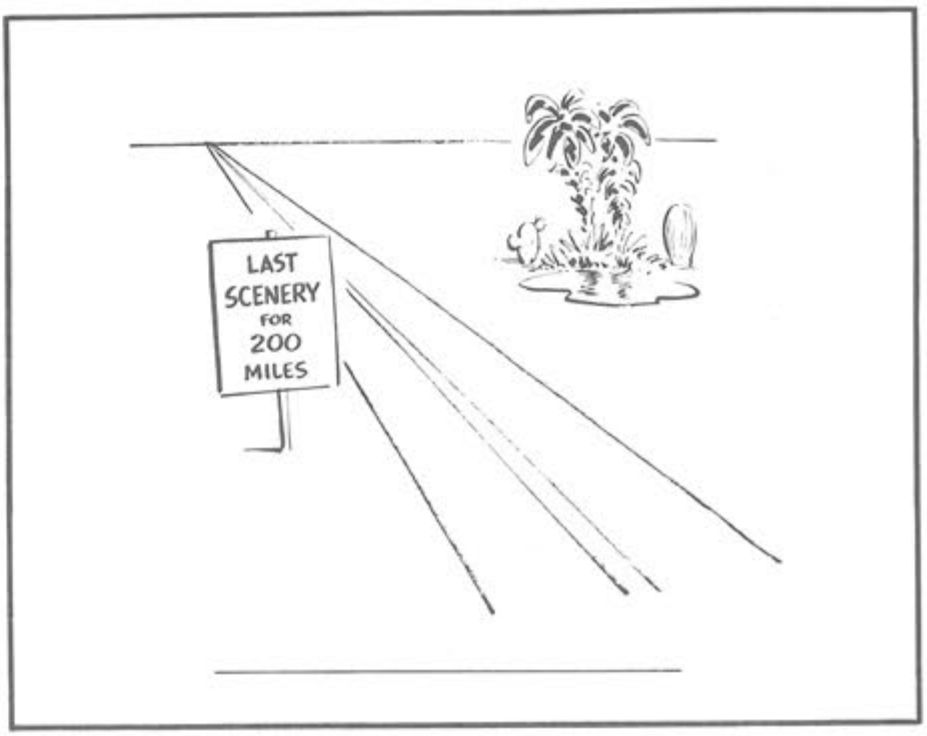
Loven løser ikke alle problemer med ett slag. En ny lov etter disse retningslinjer vil også kunne skape problemer. I en situasjon med mangel på praktisk talt alle kategorier helsepersonell kan vi, dersom loven trer i kraft relativt snart, få en forverring av den uttalte geografiske skjevfordeling dersom ikke spesielle styringstiltak eller overgangsordninger iverksettes. På noe sikt må det være klart for enhver at man ikke kan tillegge kommunen ansvaret for planlegging og drift av all distriktshelsetjeneste uten at man gir det samme organ det nødvendige grunnlag for å realisere dette.

Det forhold at kommunen får ansvaret for en tjeneste er ikke ensbetydende med at alle som arbeider i denne tjenesten automatisk skal bli kommunalt tilsatt. En helt annen sak er det hva jeg tror blir den naturlige utvikling på dette området. I den forbindelse viser Ruth Ryste til utvikling innen institusjonshelsetjenesten hvor alle leger og fysioterapeuter er fylkeskommunalt ansatt. Også det tok sin tid.

Det vil både etter de forslag som foreligger fra Nyhusutvalget og i utkastet til lov om distriktshelsetjenesten være tre muligheter for de praktiserende leger og fysioterapeuter:

Søke kommunalt opprettet stilling.
Inngå avtale eller kontrakt med kommunen.
Fortsette som i dag i solo- eller gruppepraksis etter godtgjørelse fra kommunen etter takst.
Ny etablering i privatpraksis kan etter lovutkastet bare finne sted etter vurdering av behovet i vedkommende kommune, sa Ruth Ryste.

Aage Bjertnæs



Blir lov om distriktshelsetjenesten historien om loven som forsvant?

Av Bjørn Magne Eggen, Trondheim

Statsråd Ruth Ryste lovte i Odelstinget 6. mars å fremme lov om distriktshelsetjeneste for Stortinget i løpet av vårsesjonen. Vårsesjonen er slutt, loven er ikke fremmet. Var det bevisst politikk at statsråden førte Stortinget bak lyset?
24. juni 1979.

Midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenesten ble som kjent behandlet i Odelsting og Lagting 6. og 15. mars.
I løpet av debatten kom en rekk rekke interessante utsagn om distriktshelseloven - utsagn som en bør merke seg nå når loven etter statsrådens løfte skulle vært lagt frem.

Thor Lund (saksordfører, Ap):: Komiteen understreker at det er nødvendig snarest å få loven om distriktshelsetjenesten. Dette lovforslaget er varslet i vårsesjonen. ... Sosialkomiteen har kommet med en henstilling til departementet om at lov om distriktshelsetjeneste bør komme snarest. Jeg håper dette (reguleringsloven. min. komm.) ikke skal bli noen "papirtiger" og en sovepute for myndighetene.

Odd With (sosialkomittens formann, Kr.F.):
Det er vanskelig å finne unnskyldning for at en 10 år etter at en fikk sykehusloven, ennå ikke har fått noen lov om helsetjenesten utenfor institusjon, skjønt det ikke har manglet på

meldinger og purringer. ... Forslaget til lov om distriktshelsetjenesten må komme til Stortinget i løpet av våren.

Ambjørg Sæltun (Sp):
For to år siden gjekk Senterpartiet sterkt inn for å få ei lov om distriktshelse-

Ambjørg Sæltun (Sp.):
For to år siden gjekk Senterpartiet sterkt inn for å få ei lov om distriktshelsetenesta. ... Vi streka under at legetenesta måtte bli sett inn i ein vidare samanheng i ei slik lov. .. Lat meg å få streke under at det hastar med å få ei meir utfyllande lov om distriktshelsetenesta.

Odd Einar Dørum (V):
Alt dette (forholdene i helsevesenet generelt, og spesielt i primærhelsetjenesten - min komm.) krever at lov om distriktshelsetjeneste fremlegges snarest. Denne loven har vi ventet på i en årrekke, og slik situasjonen i primærhelsetjenesten utvikler seg, er det fullstendig uforsvarlig å la tiden gå uten at den blir framlagt. ... vi håper selvsagt at en ikke skal måtte vente til 1983 for å få den lenge bebudede lov om distriktshelsetjeneste. ....
Den loven som er oppe (reguleringsloven), vil fungere som en papirtiger så lenge det finansielle grunnlag for primærhelsetjenesten ikke er lagt fram.....
En får gå ut fra at regjeringen.... skynder seg så mye at lov om distriktshelsetjeneste blir lagt fram i vår. Blir den ikke lagt fram til i vår, vil den siste rest av troverdighet til at man virkelig vil noe i helsesektoren, falle. Da blir etableringsloven bare et skalkeskjul for handlinger som tidligere ikke er blitt utført, og som det har vært politisk mulighet og makt til å utføre.

Stein Ørnhøi (Sv):
Det er for få leger her i landet, og vi mangler en lov om primærhelsetjenesten.. Det haster med en slik lov. .. Vi mangler en lov for å sikre en rimelig finansiering av primærhelsetjenesten og for å avklare ansvarsforholdet mellom stat og kommune når det gjelder denne tjenesten.

Lars Korvald (Kr.F.):
Det forbauser meg at (sosial-) komiteen ikke mer direkte ber om lov om helsetjeneste straks. Utrykket "snarest" er meget tøyelig i det politiske språkbruk. Det kjenner vi til av erfaring. Jeg forstår at loven må ut til høring. Dette må imidlertid ikke utlegges i den retning at det drar ut for loven. Det går nemelig ikke an å utsette disse spørsmålene lenger. .... Statsråden bør gjøre det helt klart at lov om helsetjeneste blir fremmet så raskt som det overhodet er mulig.

Gunn Vigdis-Hagen (Ap):
De utdannede legene i 1970-åra har stort sett gått til institusjonene. Dette viser klart effekten av at fylkeshelsetjenesten har hatt en egen lov, og motsatt viser det at distriktshelsetjenesten ikke har noen egen lov.. vi må snarest mulig få fram loven om distriktshelsetjenesten.

Arve Berg (Ap):
Arbeidet med den bebudede lov om distriktshelsetjenesten må forseres. En slik lov må klargjøre ansvarsforholdene for denne viktige delen av vårt helsevesen. En styrkning av primærhelsetjenesten er en forutsetning for at vi i framtida skal kunne sikre en tilfredsstillende legedekning i alle deler av landet vårt.

Christian Erlandsen (H):
Statsråden sa også at "regjeringen tar sikte på en sterk prioritering av distriktshelsetjenesten både gjennom opprettelse av et økt antall distriktslegestillinger - herunder fastlønnsstillinger - og gjennom en hensiktsmessig finansieringsordning for distriktshelsetjenesten". Hun henviste da også til det bebudede lovforslaget om distriktshelsetjenesten som skulle legges fram i denne sesjonen. Vi får håpe at det settes makt bak de ordene.

og til slutt utdrag fra statsråd Ruth Rystes innlegg

Først fra Odelstingsdebatten (6. mars):
Regjeringen tar fortsatt sikt på ensterk prioritering av distriktshelsetjenesten både gjennom økt antall distriktslegestillinger - herunder fastlønnsstillinger og gjennom en hensiktsmessig finansieringsordning for distriktshelsetjesten. Stortinget vil få anledning til å vurdere finansieringsordningen når det bebudede lovforslaget om distriktshelsetjenesten legges fram.

En tar sikte på et slikt lovforslag skal bli fremmet i inneværende sesjon. Dette lovforslaget vil bygge på en innstilling fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltingen og Nyhus-utvalgets arbeid. ... Jeg kan bare ytterligere understreke ... at departementet og Regjeringen i inneværende sesjon vil legge fram for Stortinget et lovforslag om distriktshelsetjenesten.
Og i Lagtinget (15. mars):
Den (dvs reguleringsloven - min komm) skal nå virke fram til 1. januar 1983, og i mellom-tiden (min uthevning) vil vi legge fram et lovforslag om distriktshelsetjenesten.

Hva er skjedd?

- Vårsesjonen er slutt, Stortinget er oppløst.
- Forslaget om distriktshelselov er ikke lagt fram.
- Nyhus-utvalgets innstilling er sendt ut på høring, og høringsrunden nå avsluttes før utvalgets konklusjoner kan bli innarbeidet i lovforslaget (som etter hva ryktene forteller, har ligget klar i departementet i flere måneder, og kun ventet på innstillingen fra Nyhus-utvalget).

Hvorfor er dette skjedd?

6. mars lovte statsråden at Stortinget skulle få distriktshelseloven i løpet av vårsesjonen. 15. mars het det "i mellomtiden", (dvs. før 1. januar 1983. Allerede før behandlingen i Odelstinget var det klart at sterke krefter presset på for å få separat høring .

"On the other hand, we don't charge for the cloud."

på innstillingen fra Nyhus-utvalget. Dette må ha vært for å vinne tid, fordi en offentlig overtakelse av primærhelsetjenesten vil koste penger, og dagens kommunale økonomi er fra før svært anstrengt. Dersom en virkelig hadde ønsket fortgang i arbeidet med distriktshelseloven, så måtte en da kunnet sende både lovutkastet og innstillingen fra Nyhus-utvalget ut på høring samtidig. Og dette burde statsråd/Regjering vært i stand til å presse gjennom - dersom ønsket om å fremme distriktshelseloven raskt hadde vært til stede.

Allerede før den 6. mars visste vi at det var overveiende sannsynlig at innstillingen fra Nyhus-utvalget ville bli sendt på høring - og innstillingen var da ikke engang avgitt. Likevel lover statsråden at distriktshelseloven skal fremmes i løpet av våren (før Stortinget ble oppløst 8. juni) - og debatten viste at mange av representantene (som naturlig kunne være) trodde at dette var tilfelle.
9 - ni - dager seinere heter det at distriktshelseloven vil bli fremmet innen 1. jan. 1983.
Hva er skjedd i Sosialdepartementet i mellomtiden, siden statsråden først da visste at loven umulig kunne bli fremmet innen 8. juni. Han burde ha visst allerede 6. mars at en så omfattende lov som distriktshelseloven vil trenge en omfattende og tidkrevende høringsrunde, slik at det ikke er mulig å få loven til Stortinget på bare 3 måneder (hvis da ikke høringsrunden skulle være like kort og overfladisk som den var for reguleringsloven).

HVA NÅ?

Det er selvsagt opp til Stortinget å reagere på at distriktshelseloven fortsatt befinner seg i departementet. Men jeg håper jo at de representantene som understrekte at det haster med å få distriktshelseloven, fortsatt mener det samme, åg at de er villig til å bruke sin innflytelse overfor Sosialdepartementet og Helsedirektoratet for å få fortgang i arbeidet, og at Lægeforeningen vil gjøre det samme

Addendum, 8. august 1979

Nå foreligger høringsnotatet for lov om distriktshelsetjenesten.

Det er samme høringsfrist for lovutkastet som for innstillingen fra Nyhus-utvalget, nemlig 1. november. Lov om distriktshelsetjeneste kan altså tidligst fremmes våren 1980, og ikke våren 1979 slik regjeringen lovte i mars.

SPECIAL NOTICE!

LES LOV-UTKASTET, SKRIV DIN MENING TIL UTPOSTEN!!

LA OSS FÅ DEBATT!

ULF BORGEN
Nedre Eiker legesenter

Innledningsforedrag ved landsmøtet i Stavanger

Som privatpraktiserende lege vil jeg gjerne uttrykke min glede over at statsråden har sett seg i stand til å komme hit til Stavanger for å orientere om den kommende lov om distriktshelsetjenesten.

Denne loven blir viktig for distriktene. Situasjonen er jo i dag at det ikke er noen offentlig forvaltningsmyndighet - på noe nivå - som har ansvar for å skaffe befolkningen nødvendige legetjenester.

Vi kjenner alle den resulterende permanente krise i bemanningen av distriktshelsetjenesten.

Det har ikke manglet på utredninger og meldinger, jeg minner om Stortingsmeldingen nr. 85 (7o/71) og nr. 45 (72/73). Jeg minner om Siems utredning om offentlig tilrettelagt almenpraksis. Det siste som ligger på bordet fra offentlig hånd er innstillingen fra Nyhus-utvalget som jeg har hatt anledning til å se et sammendrag av.

Den norske legeforening har selv tatt initiativet til å utrede alle sider ved en lov om distriktshelsetjenesten og har innhentet uttalelser fra sine avdelinger og spesialforeninger.

Ganske nylig har Legeforeningen bedt APLF/OLL om å utarbeide en generalplan for det fagområde som foreningene representerer. Og dette fagområdet er definert som den generelle, forebyggende og behandlende medisin.

Selv om det altså ikke har manglet på utredninger og meldinger, har loven om distriktshelsetjenesten latt vente på seg på tross av at den er lovet flere ganger. Loven ble kraftig etterlyst på vårt forrige landsmøte i Loen i 1977, og ikke minst av kolleger og politikere under debatten om den midlertidige lov om adgang til regulering av legetjenester.

Under odelstingsdebatten i mars 79 om denne loven, sa sosialkomiteens formann Odd Witt:

> "Det er vanskelig å finne unnskyldning for at en lo år etterat en fikk sykehusloven, ennå ikke har fått noen lov om helsetjenesten utenfo institusjon, skjønt det ikke har manglet på meldinger og purringer".

Under den samme debatt ble det fra flere hold gitt uttrykk for at en lov om distriktshelsetjeneste ikke på noen måte kan bidra til å løse de problemer vi står overfor i dag, men at en slik lov på lengre sikt vil bidra til å løse problemer. Forøvrig lovet statsråden i den samme debatt at stimuleringstiltak skulle tas med i den nye loven som ble lovet lagt frem for stortinget i vårsesjonen. Så er ikke skjedd.

I debatten ble det fra flere hold, f.eks. fra Reiulf Steen, understreket betydningen av at der etableres et mest mulig tillitsfullt samarbeid mellom legene, deres organisasjoner og myndighetene under den fremtidige utformingen av legetjenesten her i landet.

I tanker om morgendagens primærlegetjeneste fra "Tenkekomiteen", men også i andre av Legeforeningens interne utredninger, såvel som i Nyhus-utvalgets innstilling, er man blitt stående ved å foreslå det politiske ansvar for distriktshelsetjenesten lagt til primærkommunen. Kommunen får ansvaret for å planlegge, bygge ut og drive distriktshelsetjenesten med rammetilskuddsordning som finansieringsmåte.
Rent praktisk kan man tenke seg Helserådet utvidet noe med en administrativ seksjon, sannsynligvis fortsatt ledet av en statsansatt distriktslege som i dag.
Vi, de lloo privatpraktiserende almenpraktikere, får fortsette som før med samme oppgjørsordning.
Her sier Nyhus-utvalget:

Sitat: "Utvalget mener at privatdrevet almenlegetjeneste og fysioterapitjeneste utenom institusjon må innpasses i kommunens politiske administrative og økonomiske ansvar for distriktshelsetjenesten. Vi legger da vekt på at dette er nødvendig forå kunne få til en helhetlig fungerende distriktshelsetjeneste. Det kommunale ansvar for distriktshelsetjenesten og finansieringen vil få lite reelt innhold i forhold til nå dersom mesteparten av alminnelig legetjenester og fysioterapitjenester holdes utenfor. Vi viser også til den klare paralell til private og offentlige sykehus m.v. etter sykehusloven.

Utvalget forutsetter imidlertid samtidig at alle nåværende almenleger og fysioterapeuter i privatpraksis må ha adgang til å fortsette med dette. Kommunene må også kunne velge i hvilken grad de vil basere sin distriktshelsetjeneste på kommunalt ansatte eller privatpraktiserende leger og fysioterapeuter". Sitat slutt.
Nå er det naturligvis den hake ved dette at utgiftene ved å drive en tidsmessig praksis innenfor normal arbeidstid ikke lar seg dekke av inntekter over normaltariffen. Det må derfor være en selvfølge at normaltariffen på en normal arbeidstid gir en inntekt som tilsvarer den man ville hatt i en fastlønnsordning med tillegg av utgifter til praksisadministrasjon, høyere forsikringspremier, osv.
En oppjustering av normaltariffen på 30% har vært nevnt, 40% er kanskje like riktig. Det blir muligens lettere å få dette til når fler og fler kommuner opp-

dager hvor utilstrekkelig normaltariffen er.

De nåværende privatpraktiserende legers arbeidsvilkår vil sannsynligvis ikke forandre seg, ihvertfall ikke de første årene. Men jeg tror det er viktig at vi i samarbeid med kommunene utarbeider en plan for legetjenestene, slik at kommunen vet hva vi kan yte og dermed gis anledning til å legge opp planer for kompletterende legetjenester.
Det skulle også være i vår interesse, jeg nevner mindre arbeidsbelastning og stress, bedre vaktordninger, mer familieliv, mer tid til etterutdannelse.

Spørsmålet om tilmeldte pasienter på liste vil jeg la ligge.

Et annet spørsmål er om ansennitetsregelen skal gjelde for både de kommunalt ansatte og de privatpraktiserende leger. Her vil jeg tro at tjeneste i et distrikt må meritere like meget uavhengig av hvilken oppgjørsordning man har valgt. Nyhusutvalget har overlatt til kommunen å bestemme om de ønsker å utbygge sin legetjeneste med privatpraktiserende leger eller offentlig ansatte leger.

For meg synes det naturlig å komme frem til et fleksibelt system hvor legene kan arbeide på den oppgjørsordning de selv ønsker uten at dette har økonomiske konsekvenser for kommunen i form av større utgifter. Velger legen å drive privatpraksis, må han ha full råderett over sin praksis slik som i dagens system.

Vi må da forvente at kommunene lager sine planer for distriktshelsetjenesten hvor det inngår et visst antall legestillinger. Antallet leger i alle kommuner vil nok bli høyere enn det er i dag. De leger som slår seg ned i en kommune utover det antall hjemlet i den kommunale helseplanen, får sannsynligvis ikke refusjonsrett - altså omtrent som i den vedtatte, midlertidige lov om etableringskontroll.

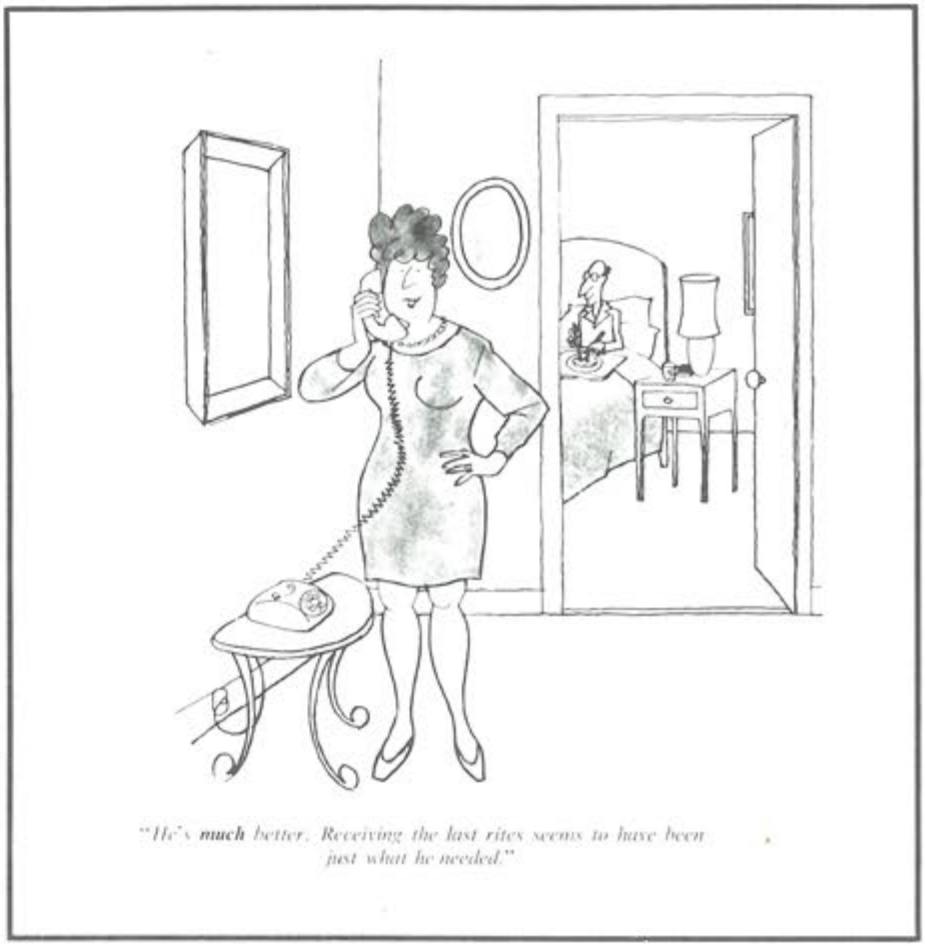
En lov om distriktshelsetjenesten vil, som nevnt, neppe få noen særlig praktisk betydning de første årene. På lengre sikt vil den styrke distriktshelsetjenesten hvis man greier å bremse ned sykehusenes legebehov. Hittil har jo disse institusjonene med god appetitt slukt mesteparten av de nyutdannede kandidater.

Det er dog ett forhold som loven om distriktshelsetjenesten kanskje kunne rette på relativt raskt, jeg tenker da på legevaktordningen. Vi vil selv ta vare på våre pasienter utenom vanlig arbeidstid, i en rimelig vaktturnus, men det er en nesten umulig oppgave samtidig å være sosialkontor, apotek og doktor på kvelden og natten. Spesielt vanskelig er det i de ovale week-endene fra fredag ettermiddag til mandag morgen.
I vaktdistriktene må legene få hjelpepersonell til telefonpass, enklere laboratorieprøver, hjelp på skadestuen og andre ting.

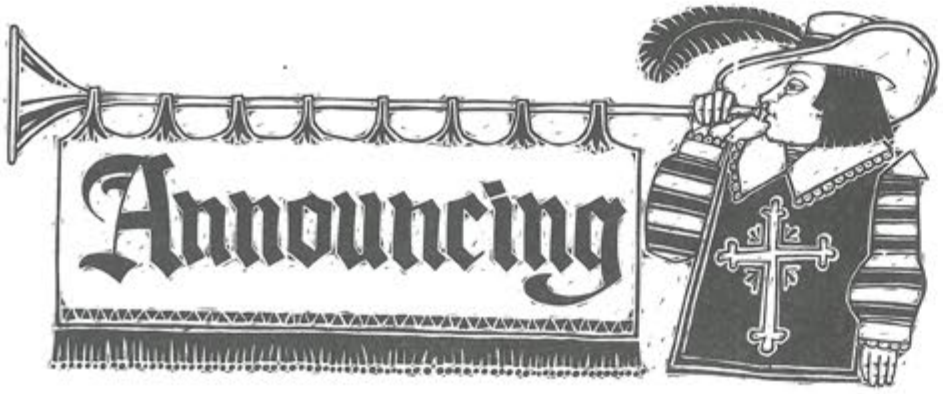
Videre må det kunne forlanges at vakthavende lege alltid har ryggdekning til annen linjes institusjoner, nemlig sykehusene. Transport og innleggelse må være en selvfølge når primærlegen finner dette å tjene pasienten best.

Loven om distriktshelsetjenesten bør også inneholde en passus om at de privatpraktiserende leger må stilles likt med fastlønnede kolleger når det gjelder arbeidsmiljøvernlovens bestemmelser om medbestemmelsesrett både i arbeidsmiljøvernutvalg og i tillitsmannsapparatet.

Jeg nevnte at flere i stortingsdebatten om midlertidig lov om etableringskontroll inviterte legene til et fruktbart, tillitsfullt samarbeid om den fremtidige distriktshelsetjenesten. Legeforeningen ser gjerne at dette samarbeidet kommer i stand og håper at det snart vil skje noe som sikrer almenlegetjenesten her i landet den fremtid den fortjener.



*"He's **much** better. Receiving the last rites seems to have been just what he needed."*



SIMG Janssens forskningspris.

Målet med SIMG Janssen's forskningspris er å stimulere forskning i almenpraksis i Europa, ved å finansiere et forskningprosjekt årlig. Prisen gis til en almenpraktiker i Europa for å hjelpe til med finansieringen av et forskningsprosjekt.

En internasjonal ekspertgruppe utvelger den beste forskningsplanen som omhandler mål og metoder for forskningsprosjektet og hvorfor det er nødvendig. Forskningen må være relatert til almenpraksis.

Prosjektet bør kunne gjennomføres i løpet av 2 år.

Prosjektet bør være av internasjonal interesse og hvis mulig skulle det kunne utvides til å bli et internasjonalt samarbeidsprosjekt.

Den som får prisen må fremlegge resultatene på en SIMG-kongress.

Prisen er på £ 300, ytterligere £ 200 vil bli stilt til disposisjon på det tidspunkt resultatene blir presentert.

Søknadsfrist er 31.10.1979. Forskningsprotokollen sendes til:

SIMG-sekretariatet, Bahnhofstrasse 22, A - 9020 Klagenfurt, Austria.

Protokollen bør ikke være på mer enn 1 000 ord og kan skrives enten på engelsk, fransk eller tysk.

Eventuelle forespørsler kan også rettes til :
Dag Bruusgaard, Institutt for almenmedisin,
Fr. Stangsgt. 11 - 13, Oslo 2

Conference on The Science of Research

London, 7th-9th September 1979.

Programme:

Friday 7th sept, 9-10 Professor Poul Riis:
Tyranny of variability

10-12 Dr. Bjørn Andersen:
Statistical reasoning
Statistical approach to variability

14-17 Dr. Henrik R. Wulff:
Introduction to group sessions
on statistical methods.

Group sessions.

Dinner

Saturday 8th 9-10 Plenary discussion.

10-12 Poul Riis:
Basic concepts of clinical research
(randomization, blinding, stratification etc.)

14-17 Dr. Robin Knill-Jones and dr. Henrik R. Wulff:
The scientific basis of clinical decision.

20-22 Group sessions: Critical assessment of medical papers.

Sunday 9th 9-10.30 Plenary session

10.30-12.- Poul Riis:
Research ethics.

Recommended litterature:

Henrik R. Wulff: Rational Diagnosis and Treatment
Bjørn Andersen: The Principles Underlying the Clinical Evaluation of Drugs. Published by Munksgaard A/S, Industriholmen 53, 2650 Hvidovre, Denmark.

Helsinki Declaration will be delivered at the course.

Needed at the course:

Geigy Scientific Tables / Wissenschaftliche Tabellen.

Ytterligere opplysninger: Dag Bruusgaard,
Institutt for almenmedisin,
Fr. Stangs gt. 11/13, Oslo 2.

LEGE TANZANIA.

REDD BARNA SØKER LEGE TIL UTVIKLINGSLAND

REDD BARNA har påtatt seg ansvaret for den faglige og administrative ledelse av lepra- og tuberkulosearbeidet i regionen Iringa i det sørøstlige Tanzania. Arbeidet skal ledes av en

REGIONAL LEPROSY/TUBERCULOSIS COORDINATOR

Stillingen innebærer i det tanzaniske helsevesen.

Legen vi søker skal være faglig ansvarlig for ledelse, organisering og kontroll av lepra- og tuberkulosearbeidet i regionens fire distrikter og ha kontakt med både sentrale og lokale helsemyndigheter. Opplæring av helsepersonell vil være en viktig del av stillingens ansvarsområde. Stillingen medfører utstrakt reisevirksomhet i regionen.

Følgende egenskaper ansees som vesentlige:
- erfaring fra utviklingsland
- evne til samarbeide
- praktisk sans og evne til improvisasjon
- tilpasningsevne
- mental og fysisk utholdenhet
- gode engelskkunnskaper, gjerne også kjennskap til kiswahili

Alder 30 til 50 år.

Den som ansettes vil før tiltredelsen få anledning til å følge et kurs i moderne leprakontroll i Addis Abeba, Ethiopia.
REDD BARNA vil også være behjelpelig med språkopplæring i kiswahili om nødvendig.

Vi kan tilby ordnede lønns- og arbeidsvilkår.

Kontraktstid normalt 2 år.

Tiltredelse snarest.

Opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til dr.med. Bjørn Myrvang, 2 avd. Ullevål Sykehus, tlf. Oslo 02/46 13 70. Ytterligere opplysninger kan fås ved henvendelse til Sekretariatet, tlf. 02/41 46 35.

Søknad sendes til REDD BARNA, Lilletorget 1, Oslo 1 snarest.

Dopamet
ℓ-α-metyldopa

i huskepakning til samme pris som før.

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

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

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

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

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

DUMEX

Tenormin kalenderpakning for optimal sikkerhet mot medisinforsømmelse.

Den tablett som ikke tas har ingen virkning.

Tenormin
atenolol

KONTRAINDIKASJONER:
Absolutte: Ukomplisert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.
Relative: Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulintrengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

BIVIRKNINGER:
Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter. Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen kan forekomme, likeledes muskeltrethet (særlig initialt).

FORSIKTIGHETSREGLER:
Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av $beta_2$-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Betablokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør Tenormin ikke brukes ved nedsatt nyrefunksjon før anvendelse hos denne kategori pasienter er nærmere utredet. Hvis en betablokkerer er indisert hos en pasient med sterkt nedsatt nyrefunksjon, bør man istedet benytte propranolol, som er vist å kunne brukes hos personer med redusert nyrefunksjon. Hvis det er spesiell grunn til å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

INTERAKSJONER:

Betablokkerere	**Beta-stimulerende adrenergika**	**blokkerer beta-adrenerg effekt (V1b)**
COID	**antidiabetika**	**økt hypoglykemisk effekt (V1a)**
	antihypertensiva/diuretika	**økt BT-senkende effekt (V1a)**
	digitalis	**bradykardi, arytmi (V1a, V11)**
	disulfiram	**dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)**
	generelle anestetika	**myokarddepresjon (V11)**
	sekalealkaloider	**økt risiko for perifere karspasmer (V1a)**
	kolinesterasehemmere	**økt risiko for bradykardi (V1a)**
	verapamil	**økt risiko for myokarddepresjon (V1a)**

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

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

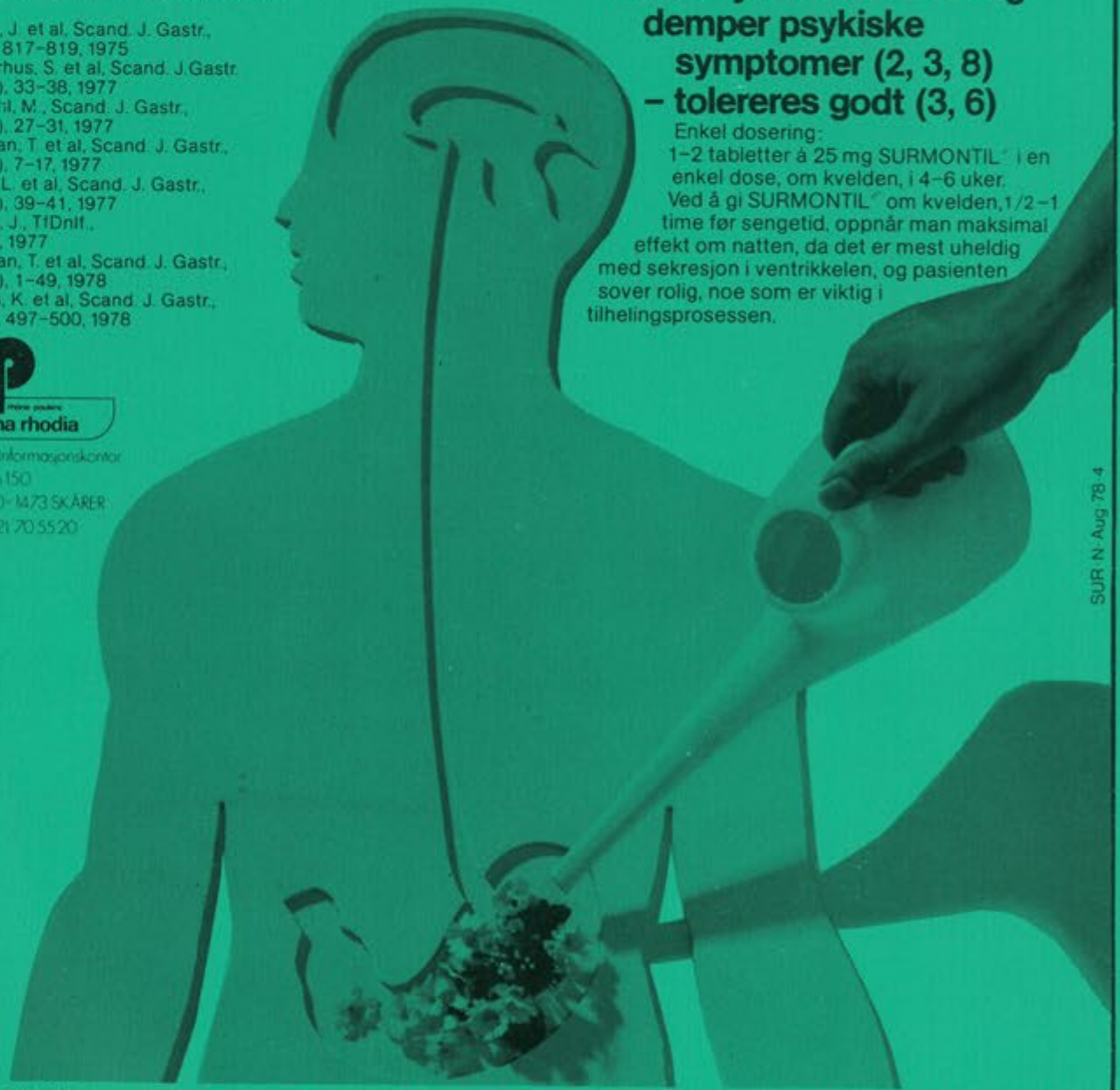
Surmontil

trimipramin

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

– hemmer syresekresjonen (1, 4, 7)
– gir rask sårtilheling (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 ventrikkelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen.



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

pharma rhodia
Medisinsk Informasjonskontor
Skårerveien 150
Postboks 20 – 1473 SKÅRER
Telefon: (02) 70 55 20

SUR N Aug 78 4

T **EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml:** *1 ml inneh:* Trimipramini 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 tablett inneh:* 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 hvilesekresjonen i ventrikkelen med ca. 50%, mens den stimulerte sekresjon blir mindre nedsatt.**

Virkningsmekanisme: Hemmer gjenopptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerge midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. **I ulcus duodeni 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 ventrikkelen, 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 iminodibenzyl og dibenzazepin. I serum utskilles trimipramin og monodesmetyl derivatet.

Utskillelse: I 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 ledsages av insomnia, anxietas eller agitatio. **Ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor.**

BIVIRKNINGER: *Ekstrapyramidale:* Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Dosereduksjon og tillegg av antiparkinsonmiddel i begrenset tidsrom bedrer som oftest symptomene. *Psykiske:* Lett morgendøsighet kan forekomme, som oftest av kort varighet. Toksisk-deliriøse reaksjoner i sjeldne tilfelle. *Vegetative og Kardiovaskulære:* Lett munntørrhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, flodepine og gastrointestinale forstyrrelser er iakttatt. *Dermatologiske:* Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. *Hæmatologiske:* 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 gis før tidligst 2 uker etter MAOH-behandling er avsluttet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den nemningsløsende virkning inntre før den depresjonsløsende virkning, og dette kan føre til økt suicidalrisiko. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f.eks. adrenalin og noradrenalin. 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 hjertelidelser.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Antall av intermitterende tåkesyn, regnbuesyn og øyesmerter krever hurtig øyelege-kontroll og utelukkelse av anfallsglaukom før behandling 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 adrenalin, MAO-hemmere, metylfenidat, noradrenalin, barbiturater, betanidin, efedrin, guanetidin, metaradrin, metyldopa, reserpin og tyreoidea-preparater.

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

Største dose fortrinnsvis til pasienter med uttalt søvnforstyrrelser. Ved å gi hele døgndosen om kvelden vil man hurtig oppnå en normal søvnrytme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemidler. 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 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. Deretter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsnivå, vanligvis 100–200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

OVERDOSERING/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 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.