UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 7 NOVEMBER 1979 ÅRGANG 8

Av innholdet:

MARTIN HOLTE:
Norsk selskap for almenmedisin

Generalforsamling APLF 17. nov.

NILS L. JOHNSEN:
Hva nå?

THARALD HETLAND:
Hva får distriktsnissen til jul?

OLE MØLLER OLSEN:
Kongressreferat S.I.M.G.

STEINAR WESTIN:
Om å kaste distriktslegen ut med badevannet.

NILS L. JOHNSEN:
Distriktslegen, bør han overleve?

LUPTON OG HORNELAND:
Erfaringer fra fastlønnsdistrikt.

NATVIG OG ESKELAND:
Om fastlønn.

Årslønn til formannen i APLF?

HVA NÅ?

Norsk selskap for almenmedisin
Valg av nytt styre i APLF



Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Toril 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

Norsk selskap for almenmedisin?

Eller kun behov for en strukturendring innen APLF.

DETTE TEMAET SKAL DISKUTERES på landsrådsmøtet som avholdes i tilslutning til generalforsamlingen i APLF 17. nov. 1979 i Oslo.
Her en henstilling til alle APLF medlemmer:
Møt opp på generalforsamlingen for vi har også andre uhyre viktige saker som skal diskuteres. En av de viktigste sakene er valg av nytt styre for neste 2-årsperiode - altså MØT OPP!

I Trondheim har en gruppe på 8 almenpraktikere dannet en arbeidsgruppe med målsetting for et slikt selskap og evt. innkalle til et landsomfattende konstituerende møte. La oss få høre din mening ved å returnere vedlagte svarslipp.

APLF skal ivareta medlemmenes faglige og fagpolitiske interesser ifølge APLF's lover.
Er det da naturlig at almenmedisinen skal springe ut av APLF?
Vil det gavne eller skade APLF ved et slikt skille?
Vil det gavne eller skade allmenmedisinen ved et skille?

Allmenmedisin hva er det?
Hvordan skal den praktiseres?
Hvem er allmenmedisinere?
Hvem skal gi allmenmedisinen dets praktiske innhold?
Hvem skal undervise i allmenmedisin?
Disse spørsmålene viser at vi trenger et overordnet faglig organ til å løse disse oppgavene.

Andre viktige oppgaver er arbeidet for at allmenmedisin blir godkjent som fullverdig spesialitet og at videre- og etterutdannelsen av allmenpraktiserende leger blir fastere strukturert.
Hvorfor allmenmedisin?
Jo fordi vi idag er overlatt til oss selv å lære det og drive allmenpraksis - vi må selv skape den allmenmedisinske struktur vi velger å arbeide i.
Den er som alle vet totalt forskjellig fra den institusjonsskole-medisin vi blir flasket opp med på doktorskolen.

Hvorfor er det viktig å skille fag og fagpolitikk?

Jo, av den grunn at rene faglige diskusjoner og avgjørelser ikke bør være hemmet av fagpolitiske grenser.

Martin Holte



SAKLISTE
FOR
APLF's generalforsamling
lørdag 17. nov. 1979
kl. 09.00
i Det Norske Medicinske Selskab, Drammensv. 44, Oslo.

Sak 1:
Årsberetning 1. oktober 1978— 30. september 1979.

Sak 2a:
Regnskap for tiden 1. oktober 1978— 30. september 1979
b:
Budsjettforslag for 1979—1980.

Sak 3:
Valg.

Sak 4:
Lov om distriktshelsetjenesten:
(kl. 13.00)
Innledning ved:
Overlege Hans Ånstad, Sosialdepartementet
Alm.prakt. Dnlf Jan Otto Syvertsen

Norsk selskap for allmen medisin

I Trondheim har en gruppe på 8 allmenpraktikere konstituert en initiativgruppe med målsetting å vurdere behovet og ønsket for et slikt selskap. Det er hensikten at alle primærleger i landet vil bli invitert til å melde seg inn.

Målsetting for selskapet:

Definere faget allmenmedisin og grenseoppganger til spesialfagene.
Arbeide for at allmenmedisin blir godkjent som fullverdig spesialitet.
Videre- og etterutdannelse av almenpraktiserende leger.
Deltagelse av allmenleger i studentundervisning.
Forskning i allmenpraksis.

Svarslipp sendes til Utpostens adresse: Klipp her

Hvordan stiller du deg som

- Allmenpr. lege ☐
- Distriktslege ☐
- Sykehuslege ☐

til et slikt selskap?

1. Positivt (Føler et behov) ☐
2. Negativt (Tror ikke det er behov/behovet ivaretas av eksisterende organisasjoner) ☐
3. Vet ikke (Mangler informasjon om behovet) ☐

Takk for din medvirkning ved besvarelsen.

Jon Block
Tor Thommesen
Aage Bjertnæs
Arne Ivar Østensen
Bernt Einar Østensen
Martin Holte
Geir Jacobsen
Steinar Westin

— HVA NÅ? —

V/DISTRIKTSLEGE NILS L. JOHNSEN

Engelsk allmenmedisin er under fulle seil. Vi står i stampe, og er inne i en fase hvor ny kurs skal stakes ut. Kanskje er det noe å lære om navigering.

Dr. Fowler, lektor i general practice ved universitetet i Oxford forteller at allmenmedisin er i fokus for studentenes interesse. Pågangen og interessen for primær legetjeneste og general practice som fag, er sterkt økende og rekrutteringen skjer ikke lenger etter noen negativ utvelgelse. Det er ikke bare de som ikke lykkes i den akademiske medisin og sykehusverden som velger allmenmedisin. Faktum er nå at denne side av medisinsk virke betraktes som svært attraktiv blant de beste studentene.

John Hasler, sekretær i Røyal College of general practicioner og regionleder for Post graduate utdannelse i Oxfordregionen forteller om samme gledelige tendens. "Etter at vi har fått til et godt og systematisk etterutdannelsestilbud for leger som vil inn i allmenpraksis, er tilgangen i dag så stor at det er en kamp om plassene, og vi kan skjerpe krav både til sykehus som inngår i etterutdannelsesopplegget og til de praksiser som er lærested i det ene av de tre etterutdannelsesår. Etterutdannelsen vil bli obligatorisk fra neste år.

I opplegget inngår vanligvis ett år i allmenpraksis hvor legen er assistent hos en godkjent lærer. I denne tider arbeider han på fast lønn og med et rerusert antall pasienter.

Hver uke er det en dag fri for teoretisk utdannelse og kursvirksomhet.

90% av de som følger vocational training opplegg tar til slutt eksamen. Mellom 50 og 60% passerer.

Når vi i dag er i denne situasjon, skyldes det nok til dels at vi vel har en av de best planlagte og vel organiserte spesialistutdannelser".

Dette lyder jo nesten utrolig for norske ører. Vi som er i en situasjon hvor vi snakker stolper opp og ned om positive virkemidler lønninger, arbeidstid og ender opp med restriktiv lovgivning for å få folk ut i primærhelsetjenesten.

Hva har skjedd? Hva er årsaken til denne medvind og den styrke engelsk primærhelsetjeneste er ved å oppbygge seg?

Spør John Fry var svaret jeg fikk.

John Fry, allmenpraktiker i syd-London gjennom 30 år. Konsulent for Verdens Helseorganisasjon og kanskje den mest fremtredende skribent når det gjelder allmenmedisinsk faglitteratur i de siste 10 årene.

Til tross for at jeg ankommer en time for sent en sen fredagskveld til hans hjem er han velvilligheten selv. Praksisen er i boligen. Kontorene spartanske, men hyggelig utrustet med hjemlig preg. Ingen telefon på hans rom, ingen diktafon, ikke avansert medisinsk utstyr. Penn og blekk, en stor bok hvor alle dagens konsultasjoner, enkelt og systematisk er nedført på en slik måte at det ved ukens slutt kan telles opp og klassifiseres. Dessuten en liten rød bok hvor spesielle sykdommer som han interesserer seg for føres ned, noen bokser på hyllen med kartotek over mavesår, blodtrykkspasienter osv.

Slik har han arbeidet i 30 år og det har dannet basis for hans omfattende studier over vanlige sykdommers naturlige utvikling og forekomst i allmenpraksis. "Jeg er økonomisk og tilhenger av enkelhet, effektivitet og bare interessert i det som direkte kan gi nytte".

"Vi er inne i en periode hvor det er et opprør mot den teknifiserte medisin som har mistet den personlige kontakten med pasienten og hvor legen drukner i en massiv jungel av utstyr, det drar vi nytte av.

Det kan se ut som det har skjedd en brå og plutselig utvikling for primærlegetjenesten hos oss, men det ligger både lange tradisjoner og mye arbeid bak. Hovedgrunnen til at vi i dag er på vei mot å bli en ettertraktet statusgruppe i medisinen, er at vi har oppnådd økt faglig respekt. Først og fremst er dette å takke The Royal College. Vi har bygget vår egen ekspertise og kunne presentere den på en slik måte at den har vunnet faglig respekt blant våre kolleger. Vi har klart å forme allmenmedisin som en egen spesialitet med sin egen kjerne av viten og det har gitt allmenpraktikerne selvtillit slik at vi som faggruppe i dag ikke behøver å ha et bøyet hode. Store og viktige oppgaver innen medisinsk forskning i England har funnet sted i allmenpraksis. Vi er ikke laveste omsorgsnivå, men senteret i medisinsk omsorg".

"Dette har gjort at institutter for allmen medisin har fått plass i universitetene og studentene har blitt presentert for primærlegearbeidet. Allmenpraktikeren har kommet inn i undervisningen i spesialistfagene og har kunnet bibringe med en ekstra dimensjon om sykdom. Dette er aspekter som har fanget interesse, og vi har kunnet vise at vår spesialkunnskap både er fengslende og av stor betydnin".

"Jeg tror det også har hatt en enorm betydning at vi har fått vår egen faglitteræreryggrad. Denne har kunnet presentere at allmenpraktikeren godt kan ta seg av også komplisert behandling. Det var en tid da spesialistene trodde at allmenpraktikeren kunne ikke klare vanskelige oppgaver som sukkersyke og høyt blodtrykk. I dag er de fleste enige om at dette er pasientkategorier som hører hjemme i vårt omsorgsansvar".

"Jeg tror det er veldig vesentlig at vi fortsatt kan

presentere oss på en slik måte at vi vinner respekt innen de tradisjonelle medisinske rekker. Det er viktig å peke på the soft sides personlig kontakt, omsorg osv., men vi må ikke overdrive denne siden av general practice. Vi må også vise at vi har hard facts og kan uttrykke hva vi gjør på tradisjonell, medisinsk, vitenskaplig måte".

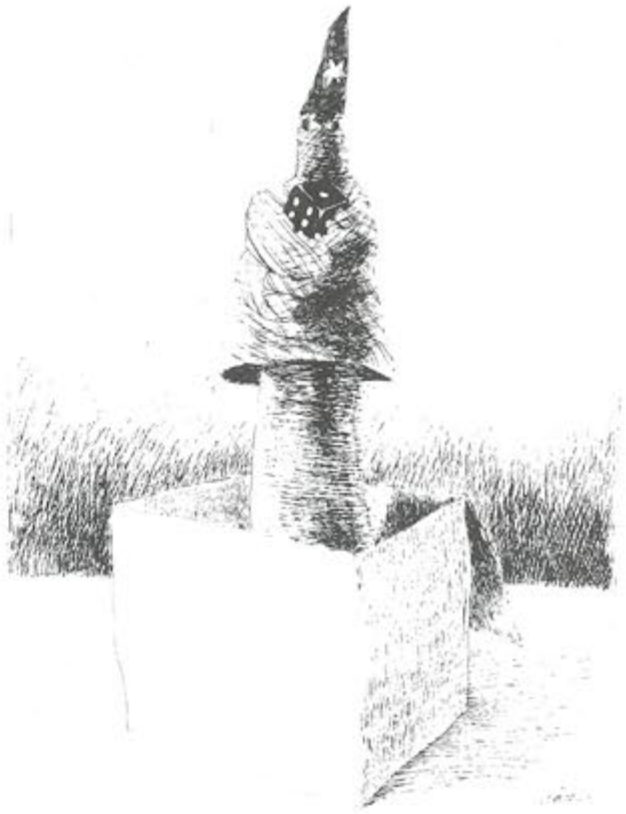
"En av de mest attraktive sidene ved vår allmenmedisin i dag er vel kanskje at vi kan tilby et av de best organiserte etterutdannelsesopplegg. Det blir det lagt merke til, og det betyr en vesentlig ting for nettopp ferdig leger som skal velge spesialfelt.

Dette er imidlertid et område hvor vi står med en verdifull bakgrunn. Det var allerede i 30-årene kotyme og en uskreven lov at en burde arbeide en tid ved forskjellige sykehusavdelinger og gå i lære noen år som assistent hos en allmennpraktiker før en tok fatt på egenhånd. Det er denne erfaring vi har bygget videre på og nå formalisert i vocational training".

"Så det er faglig oppjustering og ikke penger og kort arbeidstid som har blåst vind i seilene"?

"Ja. absolutt. Det er klart penger spiller også en rolle. men det avgjørende har vært den bedrede faglige status vi har klart å oppnå.

Når det gjelder økonomi, har vi nok hatt en fordel i den vanskelige, økonomiske situasjon som England har vært i. Politikerne har funnet ut at det har vært rimeligst tross alt å satse på allmenmedisinen. Man har gjort det lettere å etablere seg og komme i gang, og lønnsmessig vil nok allmenpraktikeren komme mere fordelaktig ut enn sykehuslegen etter at post graduate treningen er over, men ser en på lønnsforholdene mellom spesialist og allmenpraktiker over lengre tid, står vi nok nokså likt. Når det gjelder arbeidstid, tror jeg ikke at vi kommer spesielt fordelaktig ut".



N:"I Norge har vi hatt et stykkpris-system for den kurative del av vår tjeneste og i stor utstrekning fastlønnssystem for vårt forebyggende helsearbeid. Hva synes du om det"?

"Det er jo å snu tingene på hodet. Jeg tror et stykkpris-system er ødeleggende for godt medisinsk arbeid. Skal det brukes skal det i alle fall bare benyttes som gulrot. Det er det forebyggende helsearbeid som i så fall burde belønnes med gulroten, og jeg tror vi leger er mennesker som andre, og personlig heller jeg nok til den oppfatning at vi skal måtte stimulere forebyggende medisin med økonomiske tiltak for å bedre vår aktivitet på dette område. Så skal dere beholde stykkpris for noe, måtte det i så fall være for det forebyggende arbeide".

"Ellers så tror jeg nok at det er nødvendig med et visst økonomisk avansement også innen primærhelsetjenesten. Vi har idag et seniortillegg hos oss, men det er ikke skikkelig utformet, og på en tilfredsstillende måte enda synes jeg. Men jeg tror det blir nødvendig å betale bedre etterhvert som ansiennitet og faglig nivå øker".

N: "Dr. Fry, jeg kommer ikke utenom en del spørsmål vedrørende de ting som det har stått blest om rundt deg. Du hevder at vi skal ikke skamme oss over at en konsultasjonstid mellom 5-10 min. er nok i allmenpraksis".

"Når vi hevder at dette er alt for kort, er det fordi vi ikke har en god allmenpraksis. Hvis vi har god allmenpraksis som har kontinuitet og kjennskap til sine pasienter som basis, da mener jeg absolutt og at mye kan gjøres med 5-10 min. konsultasjonstid pr. pasient.
Da blir det ikke bare pasienter som kommer inn døren, men gamle venner som du har kjent i 20 år og hvor familie, sosialt miljø og den arbeidssituasjon som pasienten har, er et hav av viten du sitter inne med før pasienten har åpnet munnen".

"Vi opplever jo også dette merkelige at etter hvert som allmenpraksisen blir bedre, synker konsultasjonsratene. Det er tilfelle hos oss".

"Ja, men hvorledes kan man ta omsorg for sine pasienter på en så kort tid, når det hevdes at 25-30% av pasientene i allmenpraksis kommer med psykiatriske problemer"? **Forts. side 14.**

Hva får distriktsnissene til jul i år?

V/THARALD HETLAND. SÆTRE I HURUM.

Både myndighetene og legeforeningen har erklært distriktshelsetjenesten til sitt hjertebarn. "Regjeringen tar fortsatt sikte på en sterk prioritering av distriktshelsetjenesten både gjennom opprettelse av et økt antall distriktslegestillinger - herunder fastlønnsstillinger - og gjennom en hensiktsmessig finansieringsordning for distriktshelsetjenesten." Dette sa statsråd Ryste under forhandlingene i Odelstinget i mars d.å. om midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenester.

På landsmøtet i Stavanger ble kravet om minimum 200 legestillinger i distriktet på kommende statsbudsjett gjentatt av flere talere og også vedtatt i resolusjons form. Så vidt en kunne se stemte også helsedirektøren selv for resolusjonen.



Vi står helt og holdent bak deg i denne sak.

Hva kan vi så vente oss? Å tippe om innholdet i et kommende statsbudsjett er sikkert like vanskelig som å oppnå de "12 rette". Den egentlige bøygen i dette spillet er vel neppe Sosialdepartementet men ganske sikkert finansministeren og hans folk. Er håpet om en liten "Kleppe-pakke" under hvert distriktsjuletre fåfengt? Eller vil de lange og tildels velskrevne ønskelister havne i kurven merket "neste jul". En del forhold burde imidlertid tale for en nytenkning på området og ikke alle gaver er like dyrekjøpte. Utgifter til legetjenester vil være helt upåvirkelig av hvorvidt det opprettes mange eller få distriktslegestillinger. Nyutdannede leger som etablerer seg (med eller uten reguleringslov) i løpet av 1980 vil ta ut sin inntekt hovedsakelig via trygdebudsjettet enten de er kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig ansatt, eller om de har opprettet privatpraksis. Utgiftene til legetjenester vil med andre ord være helt upåvirkelig av hvorvidt det opprettes mange eller få distriktslegestillinger.

Det dreier seg alene om interne overføringer fra trygdebudsjettet til statsbudsjettet i en størrelsesorden som gir minst 200 legestillinger. Hvorvidt en stor del av disse stillingene blir opprettet som fastlønnsstillinger kan heller ikke ha innflytelse på beløpets størrelse.

Vi venter nå at myndighetene tar sine egne utsagn alvorlig og at distriktshelsetjenesten får sin opprustning som det er tatt til orde for i varme ord og vendiger i det siste.

De offentlige leger støttet i sin tid etableringsloven fordi de mente at helsetjenesten må underlegges en viss grad av offentlig styring. Samtidig støttet de også legeforeningens krav om stimuleringstiltak og spesielt opprettelsen av et rimelig antall distriktslegestillinger, samt at kommunene gis mulighet ved låneordning å legge forholdene til rette hva gjelder kontor, bolig o.l.
Nyhus-utvalgets innstilling NOU: 28/79 peker flere steder på muligheten for å utvide Kommunalbankens låneramme til også å gjelde etableringer innenfor primærhelsetjenesten. Vi mener at det så snart som mulig og helt uavhengig av den kommende Lov om distriktshelsetjenesten, må gis mulighet for kommunene til rimelige lån i Kommunalbanken til etableringer i primærhelsetjenesten.

En kan spørre seg hva et "rimelig antall distriktslegestillinger" er. Dette vil det være divergerende meninger om, men det er klart at samfunnet trenger tid og ressurser til å absorbere såpass mange stillinger som f.eks. 200.
En er kjent med at ca. 100 kommuner har søknad inne om distriktslege og dersom det gis investeringsmuligheter er det ikke urimelig å anta at det samme antall vil kunne absorberes i løpet av året.

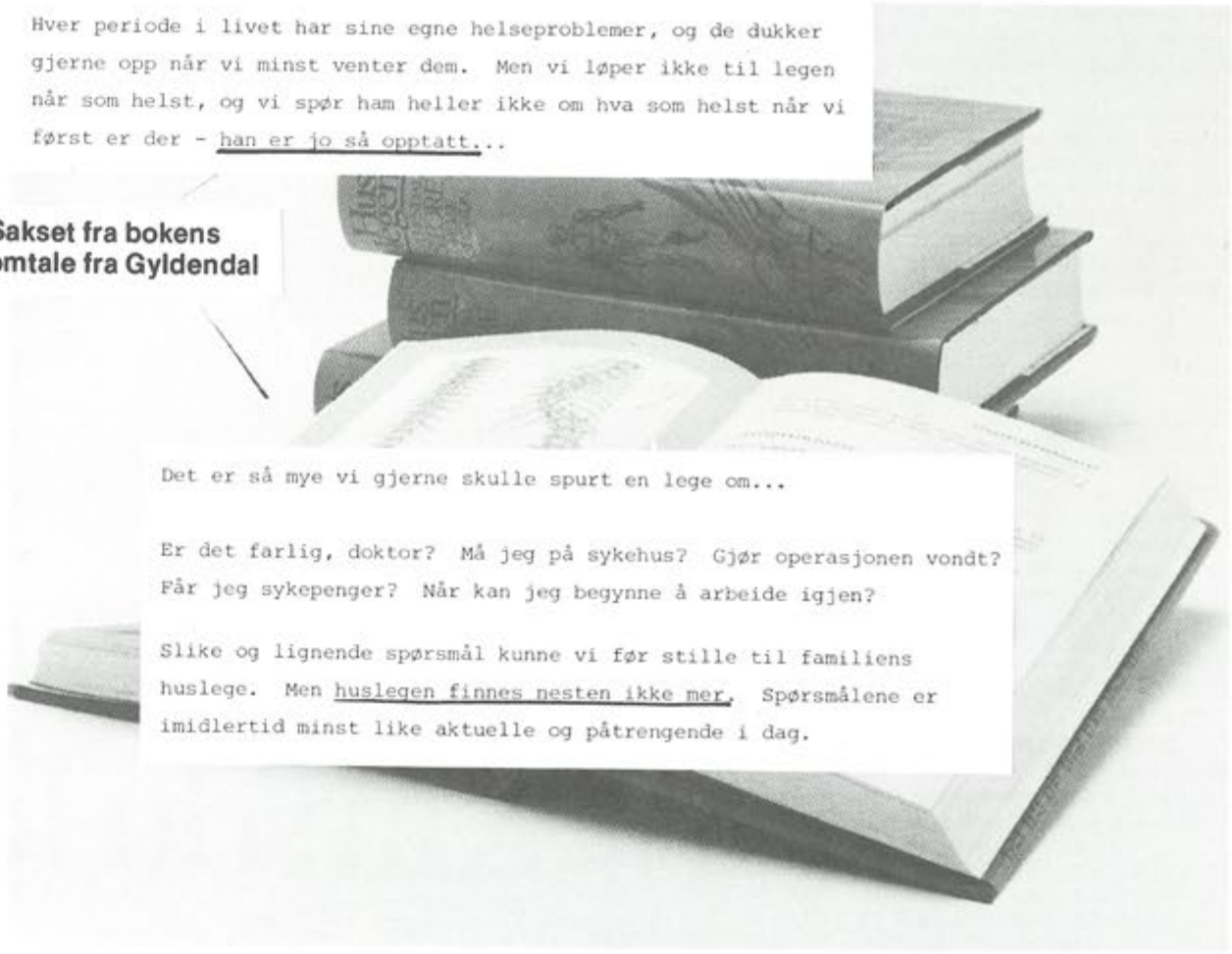
Den 5. oktober kommer forhåndsvarselet om julepakkene. Flere distriktsnisser har offentlig uttalt at de neppe vil være med på noen gang rundt juletreet i år dersom det nok en gang bare blir bløte pakker. En snarlig åpning av Kommunalbanken for investeringslån, eventuelt et kommunalt engangstilskudd ved opprettelse av stilling, samt et rimelig antall legestillinger i distriktet er et beskjedent men vesentlig krav.
For hva er vel en jul uten nisser?

AVDELING FOR USAKLIG REKLAME

Legen du alltid har for hånden

Hver periode i livet har sine egne helseproblemer, og de dukker gjerne opp når vi minst venter dem. Men vi løper ikke til legen når som helst, og vi spør ham heller ikke om hva som helst når vi først er der - han er jo så opptatt...

Sakset fra bokens omtale fra Gyldendal



Det er så mye vi gjerne skulle spurt en lege om...

Er det farlig, doktor? Må jeg på sykehus? Gjør operasjonen vondt? Får jeg sykepenger? Når kan jeg begynne å arbeide igjen?

Slike og lignende spørsmål kunne vi før stille til familiens huslege. Men huslegen finnes nesten ikke mer. Spørsmålene er imidlertid minst like aktuelle og påtrengende i dag.

Åpent spørsmål til Forbrukerombudsmannen og Gyldendal Forlag:

Er dette det man forstår ved saklig informativ reklame?

Skal man forstå denne reklame som Gyldendals innsats for å løse problemene i primærhelsetjenesten?

KONGRESSREFERAT

S.I.M.G.
26. Internationale kongres i almen medicin
Klagenfurt, 17.—22. sept. 1979

S.I.M.G. har ca. 700 individuelle medlemmer og seks nationale almenmedicinske organisationer associeret. Medlemstallet har, bortset fra de kollektive tilknytninger været det samme gennem de senere år. Dominansen er fortsat mellemeuropæisk, men med en stigende interesse fra Skandinavien, Holland, England og visse andre lande.

Set i en bredere sammenheng var den mest betydningsfulde begivenhed på den netop afsluttede kongres valget af Carsten Vagn-Hansen som ny præsident efter Heller, der har siddet i ni år. I det komplicerede politiske spil mellem øst og vest og i de væsentlige faglige meningsforskjelle mellem nord og syd kan valget af en skandinav formentlig få stor betydning for organisationens acceptabilitet i de områder af Europa, der står os nærmest.

Almen praksis har ingen lang tradition for internationalt samarbejde. De øvrige medicinske specialers udvikling er intimt knyttet til en internationel udveksling af erfaringer, uden hvilke de hurtigt ville tabe terræn. Vi har for længst indset, at faglig isolation på det hjemlige niveau er farlig, fordi det medfører stagnation. I den akademiske og videnskabelige udvikling af faget almen medicin er en international kontaktflade nødvendig for at undgå denne stagnation.

S.I.M.G. er et redskab, der kan anvendes hertil, hvis vi vel at mærke selv vil tage udfordringen op. Det nytter ikke noget vi sidder bedrevidende hjemme og venter på, at overliggeren skal blive sat op til 2.2om, så vi kan begynde at springe. Vi skal ikke slå konkurrenterne, men udfordre dem til at yde deres bedste, og så må vi begynde at springe på laver højder.

Et skandinavisk eller nordisk samarbejde med en fælles indsats for denne kvalitetsforbedring kunne være overordentlig værdifuld. Det var derfor glædeligt, at nordmanden Harald Siem på S.I.M.G's generalforsamling blev indvalgt i bestyrelsen og at Gustav Haglund fra Sverige viste stor forståelse for det internationale arbejdes betydning og vil fremme dette i Svensk förening för allmän medicin. Sammen med Haglund vil jeg foreslå, at de nordiske landes indbyrdes og fælles internationale relationer bliver et af emnerne på det nordiske almenmedicinermøde i København næste år.

Jeg deltog i kongressens sidste tre dage, som var den "mest internationale del" med simultantolkning engels/tysk (i øvrigt en fremragende tilkegruppe). I kongressen deltog ca. 200 læger fra 20 lande fordelt over fire kontinenter.

Aftenen før denne del af kongressen uddeltes Hippokratesmedaillen til professor F. Huygen, Nijmegen, Holland, samt til to tyskere, som var mig helt ukendte og hvis navne ligeledes forblev dette.

Selve kongressen var delt i en serie foredrag om formiddagen efterfulgt af gruppediskussion med indlederne, seminarer og frie foredrag om eftermiddagen. Møderne foregik på Klagenfurts nye universitet i glimrende omgivelser. Organisationen var rimelig god, de få afbud og ændringer, der var, synes helt uforskyldte.

De faglige hovedemner de tre sidste dage var: The Family and its Family Doctor, Cooperation between Patients and the Family Doctor og the Family Doctor and the Hospital.

I den første dags program var professor F. Huygens forelæsning suverænt den mest fremragende. Han redegjorde for sine observationer af læge/patient kontakter på familebasis siden 1943. Arbejdet viste familiens betydning for sygdommes opståen, sammenhænge mellem begivenheder i familien og forskellige sygdommes epidemiologi inden for familien. En fascinerende fremlæggelse af et helt enestående materiale- Hans bog: "Family Medicin - the medical life history of families", der udkom i 1978 må varmt anbefales.

Interessant var også G. Marsh, UK, der beskrev udviklingen af et sundhedsteam omkring en gruppepraksis.

Mere på den løse side var W.Kruse, D, der fortalte om børn som bærere og budbringere af sygdom. Tegninger og tolkninger af disse var metoden, præmisserne synes bragt i overensstemmelse med konklusionerne.

Compliance problemerne blev godt behandlet og sektionen om samarbejdet mellem læge og familie. Det var især to englædere Sheldon og Wells, der havde udført god forskning, henholdsvis om baggrundsinformationens betydning og om compliance ved hypertensionsbehandling. Sidstnævnte sat i relation til lægegontroller og medicinering. Wells viste en smuk sammenhæng mellem god compliance og et velreguleret blodtryk - det nytter!

På den mere kuriøse side omend fantasifuldt stod Tutsch, Østrig med et forsøg, hvor han regulerede hypertensionspatienter ind på en passende medikamentel behandling med 3-4 præparater, herefter skrev han recept på disse i det ønskede forhold, bad apotekeren knuse tabletterne, fylde pulveret i kapsler og doserede x 3 eller 4. Eksempelvis Viskén, Peripres og Moduretic. Værs'go'. Han viste, at det gav et signifikant bedre regulert blodtryk!

Forholdet til sygehus før, under og efter indlæggelse var sidste dagens emne. Det blev glomrende omend varieret varetaget af forelæsere fra Tyskland, England Østrig og Holland. Bedst en yngre lungemediciner fra Manchester, der beskæftigede sig med samarbejdet og kommunikationen mellem almenpraktiker og sygehus. Sektionen, der senere vil blive til en rapport til

Om å kaste distriktslegen ut med badevannet

AV STEINAR WESTIN

Primærhelsetjenesten skal rundvaskes, og det skal visstnok distriktslegen også. Mange av oss er redde for at det skal bli vanskelig å finne distriktslegen igjen når badevannet er hellt ut. Vi ser for oss den nye enhetsdoktoren, idet han stiger opp av badevannet iført fast lønn og moteriktig dress av merket "Reformer i lokalforvaltningen".

Misforstå meg ikke. Jeg har stor sympati for det lokale selvstyre og for den tanke at legen finner sin plass i lokalsamfunnets kommunale forvaltning. Men jeg er som så mange andre redd for at den rundvasken vi går inn i, skal svekke de beste tradisjonene som er nedfelt i distriktslegeetaten og dens særlige befatning med det offentlige helsearbeid.

Det ser ut til at distriktshelsetjenesten med sitt vide arbeidsfelt og spesielle avansementssystem har vist en forbausende evne til å rekruttere leger til de ytterste utposter, selv i primærhelsetjenestens aller mørkeste perioder. At stillinger har vært og fortsatt er ledige, bør ikke få overskygge det faktum at flertallet av disse hardt belastede stillingene til enhver tid har vært dekket.

Har vi rimelig mulighet til å ta vare på denne tradisjonen gjennom den nye loven om distriktshelsetjenesten? Jeg tror det. Jeg tror ikke engang det er så vanskelig som enkelte vil ha det til. Av grunner som jeg ikke helt har forstått, har diskusjonen lagt seg i et spor der man strides om den nye distriktslegen "med fast plass i helseråd-det" skal være statlig eller kommunalt ansatt.

Den enkleste måten å løse problemet på, må vel være å se nærmere på hvilke tjenester i dagens system som egentlig tenkes overført til fast lønn. Det er i all hovedsak stykkprisinntektene for det kurative arbeidet, tillagt det forebyggende helsearbeid som vanligvis har vært lønnet på timebasis. Dette arbeidet utgjør i realiteten "hovedstillingen" for de aller fleste distriktsleger. Det bør derfor gi grunnlag for ansettelse av distriktsleger i "kommunal hovesstilling", på fast lønn. Den andre delen av distriktslegens arbeid, det offentlige helsearbeid, utføres allerede idag på fastlønnsbasis. La så dette fortsette nøyaktig som før, men kall det istedet en "statlig bistilling" (de fleste distrikter bør etter mitt skjønn ha to slike leger med statlig bistillingstilknytning).

Mange vil innvende at man ved en slik ordning vil innføre to slags leger i kommunene, underforstått at man vil sette den ene typen til å være sjef over den andre.

Til dette er å si at vi allerede har lært oss å leve med (minst) to slags primærleger i de fleste større kommunene idag. Jeg tror ikke det i seg selv har skapt vesentlige samarbeidsproblemer. Forutsetningen er at man skiller klart mellom hvilke funksjoner som omfattes av den statlige bistilling og hvilke som inngår i den kommunale hovedstilling. I alle saker som vedrører den kommunale hovedstilling, bør distriktslegen stille på like fot med sine heltidsansatte kommunale kolleger. Det gjelder f. eks. ansvar for ledelse av helsesentra eller gruppepraksiser, faglige medisinske spørsmål o.l., der hver primærlege er sin egen "sjef" med de felles faglige overordnede instanser som finnes idag (fylkeslege, departement).

Hva så med kvalifikasjonskrav og tilsettingsprosedyrer? Det er åpenbart at en av de mest angstskapende faktorer ved en kommunal ansettelsesordning er at man skal risikere å bli utsatt for en mulig kommunal forskjellsbehandling.

Dette løser man langt på vei ved å benytte det sam-

Forts. side 12.

WHO, blev fremragende ledet af Carsen Vagn-Hansen.

Afslutningsvis holdt Jessup, UK, en sublim forelæsning om gruppearbejdets psykologi og pædagogik.

Seminarer og frie foredrag var ikke tolkede, overvejende på tysk og gennemgående af behærsket kvalitet. Det er måske specielt her, vi har en opgave og kan bidrage til en kvalitetsøgning.

S.I.M.G.'s generalforsamling blev overværet af 35-40 mennesker og var en noget tam afære og kan vel næsten heller ikke være andet. Jeg hæftede mig særligt ved, at præsidenten i sin rpport nævnte, at det i Montreux var aftalt med WONCA, at det europæiske arbejde varetages af S.I.M.G., en linie, som jeg mere og mere kan tilslutte mig. Endvidere, at der var problemer med at skaffe nye medlemmer, især i de lande, der havde koopterede selskaber, at sidste års underskudd var vendt til et overskud, samt et forslag fra Carsten Vagn-Hansen om en udveksling af foredragsholdere, besøg i praksis, fælles forskningsprojekter, og mere familiære besøg over landegrænserne. Spørsmålet vil blive taget op i en spørgeskemaundersøgelse til medlemmerne.

Endelig blev som nævnt Carsten Vagn-Hansen valgt til ny præsident, Szatmary, Ungarn og Meumann, DDR, til vicepræcidenter.

Hovedemnerne til næste års kongres bliver:

- Kriseintervention
- Børn i praksis
- Genetik i almen praksis
- Forskning i Europa
- Sex problemer
- Jeg'et og gruppen.

Det er mit håb, at den danske repræsentation må blive større end i år.

Ole Møller Olsen.

Distriktslegen, bør han overleve?

v/distriktslege Nils L. Johnsen, Nes i Ådal

Er den nye og forventede lovgivning vedr. primærhelsetjenesten en trusel mot "hjørnesten"?

Er distriktslegen med sitt kombinerte samfunnsmedisinske og almenmedisinske ansvar på vei ut?

Flere ser på det som en trusel mot denne stillingstype og bli kommunal tjenestemann.

38t. uke og innlemmet i det lokale byråkrati, inviterer til å bli slukt inn i møtevirksomheten, og forbli der.

Er denne stillingstype verd å vareta?

Julian Tudor Hart sier klart JA.

Han er engelsk almenpraktiker med 20 år bak seg i en gruvelandsby i Wales, har stått frem som en av de ivrigste talsmenn for en almenmedisin som tar på seg det forebyggende ansvar for den befolkning den skal tilby kurative tjenester. I tanker om almenmedisinens framtid, tegner han en modell nær opptil den norske distriktslegefunksjon.

"Kombinasjonen av forebyggende medisinske tiltak og arbeidet med diagnostikk og behandling er helt essensiell for å kunne gjøre et godt arbeid. Det er en forutsetning for god primærlegetjeneste at legen ikke bare har et individuelt ansvar, men også et samfunnsengasjement med gruppeansvar og er delaktig i planlegging og grupperettet forebyggende virksomhet.

Da jeg for vel 10 år siden ble kjent med den norske distriktslegeordning, ble jeg meget fasinert av denne stillingstype som pålegger legen å arbeide på en slik måte og gir ham et lovverk som støtte og ramme i en slik funksjon".

"Jeg er forbauset over hvor beskjedne dere er i å presentere denne kombinasjonsstillings enorme fordeler. Dere bør stå opp å skryte av jobben og utrettelig påpeke dens fasinerende muligheter. Vi er stadig flere i andre land som med misunnelse og beundring ser på denne siden av norsk primærhelsetjeneste, og jeg håper, at til tross for at dere har vanskeligheter, vil sloss for denne edle kombinasjon som jeg betrakter som den vesentligste grunnsten for en god primærlegetjeneste".

"Men hos dere er samfunnsmedisinsk ansvar ikke tillagt almenpraktikeren og en kan vel si at primary care er på fremmasj hos dere, men står i stampe hos oss".
"Det er riktig at vi er på god vei framover i engelsk primærhelsetjeneste, men akkurat denne mangel på samfunnsmedisinsk engasjement og ansvar er en klump om foten som hemmer oss i å skape virkelig health care".

"Det er vel den forebyggende medisin som lider og halter".

"Ja, det vil det alltid være. Dersom det er en åpen konkurranse mellom kravene fra de som allerede er syke og de friske, vil naturlig nok kravene om behandling få høyeste prioritet".

"Men kurativ tjeneste er vel også noe vi leger synes er mer gøy"?

"Ja, det appellerer mer til oss fordi hele vår utdannelse og medisinens historie sentrert omkring sykdom og den syke.
Vi har en opplæring som i stor utstrekning gjør oss til 007 eventyrhelter som gjør imponerende gjerninger. Det er lang vei å gå fram til det stadiet der vi blir medmennesker som har helseansvar for en gruppe og kan dele ansvar og viten med denne gruppen".

"Mange hevder at å drive gruppeorientert forebyggende og planleggende medisinsk arbeid samtidig som en skal ivareta individuelt og personlig kurativ tjeneste, er å plassere legen i en schizofren tilstand"?
"Nei, det er stikk motsatt, galskapen oppstår når vi vil splitte opp disse to funksjonene. Helseplanleggere og samfunnsmedisinere må ha en kontinuerlig kontakt med de mennesker de planlegger for å være delaktig i realiseringen av planene.

Men på samme måte som planleggeren går seg vill ved å distansere seg fra pasientene, er klinikeren tapt dersom han i kampen mot sykdom, bare er opptatt av å fyre løs. Som klinikere må vi stoppe opp å se om vi skyter på den rette blink og treffer. Er vi bare absorbert i klinisk arbeid, føler vi at vi har gjort en god jobb bare vi er slitne nok om kvelden og reflekterer ikke over hvorvidt det er mening i hva vi gjør.

"Er dette en holdning du bygger opp på basis av din dialektisk tenkning"?
"Nei dette er utslag av min praktiske erfaring, men det støtter jo fullt ut en dialektisk tenkemåte".

"Betyr dette at du ikke har noe til overs for samfunnsmedisin som egen spesialitet"?

"Jeg tror ikke på det som separat spesialitet, men jeg tror det er nødvendig at vi erkjenner at vi må ha spesialkunnskap om samfunnsmedisin. Almenpraktikeren som får ansvar for 2000 mennesker, må ikke tro at han gjør et samfunnsmedisinsk arbeid, selv om han kan tilnærme seg og se på den enkelte pasients problemer utfra en erkjennelse om at individet er medlem i en gruppe og et samfunn. Samfunnsmedisin er ikke gruppemedisin som oppstår ved at man legger sammen en rekke enkelte individer.
Vi må lære oss spesiell

kunnskap om grupper og hvorledes vi kan kommunisere med grupper og bringe helseviten ut til befolkningen som vi er en del av".

"Idag, hvor så mye av de sykdommer vi kjemper mot er nær forbundet med livsvaner og levesett opplever svært mange mennesker almenpraktikerens forebyggende arbeid som moraliserende viftende pekefingere som sier: Du skal ikke".

"Ja, det er riktig og svært beklagelig. Hvis vi tar et konkret eksempel, røking f.eks., vil uten tvil det mest fantastiske helsearbeid vi kunne utrette, være å få folk til å stoppe og røyke. Men vi kan ikke tilnærme oss dette problemet på den måten at den enkelte lege sitter å sier: Det er ikke bra for deg å røyke, det må du slutte med, stump røyken o.s.v. Forebyggende arbeid på denne fronten krever at vi har stort kunnskap om røyking og at vi har stor kunnskap om hvorledes om denne viten kan viderebringes til andre på en slik måte at den blir forstått og ikke moraliserende og frastøtende.

Hvor mange av oss tar en omfattende og skikkelig røykeanamnese hos pasienter med bronkitt og legger vi opp et skikkelig program hvorledes pasienten kan bryte sine røykevaner?

Dette er ting som krever tid og kunnskap og engasjement.

Vi må ikke tro at det bare kan ivrige prester til som varmhjertet kan overtale folk til å bryte sine livsvaner. Jeg tror på at slike uheldige vaner må møtes med forståelse, masser av kunnskaper, støtte og hjelp til å bryte det uheldige møsteret. Dette er langsiktig og krevende arbeid, men en av våre viktigste oppgaver.

Men dette å blande seg inn i folks vaner og livsstil, setter jo store krav til legen selv og virker inn på hans privatliv og personlige frihet".

"Så du mener det er bare den slanke, joggende legen som ikke røyker eller drikker og som har et lykkelig familie- og sexliv som kan



være dyktig i forebyggende arbeid"?

"Det er en god del sannhet i dette. Jeg tror en lege som røyker neppe blir særlig god til å vende sine pasienter av med en slik vane, imidlertid betyr ikke dette at han kan legge problemet på hylla, han må i såfall arbeide for at andre i hans nærhet og nærmiljø får den støtte og tilgang på faglig viten som er nødvendig for å drive dette viktige arbeide.

Min egen erfaring er at da jeg hadde et dårlig og vanskelig seksualliv, var jeg en elendig rådgiver. Nå som det har bedret seg, synes jeg selv at jeg har blitt flink som hjelper og rådgiver for andre.



Selv er jeg altfor glad i mat og ikke flink til å gi mine pasienter god hjelp i spørsmål om vektreduksjon, men heldigvis har jeg noen pasienter i min praksis som har vært flinke selv, disse har jeg stukket oppom og hjulpet med faglig bistand og de driver en slankeklubb som gjør et langt bedre arbeid enn jeg noen gang har gjort.

Men vi må erkjenne at vi lever endel av vårt liv som et offentlig liv med ansvar det medfører. Samtidig er vi jo heldigvis som folk flest med våre svakheter, men det betyr ikke at vi går fri fra oppgavene. Vi må da finne andre, støtte opp om dem slik at de kan drive slikt forebyggende arbeid som vi er forhindret fra å drive selv grunnet våre egne svakheter.

Jeg tror dette er veldig viktig at vi å vårt forebyggende arbeid når frem til hjelpere. Jeg satser masse av min tid vedr. forebyggende arbeid på viktige personer".

"Betyr det at du konsentrerer deg om advokater, prester og lærere"?

"Nei, langt ifra. Med viktige personer, mener jeg folk som har stor innflytelse i sitt nærmiljø, folk som andre folk hører på, det er vel så ofte en arbeidsløs gruvearbeider eller en bartender, men når du kjenner ditt nærmiljø, og finner fram til slike mennesker, så må du bruke dem. Kan bartenderen med høyt blodtrykk formidle mye informasjon om betydningen av behandling og selv få tillit til betydning av å få sitt trykk redusert, sprer hans viten seg til en rekke og det blir mange ringer i vannet".

"Mener du dette sterkere engasjement i forebyggende helsetjeneste fra primærlegens side, bør lede til at han i større grad gjør årlige helsjekker og screener den befolkningsgruppe han får ansvar for"?

"Nei, jeg tror ikke klassiks epidemyologisk screening er særlig nyttig, heller ikke årlig helsjekk

Forts. side 14.

Forts. fra side 9.
me sentrale innstillingssystem som er vel innarbeidet for sykehusstillinger. Man kunne til og med tenke seg at kommunene gjennom NKS sa seg villig til som hovedregel å følge innstillingsrekkefølgen. Jeg er imidlertid ikke sikker på om vi er tjent med at disse reglene gjøres for mekaniske. Legegrupper og helsesentra er små og følsomme sosiale organismer, som bør gis en rimelig innflytelse over hvem kommunen ansetter. Det kommunale "styre for distriktshelsetjenesten" (er ikke "helsetjenesteutvalg" en bedre betegnelse?) bør la en representant for den aktuelle legegruppe få uttale seg i ansettelsesspørsmål.

Dersom man ønsker å fravike den sentrale innstillingsrekkefølgen, bør fylkeslegens samtykke innhentes.

Hva så med distriktsleger som forutsettes å inneha statlig bistilling? Ansettelsen kan foretas av kommunen på samme måte. Men ved innstilling til slike stillinger må selvsagt ansiennitet og kvalifikasjoner innen offentlig helsearbeid tillegges større vekt enn for de kommunale fulltidsstillingene. Dermed vil man opprettholde den motivasjon som også idag leder mange til å søke perifere distrikter som gir erfaring og ansiennitet i offentlig helsearbeid.

Dette er en slags kompromiss modell mellom den statlige og den kommunale ansettelsesordning. Noen ulemper vil man alltid kunne peke på, også ved en slik ordning. Vi har tygget lenge og grundig på disse spørsmålene på og omkring Institutt for samfunnsmedisin i Trondheim, og kommet til at det er helt vesentlig at man i det nye systemet må kunne føre videre den spesielle norske distriktslegetradisjonen. I England har man hatt store vansker med å oppnå en slik faglig kopling som man i Norge har mellom offentlig helsearbeid og almenmedisin. Slipper vi denne fagprofilen nå, kan vi få vansker med å etablere den igjen senere.



Den regnskapspliktige

Kåre Fure 79

AVLØNNING

Erfaringer fra fastlønnsdistrikt

v/distriktslegene Lupton og Horneland

I Båtsfjord Kommune har vi siden 1. januar 1979 hatt prøveordning med fast lønn for distriktslegene. Vi fikk en stilling til som har vært besatt siden ordningen trådte i kraft. Det er blitt ansatt en administrator til å ta seg av regnskapsførsel, innkjøp, lønninger etc., samt en kontorassistent til, slik at vi nå har en legesekretær og to kontorassistenter på to distriktsleger og en turnuskandidat. Fastlønnsordningen har forenklet arbeidet for legene i betydelig grad, idet vi er blitt avlastet for endel administrative oppgaver. Legedekningen er blitt betydelig bedret og arbeidssituasjonen er tilfredsstillende. Vi har fått tid til en god del forebyggende helsearbeid som tidligere har ligget nede. Vi nyter lønnstakernes privilegier med rett til lønnete permisjoner, sykepenger og feriepenger. Næringsdrivendes magesår er en saga blott. Lønnsbetingelsene er meget gode Vi gikk opp ca. loo.ooo kr. i lønn pr. år ved overgangen til ny ordning.
KONKLUSJON: FAST LØNN KAN ANBEFALES.

Distriktslege II må dessverre tre i Kongens klær og reiser med vemod fra dette idealdistrikt.

Hilsen fra to glade lønnsmotagere i Båtsfjord.

Dovre formannskap 2662 Dovre

Vi viser tl brev fra fylkeslegen i Oppland med kopi av brev fra sosialdepartementet angående fastlønns stillinger for distriktsleger.

Vi gjør oppmerksom på at begge undertegnede distriktsleger i Dovre er interessert i en fastlønns ordning.

Ved telefonsamtale med fylkeslegekontoret i Oppland i dag framgår at det ikke er gitt noen beskjed dit om hvilke konsekvenser dette får for kommunene. Man må derfor tro at kommunen blir pålagt drift av legekontorene mot refusjon av 75% av utleggene. Dette tilsvarer den ordningen som nå er iverksatt flere steder i Nord-Norge.

Dovre kommune subsidierer i dag legetjenesten på følgende måte:
Vask av legekontor kr. 16.ooo,- + arbeidsgiveravg. kr. 2.5oo,-.
Refusjon av telefonutg. ca. 6.ooo,- samt subsidiert husleie ca. lo.ooo,-, tilsammen ca. 35.ooo,- kr. pr. år. Kommunen vil med den nye ordningen få refundert 75% av driftsutgiftene, inkludert lønn til leger. Driftsutgifter og legelønn vil for distriktslegekontoret på Dombås beløpe seg til ca. kr. 7oo.ooo,- pr. år. Det vil si at kommunen i dag må betale 5% av disse utgifter, mens den med den nye ordningen må betale 25%.

Undertegnede distriktsleger er såpass politisk skolert at de innser at kommunen neppe går med på dette. Vi finner det imidlertid riktig å understreke at vi som distriktsleger er interessert i en fastlønns ordning.
Vi finner det dessverre rimelig dersom kommunen finner at de ikke kan gå med på det av økonomiske grunner.

Gustav Natvig

Halvard Eskeland.

Årslønn til formannen i APLF?

Forslag om honorar for styrets formann har vært styrebehandlet og vil bli lagt frem på årets generalforsamling.

Det er et betydelig ansvar å påta seg oppgaven som formann i Aplf.
Arbeidsoppgaven er stor og man kan forvente at den vil øke.
Distriktshelsetjenesten er i støpeskjeen, og spesielt blir det viktig for Aplf å ivareta almenpraktikernes interesser.

Styret er av den oppfatning at en formann bør avsette regelmessig tid til arbeidet for foreningen, anslagsvis 4 - 6 timer pr. uke. Styret synes det er urimelig at denne tid i sin helhet skal tas av ens fritid.

Dersom Aplf ønsker at medlemmer som har normaltariffen som vesentligste inntektskilde skal kunne bekle et slikt viktig verv, bør man budsjettere med et honorar til formannen.

Styret tør foreslå at honoraret settes lik bedriftslegelønn og for anslagsvis 4 timer pr. uke.
Skulle det vise seg at oppgaven er mer tidkrevende eller mindre tidkrevende, kan dette justeres noe etter et halvt eller ett år.
Med et slikt vedtak kan den som blir formann frigjøre tid, evt. si opp en tilsynslegejobb eller bedriftslegejobb av tilsvarende timetall og systematisk bruke denne tid til foreningsarbeide.
Derved bil arbeidet som foreningsformann ikke i vesentlig grad gå ut over ens familieliv eller inntjeningsevne.

Styret har tidligere fattet vedtak om at den som styret pålegger en oppgave som krever arbeidsinnsats i vanlig kontortid, skal få godtgjort kr. 4.ooo,- pr. år til dekning av antatte utgifter og honorar for antatt arbeid.

Til orientering mottar formannen i Ylf ca. kr.50.ooo- pr. år som honorar for sin innsats for denne foreningen.
Dette er bl.a. ment som en kompensasjon for tapt mulighet til ekstrafortjeneste - polikliniske inntekter/legevaktskjøring.

Styret i APLF.

Forts. fra side 5.

"Det er feil. En rekke kritiske undersøkelser som er gjennomført her i London tyder på at psykiatriske diagnoser utgjør mellom 10 og 15% av sykdomspanorama i allmenpraksis. Jeg vil påstå at kommer du høyere, kjenner du ikke dine pasienter, er usikker, mangler erfaring, eller misliker dine pasienter. Psykiatriske diagnoser må ikke bli nagative eksklusjonsdiagnoser og vi må ikke tro at selv om psykiske forhold spiller inn, rettferdiggør det en psykiatrisk diagnose.

Helseproblemer har nesten alltid sin fyskiske, sosiale og psykiske dimensjon. Om det er en psykisk dimensjon, bekreftiger det bare vår viten om helseproblemers årsak, og det leder ikke automatisk til en psykiatrisk diagnose".

N:"Du hevder også at allmenpraktikeren bør kunne ta hånd om langt fler enn 2.500 mennesker".
"Ja, dersom man ikke har en rekke andre funksjoner. Det er et spørsmål om hva vi kan overføre av ansvar til pasienten og til andre fagfolk. Det er en enorm variasjon i antall konsultasjoner pr. innbygger pr. år hos allmenpraktikeren.

Jeg tror at den som har en masse konsultasjoner pr. år pr. pasient er en usikker allmenpraktiker som slett ikke nødvendigvis gjør sine pasienter friskere. Kanskje det rett og slett er skadelig å gå ofte til doktoren og at legens usikkerhet smitter over på pasienten."

"Hos oss har myndighetene i planleggingen lagt seg på 3,75 konsultasjoner pr. innbygger pr. år. Hva synes du om det?"

"Det må da være altfor høyt. Hvor har de det tallet fra"? Det må være inspirert av effekten av stykkpris-systemet hvor det jo lønner seg for legen at pasienten ofte kommer. Selv har jeg nå ca. 2 ½ konsultasjon pr.pas. årlig, og det har sunket i løpet av de siste årene. Jeg tror det er fordi jeg er blitt en bedre doktor."

N:"Etter så mange år i allmenpraksis og med et så godt kjennskap til dine pasienter, er det spesielle situasjoner du fortsatt synes er vanskelige?"

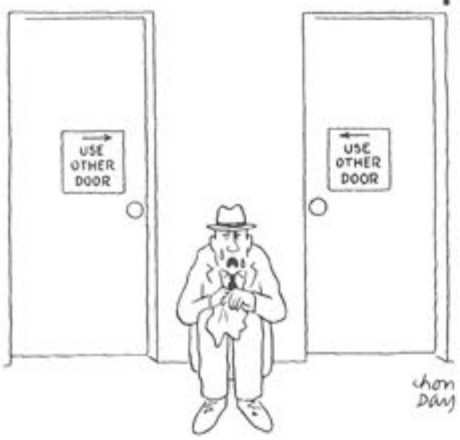
"Ja, omsorgen for døende pasienter, arbeidet med ekteskapsproblemer og behandlingen av høyt blodtrykk synes jeg er vanskelig og utfordrende oppgaver."

N: "Er det spesielle forskningsoppgaver i allmenn. sin som du tror kan STYRKE vår faglige identitet og status?"

Vi må øke kunnskapen om de kliniske problemer vi håndterer, bedre kunne vurdere effekten av de behandlingstiltak vi setter ut i livet. Dessuten synes jeg i større grad vi også må lære oss måter å evaluere vårt eget arbeid innen helsetjenesten på. Kan vi finne fram til metoder til å måle helsen hos de mennesker vi har ansvar for, kan vi lære oss til å tåle og forbedre oss gjennom kritikk og feedback fra sykehuskolleger.

Jeg synes det er mengder av upløyd mark og det er bare å ta fatt. God forskning og godt arbeid er den beste måte vi kan skaffe oss god status og skikkelig rekruttering."

Kanskje smittende faglig entusiasme og dyktighet i fremtiden blir vel så viktige navigieringstips og mere hjelpsomme enn lønn, arbeidstid og reguleringslover. Jeg tror vi trenger et norsk allmenmedisinselskap, vårt eget Royal College.



Forts. fra side 11.

slik den er utbredt i Amerika. Jeg har langt større tro på case finding og undersøkelser fra Holland viser at dersom man kan benytte konsultasjonen og kombinere den med enkle undersøkelsestiltak rettet inn på pasientens alder og kjønn, er det mer å hente. Det er dette vi kaller anticipatory care. Jeg tror dette er en fin vei å gå, lære oss til å tenke forebyggelse og komme sykdom i forkjøpet i den situasjonen hvor pasienten søker oss for hjelp for allerede eksisterende plager.

Men, vi må også gå ut å møte de mennnesker vi har ansvar for, bli kjent med dem og stifte kontakt. Det er slutt på den tid da legen bare kunne sitte som mottager i sin helsebutikk.

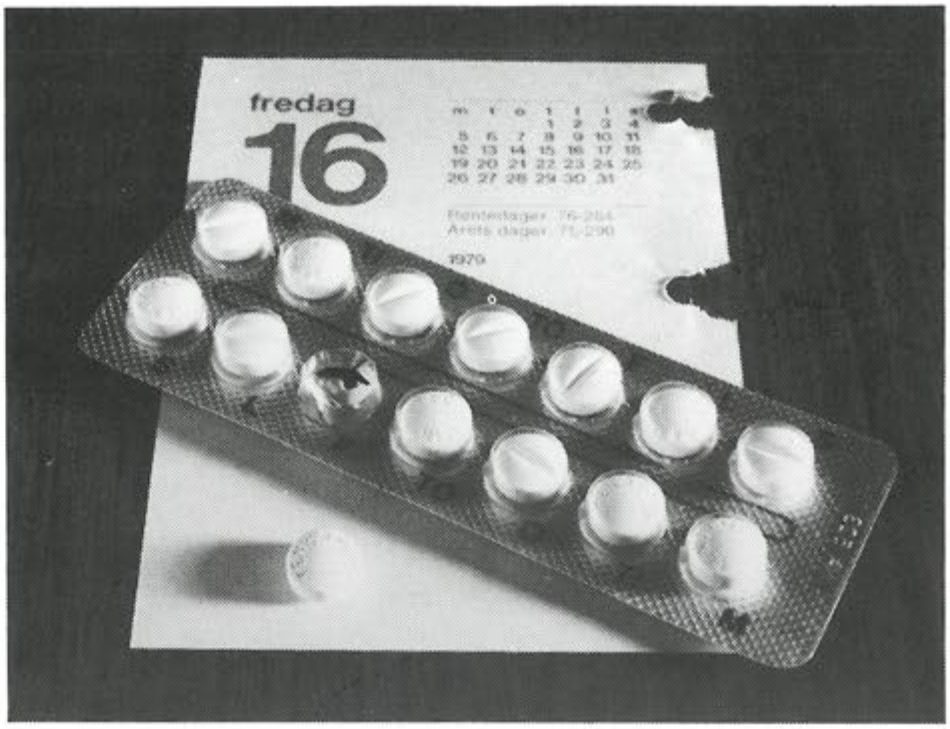
Jeg er sikker på at dere kan oppleve samme fremgang for primærhelsetjenesten som vi har hatt dersom faget almenmedisin makter å tilkjempe seg større faglig respekt og sterker faglig ryggrad.

Jeg er overbevist om at dere kanskje vil seile i bedre medvind enn oss dersom dere sloss for å ivareta den tradisjon dere har i distriktslegetjenesten og makter å sammenveve samfunnsmedisinske oppgaver med godt almenmedisinsk kurativt arbeid i arbeidsfunksjonene til en og samme lege, som er en del av den befolkningsgruppe han lever i og har omsorg for. Da vil dere oppleve at forebyggende medisin er moro og nytter og arbeidet blir helsetjeneste og ikke bare sykdomssorg.

Lykke til å ta vare på distriktslegens funksjoner".



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

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

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 uomdannet 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, anssetas 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-delirøse reaksjoner i sjeldne tilfelle. *Vegetative og Kardiovaskulære*: Lett munntørrhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, Rodepine og gastrointestinale forstyrrelser er iakttatt. *Dermatologiske*: Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. *Hematologiske*: Ingen betydningsfulle eller vedvarende avvik rapportert. *Levarkomplikasjoner*: 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 hemningsløsende 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 intermittelende 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 i dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Man ber 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.