

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 8

DESEMBER 1979

ÅRGANG 8

Av innholdet:

Martin Holte:
APLF og OLL
en felles organisasjon?
Side 2

Steinar Westin:
Inntrykk fra APLF's
generalforsamling
Side 4

Geir Jacobsen:
Til ettertanke
Side 4

Ragnar Stene:
Ad sykemelding
Side 7

Ivar Sønbø Kristiansen:
Forventninger
og konflikter
Side 8

Steinar Westin:
Mellom klarhet
og påståelighet
Side 10

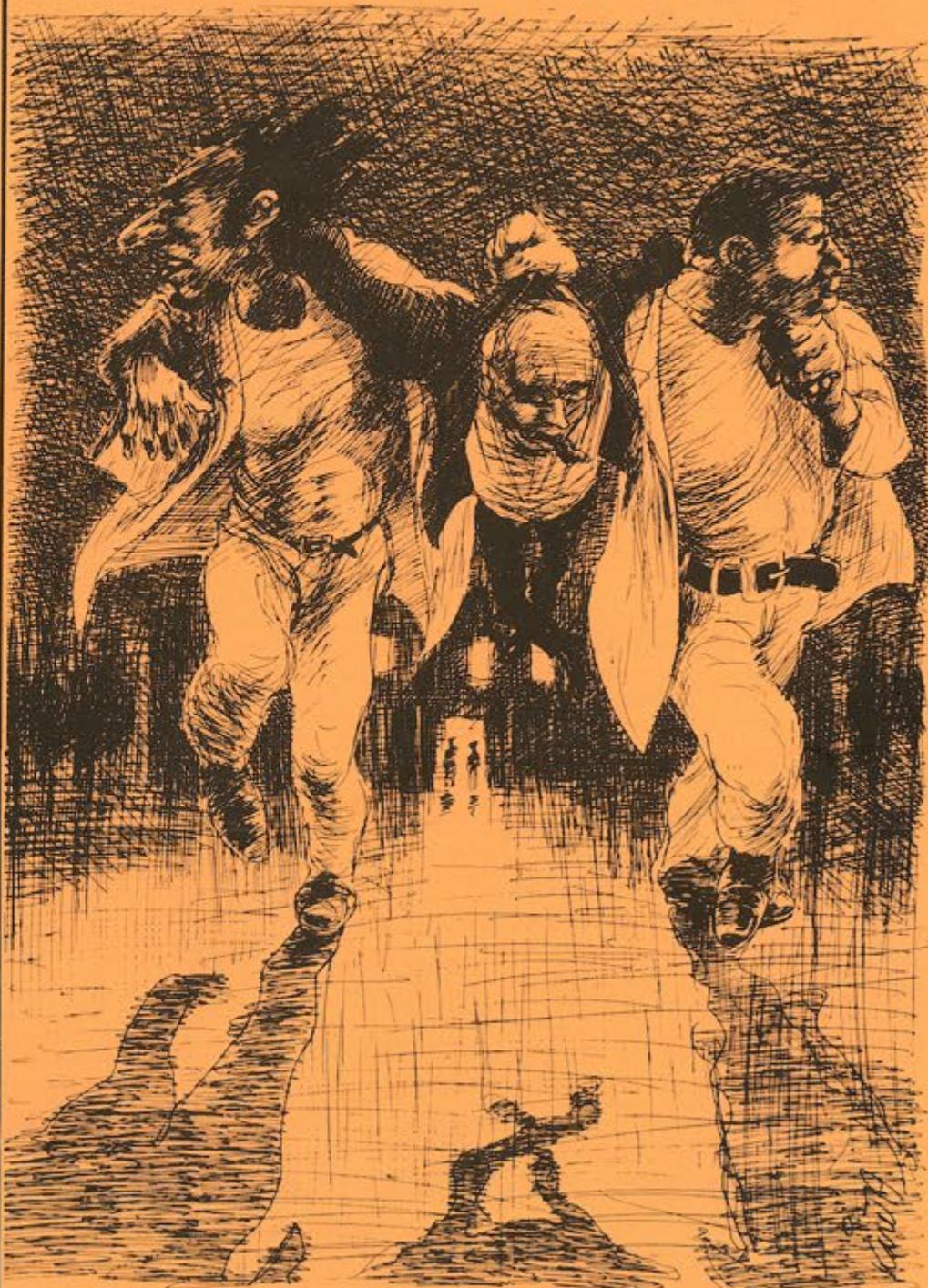
Handlingsprogram
för Svensk förening
för almenmedicin
Side 11

Torleif Robberstad:
Planlegging
av helsetenesta
utanfor institusjon
Side 12

Rikstrygdeverket:
Høringsnotat
nov. 10. og 28. 1979
konklusjon
Side 13

2. Nordisk kongress
i almenmedisin
Side 14

Dette skal nok gå fint, skal De se.
Vi har greidd værre tilfeller før



UTPOSTENS JULE- OG NYTTÅRSØNSKE
APLF OG OLL
EN FELLES ORGANISASJON!!

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Kari Grønning

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 75,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

APLF og OLL – en felles organisasjon?

Alle landets primærleger samlet i en og samme organisasjon —
en realistisk målsetting?

I dag har vi ca. 1100 medlemmer i APLF og ca. 500 medlemmer i OLL. - Situasjonen er den at det er mange offentlige leger som har et dobbelt medlemskap. Det vil si de er medlemmer av OLL gjennom sin offentlige ansettelse som distriktsleger eller bydelsleger og i tillegg medlem av APLF - derimot en privatpraktiserende lege kan ikke være medlem av OLL. Likevel har vi sammenfallende interesser på alle felt av vårt arbeide - i allefall alle de privatpraktiserende leger som har offentlig helsearbeide, som skolehelsestasjonstjeneste og kanskje i tillegg tilsynslegejobb, ved siden av sin praksis. Videre er det mange privatpraktiserende leger som samarbeider med sosialmedisinsk team og hjemmesykepleie i sitt distrikt. Man kan da spørre seg hva skiller en bydelslege eller en distriktslege II stilling fra en slik privatpraktiserende lege? - jo kun avlønningssystemet. For en distriktslege II er det til og med bare en del av avlønningssystemet som er forskjellig da han også i vesentlig grad får sin inntekt gjennom normaltariffen. (Til min forbavelse så hørte jeg i TV i dag at Lægeforeningen krever 40% høyere takster på normaltariffen - er dette klok forhandlingstaktikk fra Den norske Lægeforening? å gå så unyansert ut i pressen?)

Når vi har sammenfallende interesser i arbeidssituasjonen både faglig og arbeidsmessig, er vel ikke et forskjellig avlønnings-system argument for å opprettholde to så adskilte foreninger.

I de senere år har utviklingen vist økende interesse for fastlønnsstiller i primærhelsetjenesten, både når det gjelder rekruttering av yngre kollegaer og også allerede eksisterende private praksiser. En utvikling som vil forsterkes gjennom den nye loven om distriktshelsetjenesten og den usikre situasjonen vi opplever omkring normaltariffen. Vi mangler klart svar fra våre politikere om normaltariffens videre utvikling eller kanskje bedre retardasjon. Dette vil igjen bety et økende antall offentlige leger - en forsterking av OLL og en svakere rekruttering av privatpraktiserende leger eller en svekkelse av APLF med tiden.

Hva med distriktslege I - stadsleger etc. med helserådssaker: spesielle ting som hygiene, epidemiologi og rene samfunnsmedisinske spørsmål og helseadministrasjon - er ikke dette sterke argumenter for opprettholdelsen av OLL? Nei - for mange av disse oppgavene hører naturlig til primærhelsetjenesten - fagområdet almenmedisin.

Men kanskje er behovet tilstede for et felles forum for kolleger som på heltid

utøver helseadministrasjon.

Hvorfor en fusjon av APLF og OLL?

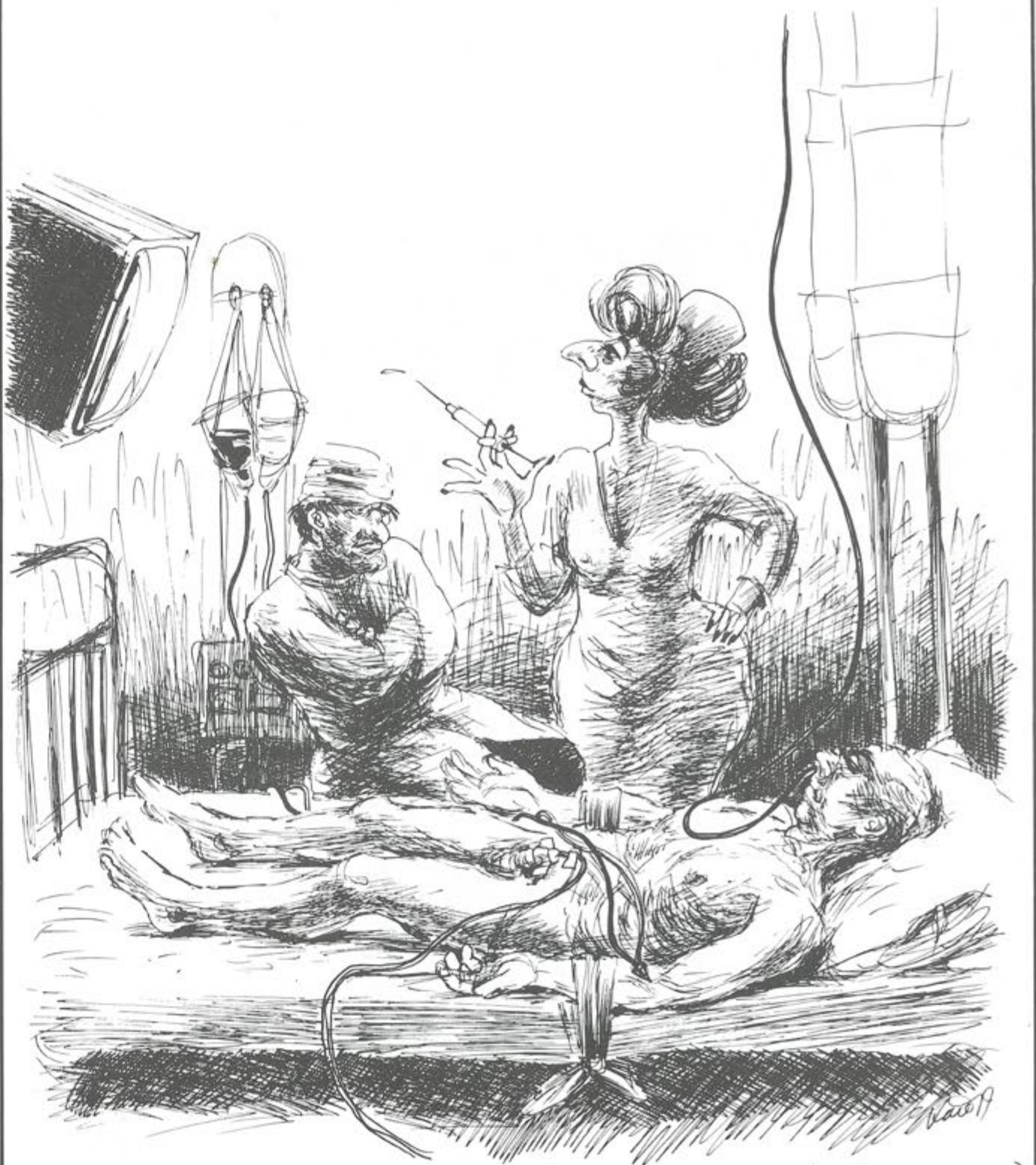
Jo, en større og samlet medlemsmasse vil i sterkere grad kunne påvirke våre politikere til en bedret utvikling av primærhelsestjenesten, en sterke utbygging og økende ressurser. Vi vil også sterke kunne motstå særomsorgsutviklingen. Fremtidens medisin ligger i forebyggende tiltak for befolkningen og dette kan best skje gjennom en sterk primærhelsestjeneste.

Derfor primærleger - foreneder!!!

Utpostens redaksjon takker for alle gode artikler og debattinnlegg og ønsker alle leserne en riktig God Jul og et godt og aktivt Nytt År.

Martin Holte
Aage Bjertnæs





HVA ER DET EGENTLIG SOM GÅR PÅ TV'N I KVELD?

Inntrykk fra APLF's generalforsamling 1979

v/Steinar Westin

Det knyttet seg en viss spenning til årets generalforsamling i Alment praktiserende lægers forening, som ble avholdt i Oslo 17. november. Spenningen gjaldt ikke bare det forestående valg av nytt styre og diverse utvalg. På dagsorden stod også den viktigste saken for norske primærleger i dette og det neste lo-året: den nye loven om distriktshelsetjenesten.

På den samme dagsorden stod derimot ikke spørsmålet om opprettelse av et norsk selskap for almenmedisin. Den diskusjonen kom til å foregå i bisetnings form, men kanskje desto mer utførlig i korridorene. De vesentligste meningsforskjeller om dette temaet var nok utvekslet under landsrådmøtet to dager tidligere.

En av de første postene på dagsorden bestod i utdelingen av Norsk Medisinaldepots pris på 10.000 kroner. Under applaus ble prisen tildelt distriktslege Jan Ivar Kvamme for hans medvirkning ved Hjerte - Kar undersøkelsen i Finmark (Institutt for samfunnsmedisin's skriftserie nr. 3, Tromsø 1978).

Diskusjoner omkring foreningens årsberetning la beslag på det meste av formiddagen. Flere omstridte spørsmål avfødte lengre diskusjoner. Ett av dem var lokalavdelingenes og spesialforeningenes rett, eller snarere manglende rett, til å uttale seg offentlig uten først å innhente samtykke fra legeforeningens sentralstyre. Mange hadde åpenbart savnet APLF's klare og entydige røst i spørsmålet om etableringsloven og om den stadig akterutseilende normaltariffen. Karakteristikker som "munnkurvsdemokrati" ble lansert. Fra styrebordet hevet Finn Nilsson røsten og påpekte at YLF's løsslupne utspill under striden om etableringsloven kanskje ikke nettopp



var noe eksempel til etterfølgelse. Borchgrevinck mante også til en viss forsiktighet med at hver spesialforening skulle få kjøre sitt eget løp. Det ville f.eks. ikke nødvendigvis være i almenmedisinens interesse om bedriftslegenes forening alene stod fram med synspunkter på spørsmålet om organiseringen av morgendagens bedriftshelsetjeneste. Noe vedtak ble ikke fattet, og "munnkurvsparagrafen" får stå som før, på godt og ondt.

Den kanskje mest spennende faglige diskusjonen kom til å dreie seg om innstillingen fra et fellesutvalg av APLF og OLL om det primærmedisinske legevaktarbeidet. Utvalget hadde forsøkt å definere og avklare en rekke uklare spørsmål, som f.eks. hva som kan tilpliktes å delta i felles legevaktordninger, og lignende spørsmål. Et forslag om fritak for deltagelse i legevakt for forsørgere av barn under 7 år "som ikke kan få tilfredsstillende barnevakt under vaktene", vakte adskillig diskusjon, men ble stående med noen mindre tilleggsformuleringer.

Minst like kontroversielt var spørsmålet om sykehuselegers medvirkning i det primærmedisinske vaktarbeidet. En herværende redaktør av et alminnelig blad for primærhelsetjenesten mente å kunne påvise at vanskene med å dekke legevaktene med almenpraktikere lot til å være proporsjonale med tettheten av almenpraktikere i området. Faglig sett og "i prinsippet" var det bred enighet om at legevaktarbeidet i primærhelsetjenesten bør ivaretas av områdets primærleger. Vaktarbeidet og hjemmebesøkene må ikke få utvikle seg til å bli en ny særomsorg.

Utvalgets innstilling bør presenteres i Tidsskriftet snarlig - og gi grunnlag for nye diskusjoner i de enkelte lokalavdelinger.

Normaltariffen fikk sin vanlige brede plass under generalforsamlingen. Den forestående aksjon med oppsigelse av avtaler med trygdekontorene om direkte oppgjør kom til å stå i fokus. De fleste talerne slo til lyd for en kraftig aksjon for å få hevet satsene. Viljen til å ta den belastningen en aksjon ville innebære, kom ikke like overbevisende til uttrykk. Legeforeningens president ba om oppslutning om denne etter hans mening eneste brukbare aksjonsformen. Forsamlingen forble taus da han etterlyste forslag til alternative aksjonsformer.

Nytt av året var forøvrig et internt utvalg innen APLF som skal se nærmere på muligheten for å innføre graderte satser i normaltariffen, avhengig av legenes utgiftsnivå. Kanskje blir dette en av jokerne i de kommende forhandlingene?

Foreningens viseformann, Jan Otto Syvertsen, stod for første innledning til generalforsamligens hovedsak: loven om distriktshelsetjenesten. I et klart og velformulert innlegg reiste han de fleste av de kritiske spørsmål som ligger i kortene.

Særlig skarpt stod spørsmålene om de liberalt ervervende almenpraktikeres framtid i den nye distriktshelsetjenesten. Overlege Hans Aanstad fra Helsedirektoratet var åpenbart vel forberedt på spørsmålene, og gav klare og entydige svar, noen til beroligelse, andre til fortvilelse.

Det som ble dårligst besvart, var vel egentlig det han selv nokså retorisk stilte i innledningen: Blir loven bare en ny måte å fordele fattigdommen på? Senere under innlegget hevdet han at "helsekaka" ikke kan bli større. Skal det tolkes som et ja til spørsmålet han selv stilte? I såfall, kjære kolleger, er det vel bare å slipe knivene! (Det ble ganske riktig en del sabelrasling som svar på Aanstads omtnale av helsekaka).

Allerede før valgene ble

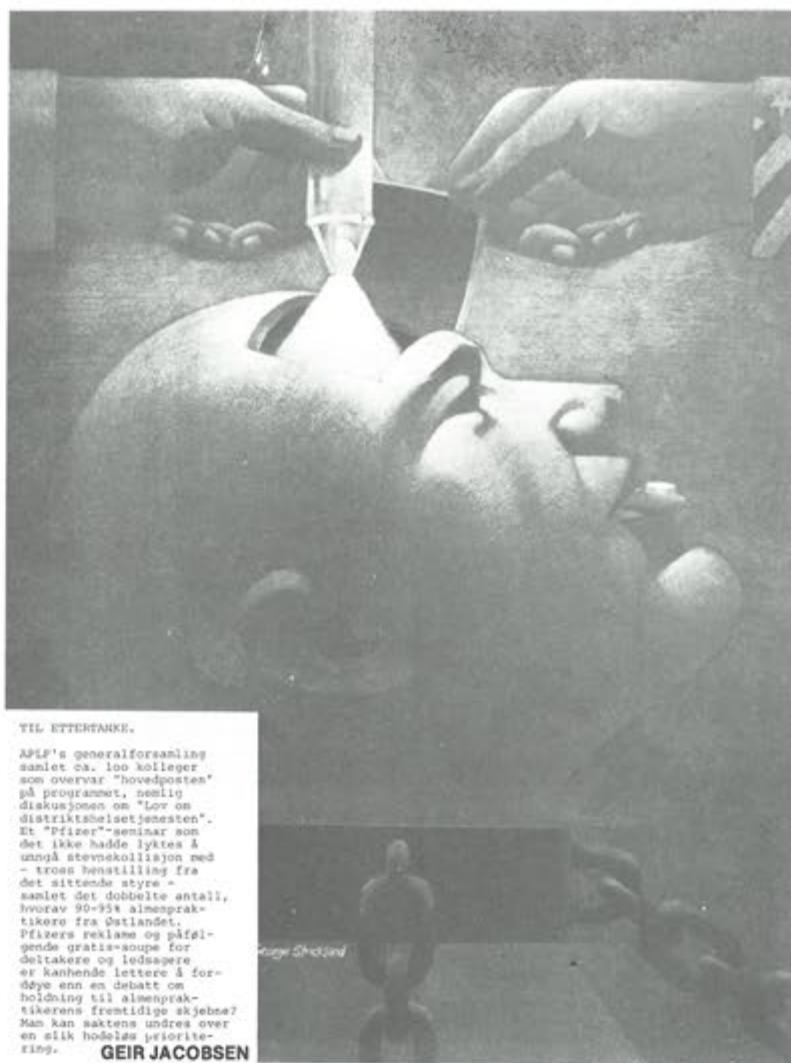
innledet, var det lett å øyne at generalforsamlingen rommet motsetninger langs flere forskjellige linjer. Synet på normaltariffen og det liberale erhverv i forhold til det å bli almenpraktiker på fast lønn tegnet klare skillelinjer i forsamlingen. Ikke uventet lå det også i luften en variant av den gamle motsetningen mellom by og land, mellom sentrum og periferi.

Til valget av ny formann forelå det en forhåndsutpekt favoritt og et ukjent antall "dark Horses". Førstnevnte var foreningens nestformann, Jan Otto Syvertsen, fra Moss. Blant de mulige mørke hester viste det seg at Arne Ivar Østensen ble den mørkeste, som eneste foreslalte motkandidat. Avstemningen gav som resultat 40 stemmer til Syvertsen og 31 for Østensen. Under valg på styre dukket Østensen opp igjen med flest stemmer av de 4 som ble valgt. De andre tre ble Arne Svilaas, Finn Nilsson og

Jacob Prytz, alle med tidligere verv i foreningen. Som varamenn ble valgt Ulf Borgen, Geir Jacobsen og Jan Anker Nilsen. Innvalgte medlemmer av fagutvalget ble Grettir Schwartz og Martin Holte.

Valget kan vel gjerne karakteriseres som et brukbart kompromiss mellom de fløyer som markerte seg i debatten. Syvertsen ble lansert som normaltariffens sikreste forsvarer, og i den forstand for man si at "normaltariffen" og det liberale erhverv gikk seirende ut av valget.

Likevel er det grunn til å merke seg at flere av medlemmene av initiativgruppen for et Norsk selskap for almenmedisin fikk framtredende til-litsverv. Det skulle være en god garanti for at det videre arbeid med denne saken kan skje i beste forståelse med APLF.



Ad uføretrygdsaker og manglende respons fra RTV

v/Ragnar Stene, Fredrikstad

Alle leger skriver vel erklæringer og søknader til RTV. Det har lenge ergret meg at jeg aldri hører ett ord tilbake om utfallet av søknaden. Det er pinlig og jeg synes ikke det er det minste rart at pasientene blir forbausest når jeg må spørre deg hvorledes det har gått. De tror sikkert det er noe galt med meg.

Jeg tok saken opp med trygdekontorenes rådgivende lege i Østfold, og han er forsiktig fullstendig enig med meg. Han har undersøkt saken blandt annet med RTV's overleger, men "det er små utsikter til endring av praksis".

For noen år tilbake var det praksis at behandelende lege fikk kopi av den mel-

dingen som ble sendt til pasienten. Denne praksis ble det slutt på, "da det medførte svært mye ekstraarbeide for trygdekontorene og RTV å informere de behandelende leger og begrunne den avgjørelsen som var fattet". Tenk det, Hedda.

Denne innstillingen tillater man seg altså å ha overfor de leger som skal behandle pasientene videre og kanskje skal være behjelpeelig med eventuell anke.

Rent bortsett fra innstillingen, så er jo dette bare tull. Jeg kan ikke tenke meg annet enn at enhver saksbehandling avsluttes med et relativt koncentrert resyme og konklusjon. Det finnes fremdeles blåpapir i handelen og jeg er

sikker på at alle offentlige kontorer har utmerkede kopieringsmaskiner til disposisjon.

Jeg synes denne praksisen er så hårreisende at man uvilkårlig må spørre seg selv om det er mulig å samarbeide på slike premisser.

For meg er disse evindelige skjemaene en sann plage som oftest må utfylles på sene kvelds- og nattetimer. Det kan ikke være nødvendig å gjøre innstillingen til disse verre enn nødvendig.

Denne saken burde være så enkel å løse at det skulle være unødvendig med trussler.

Jeder Mensch hat 3 wichtige Schreibleben...



ein Schnell-Schreibleben



ein Fett-Schreibleben



ein Fein-Schreibleben

LEGE-STILLING

Distriktslegen i Røros.
Vikariat ledig 15/1—15/3 1980
Fastlønnsordning
Lønnstrinn 23—27
Honorar etter
normaltariffen på vakter.
Møblert bolig skaffes.
Henv. Distr.lege
Arthur Herzberg
tlf. (074) 11 064



Ad sykemelding — sykeavbruddsforsikring for allmenpraktiserende leger

v/Ragnar Stene, Fredrikstad

Det er visse forhold som ved sykdom setter privatpraktiserende leger i en meget dårlig stilling økonomisk i forhold til andre selvstendig næringsdrivende. Det er anledning til å tegne "tilleggsforsikring" i Folketrygden for de første 14 sykedagene. Imidlertid er denne ytelse satt i et bestemt forhold til G, og dekker altså kun den pensjonsgivende inntekt. Enhver som driver moderne praksis, vet at de faste løpende utgifter er av en slik størrelsesordning, at dette må føre til et betydelig økonomisk tap.

Selv "sikkerheten" skulle være privat sykeavbruddsforsikring, men dette tapet kan ikke forsikres da det pr. idag er minimum 15 dgrs. karens. (Mot 7 dgr. i 1977). Ennu verre er det at forsikringsvilkårene krever 100% sykemelding og fravær fra kontoret. En lege kan ikke som alle andre i dette landet, klare en delvis sykemelding økonomisk, da han ikke vil få noen ytelse fra sykeavbruddsforsikringen. Imidlertid tror jeg at i praksis er sykefraværsprosenten for privatpraktiserende leger meget lav. Derfor tror jeg at en rekke leger idag presser seg gjennom dagene med nedsatt arbeidskapasitet og tempo. De fleste fordi de gjerne vil yte den service de kan for "sine" pasienter, men også fordi mange er tvunget økonomisk.

Jeg har et visst inntrykk av at det er en alminnelig oppfatning blandt folk at "slik skal det være", men jeg er mer redd for at myndighetene bevisst eller ubevisst spiller på den innstillingen til arbeidet blandt legene når f.eks.



distriktslegestillinger opprettes/ ikke opprettes.

Det er rimelig at man ikke får honorar og går med overskudd når man er 100% sykemeldt. Men det er ikke rimelig at ordningen er så dårlig at de løpende utgifter ikke på noen måte kan dekkes.

Når det gjelder forsikringselskapene tror jeg alle har ens praksis. Selv har jeg tatt problemet opp med mitt forsikringsselskap. Det blir sikkert behandlet adekvat der. Imidlertid har jeg fått forståelsen av at eventuelle endringer i reglene er svært "tungrodd".

Våre økonomiske forhold er nå så ekstremt dårlige at jeg ikke kan skjønne at noen har økonomi å falle tilbake på ved sykdom, altså kunne være selvassurandør. Det er mulig problemerne har vært lite aktuelle, idet leger ofte dør raskt av infarkt e.l. Men med den arbeidsbelastningen privatpraktiserende leger har idag, vil også "belastningssykdommer" man ikke dør umiddelbart av melde seg.

Legeforeningen har alt for

lengt holdt en for lav profil og vært generelt ettergivende. Jeg hører daglig kommentarer fra "den alminnelige mann", og min private lille "gallupp" konkluderer med at legenes stilling er selvforkyldt. Dette går vel mer på honorarforhandlinger med myndighetene, men jeg vil nevne det likevel.

Jeg vil be lægeforeningen ta opp sykeavbruddsforsikringsproblemene med forsikringsselskapene sentralt slik at det kan bli ens regler.

Det må være et helt ufravikelig krav at forsikringene må kunne graderes og likeledes at karenstiden må kunne settes slik den enkelte ønsker, gjerne med mulighet uten karens.

Som gruppe er legene store kunder hos forsikringsselskapene i sin alminnelighet, og selskapene er avhengige av legeerklæringer i særdeleshet.

Jeg tror ikke selskapene har vært oppmerksomme på de privatpraktiserende legers spesielle problemer, og dersom lægeforeningen setter nok inn på å løse denne saken, burde det være forholdsvis enkelt å komme til en rask og positiv løsning.





Forventninger og konflikter —

BLIR DET VERRE NÅR VI FÄR FLERE LEGER?

v/distriktslege Ivar Sønbø Kristiansen

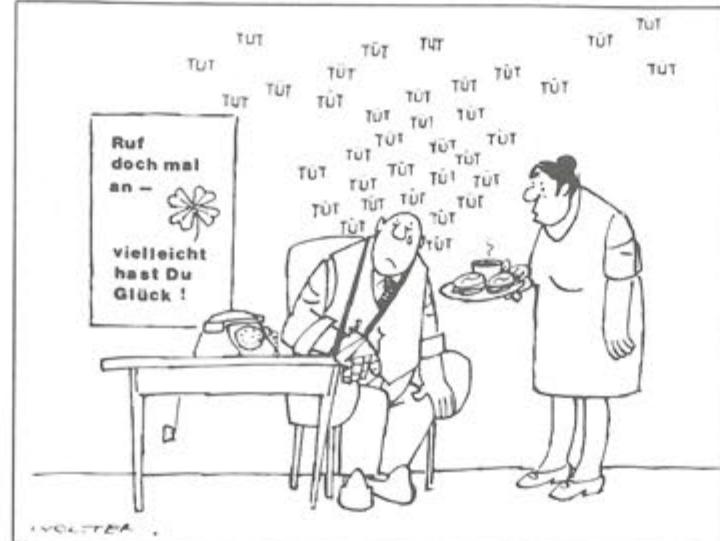
John Leer drøftet i Utposten nr. 6/79 en del sider ved misforholdet mellom pasientenes forventninger og legenes evne og vilje til å imøtekommisse disse. Alle distriktsleger opplever vel denne konflikten, også i godt bemannede distrikter. Jeg vil derfor se på en del andre sider ved problemet:

Vi er tre distriktsleger i Kvæfjord kommune med 3800 innbyggere og har således forholdsvis god legedekning. Ikke desto mindre så nylig en eldre dame på kontoret: "Legetjenesten var bedre i 1920 med gamle distriktslege Hansen. Han alene gjorde mer for befolkningen enn de tre nåværende tilsammen". Et avisinnlegg: "...forholdene m.h.t. legehjelp er så dårlig at vi må langt, langt tilbake i tiden.. Om et annet leqedistrikt sies det i lokalavisen: "De har nå blitt flere leger men ventetiden har blitt lengre". Misnøyen med legetjenesten synes å øke i takt med bedret legedekning!

Det er selvsagt mange forklaringer på at folk kan oppleve legetjenesten som stadig dårligere. Et regneksempel: 2 leger arbeider 60 timer i uken i sitt distrikt. En tredje legestilling bidrar bare til å normalisere arbeidstiden til 40 timer, og en bedret pasientservice er avhengig av at legene arbeider overtid.

Det er prinsipielt to årsaker til at det oppstår et misforhold mellom pasientenes forventninger og legenes yteevne/vilje. Det ene er at legenes yteevne svekkes, og det andre er at forventningene øker.

Begge deler har vært tilfelte. Økte forventninger skyldes delvis nye arbeidsoppgaver. Stikkordmessig kan nevnes: Innføring av helsestasjonstjeneste og bedriftshelsetjeneste, økende mengde helserådssaker, økende behov for samarbeidsmøter med andre helsepersonellgrupper (helsesøster,



"Du bist aber auch ungeschickt; man wählt doch nicht immer mit der gleichen Hand – und iß mal was zwischendurch!"

hjemmesykepleie, trygdekontor, sosialkontor m.v.), økende arbeid med utfylling av erklæringer (sykemelding, uføresaker, helseattester m.v.), stadig flere sykdommer krever regelmessige kontroller (hypertensjon, cancer, hyperlipidemi m.v.).

Befolkningens økende tro på at tidlig diagnose bedrer prognosene, bringer også flere til lege enn før. Økonomiske forhold hindrer ikke lenger folk fra å søke lege. Det er dessuten rimelig å tro at befolkningen i større grad enn før søker lege ved banale lidelser (såkalt senket iatropiterskel). Disse og mange andre forhold har således økt arbeidsmengden betydelig i løpet av vårt århundre.

Den andre årsaken til misforholdet er altså at legenes yteevne og ytevilje er redusert. Forklaringer på dette kan nevnes stikkordmessig: redusert arbeidstid ellers i arbeidslivet, økende krav om å delta i familielivet, legekonene går selv ut i arbeidslivet etc. Befolkningen opplever det vel også som redusert yteevne når legene i økende grad foretrekker å undersøke pasientene på kontoret i stedet for i hjemmet.

Distriktslegene har i de senere år vært relativt flinke til å drive PR om sine vanskelige arbeidsfor-

hold. Dette har nok bidratt til å holde befolkningens misnøye med legetjenesten i sjakk i distrikter med "dårlig" legedekning. Vår PR vil nok også etter hvert bidra til at vi får "god" legedekning i de fleste distrikter. Imidlertid vil det også i "godt" bemannede distrikter være betydelig misforhold mellom befolkningens ønsker og legenes evne til å imøtekommisse disse.

Harald Siems utredning "Offentlig tilrettelagt almenpraksis" diskuterer behovet for legeårsverk i en standard befolkning på 5000. Han finner et teoretisk behov for 7,25 årsverk. Deretter foretar han en reduksjon på grunn av "forenkling" i arbeidet. Jeg tror at en del av nøkkelen til de problem som er nevnt foran nettopp ligger i at slike reduksjoner gir et misforhold mellom forventninger og yteevne. Sannsynligvis er det av ressursmessige grunner riktig å foreta en reduksjon som nevnt, men vi må være klar over hva det medfører av konflikter og behov for prioritering av arbeidsoppgaver.

Det er unrealistisk å tro at distriktslegenes arbeidskapasitet kan økes særlig



DER KEM HAN LARS OG DOKTERIN OG SUKES SØSTRÅ

mye. Vi må derfor forsøke å begrense befolkningens forventninger hvis vi vil unngå konflikter. Dette kan skje på mange måter. Informasjon i videste forstand vil være avgjørende. I tillegg må vi forsøke å begrense legenes arbeidsmengde. Vi må vurdere nøyne hvilke oppgaver helsevesenet skal forsøke å løse, og hvilke vi vil la ligge. Vi må ikke pretendere å løse alle helseproblemer. En rekke aktuelle folkesykdommer (nervøse lidelser, rusmiddelmisbruk, arteriosclerose, cancer, ulykker m.v.) skyldes i betydelig grad politiske beslutninger og feilaktig levemåte. Vår oppgave må da være å påvise de feilaktige politiske beslutninger og hjelpe politikerne til å treffe bedre. Folk må dessuten hjelpes til et sunnere levesett.

I det kurative arbeidet må legene strengt vurdere hvilke arbeidsrutiner som

er hensiktsmessige og hvilke som ikke er det. Dette med tanke på å begrense omfanget av kurativ virksomhet. Det er rimelig å tro at befolkningen er tilvennet et visst forbruk av helsetjenester som ikke alltid gir så store gevinst. F.eks. er det vel ikke sikkert at det er nødvendig å kontrollere velregulerte hypertonikere hver tredje måned. Har det noen hensikt å fortsette kontroll av infarctpasienter uten hjertesvikt eller angina pectoris? Er årlig gynekologisk undersøkelse nødvendig hos kvinner som bruker p-piller? Eksemplene er legio. Forbruksmønsteret for lejetjenester er stort sett indusert av legene selv!

Videre kan man tenke seg å overføre en del av legenes arbeidsoppgaver til andre yrkesgrupper. Det vil imid-

lertid stride mot prinsippet om at almenpraksis skal være omfattende, og er neppe anbefalelsesverdig, i alle fall ikke i større målestokk.

Det er rimelig å tro at vi i årene fremover vil få tilført betydelige personellressurser til distrikts-helsetjenesten. Den omfattes for tiden med velvilje. Folk aksepterer at den ikke fungerer så godt fordi ressursene er for små. Imidlertid vil det fortsatt være et misforhold mellom forventninger og yteevne når vi får "god" ledededekning (f.eks. 1 primærlege pr. 1000 innbyggere).

Etter min oppfatning må vi allerede nå forberede problemløsninger for å unngå for mye frustrasjon hos pasienter, politikere og leger i fremtiden.

Mellom klarhet og påståelighet

Harald Siems «Masseeundersøkelser og helsekontroller»

Anmeldt av Steinar Westin



-DET NØTTE' ITT' Å TENKJ' SÅ STORT ATT 'EN ITT' KAN
FÅ DET FRAM (Omtale fra Spesial)

I serien av publikasjoner fra NAVF's Gruppe for helsetjenesteforskning har kollega Harald Siem nylig gitt ut en rapport om "Masseeundersøkelser og helsekontroller". Den bør vekke oppmerksomhet blant norske almenmedisinere. Først og fremst fordi den er spennende og utfordrende å lese. Men også fordi den helt sikkert vil bli lagt merke til av politikere og helsetjenesteadministratører, som på lengre sikt vil sette ytre rammer for vår faglige utfoldelse.

Boken innleder med å skisere to motsatte ideologiske grunnholdninger til screening-undersøkelser, den "altruistiske positive" og den "kritisk ressursorienterte". Formuleringen etterlatter liten tvil om hvor Siem selv plasserer seg, særlig når man vet at Siem under Solstrand-kurset i 1978 formulerte motsetningen noe skarpere: Det "altruistisk naive" utgangspunkt mot det "metodologisk ressursorienterte".

Siem fortsetter med å gi en enkel og klar innføring i epidemiologiske grunnbegreper og metoder. For den som er velkjent i epidemiologiens og statistikkens verden, vil denne del av boken kanskje virke overdrevent pedagogisk, ja, nesten som en kortfattet innledning til en lærebok. Personlig synes jeg nettopp denne metodepregete innføringen gjør boken ekstra spennende og lærerik. Vi får en fyldig illustrasjon av hvor vesentlig den "metodologisk ressursorienterte" tenkemåten er for å gripe helsepolitiske problemstillinger.

Siem benytter dette begrepsapparatet til å gjennomgå dagens praksis for helsekontroller og screening-undersøkelser. De enkelte sykdommer gjennomgås i tur og orden, og på en kortfattet måte illustreres sentrale poenger ved hver enkelt problemstilling. Han avslutter med en samlet oppsummering av hvordan et program for helsekontroller kan se ut fra "fødsel til

død". Vi merkes oss (med tilfredshet) at forfatteren har større tro på nyten av almenpraktikerens "case finding" (f.eks. å måle BT hos pasienter som kommer til lege av andre grunner), enn på screeningprogrammer med en egen selvstendig organisasjon innen helsevesenet.

Noen vil føle Siem's oppsummering som rene domfelrelser som avskriver en rekke tiltak som nytteløse eller ressursødende. Enkelte vil nok hevde at Siem's fremstilling er for enkel og kategorisk, og "gefundenes fressen" for den som ønsker å sette lokk på vår anvendelse av ressurser til forebyggende helsearbeid. Forfatteren påpeker selv at det statistiske og epidemiologiske grunnlagsmateriale som han anvender til sine sluttninger, ikke alltid er like godt dokumentert. Siem's form er dertil så klar og entydig at hans klarhet iblant kan grense til det påståelige.

For egen regning vil jeg

Forts. side 14

Handlingsprogram för Svensk förening för allmän medicin 1978–12-02

Bakgrund

Sjukvården har under några decennier genomgått en mycket snabb utveckling mot större komplexitet. Den har nu ett kunskaps- och erfarenhetsområde som det länge varit omöjligt för den enskilde läkaren att behärska. Specialiteter har efter hand utvecklats för att tillvarata och vidareutveckla kunskap och teknik inom mer begränsade områden. Denne process leder emellertid ofta till minskad överblick och innebär risk för isolering och sektorisering till skada för helhetsbedömningen och syntesen.

Samtidigt pågår en annan utveckling där samhället ställer ökande krav på insyn i sjukvården och dess tillämpning.

Denna utveckling och dess krav har format en ny generation allmänläkare som upplever sig dels som värnare av vissa delar av den gamla läkarrollen dels som pionär när det gäller att utveckla nya arbetsformer, till fromma för svensk sjukvård. Hos denna generation har skapats en stark känsla för allmänmedicinens stora betydelse.

Den särskilda utbildning för kompetens i allmänläkarvård (som vi föredrar att kalla allmänmedicin) som infördes 1969 har oavbrutet diskuterats med tonvikt på olika delar av utbildningen och med önskemål om en förlängning. Forsknings- och utvecklingsprogram, för att bygga upp ett underlag för sådan utbildning, har hittills varit otillräckliga, men det krävs också en avsevärd tid innan ett sådant arbete kan redovisa resultat.

Organisation

Allmänläkarna, som tillhör olika yrkesföreningar, främst Svenska distriktsläkarföreningen, Sveriges praktiserande läkares förening och Svenska företagsläkarföreningen, saknade länge ett gemensamt forum för diskussioner om

ämnets innehåll och vetenskapliga dokumentation och utveckling. Utbildningsfrågor, akademisk anknytning och principiella ståndpunkter i samarbete med socialvård och andra samhällsinstitutioner markerade ytterligare behov av ett sådant gemensamt organ. Svensk förening för allmän medicin bildades 1969 på initiativ av ett antal privatpraktiserande läkare. Föreningen godkändes samma år som sektion i Svenska Läkaresällskapet och 1975 som specialistförening i Sveriges läkarförbund.

Specialitet

Begreppet allmänmedicin som specialitet kan inte avgränsas som andra specialiteter till ett organ, en åldersgrupp eller en teknik. Liksom individens psykologiska och biologiska reaktionssätt har en oändlig variationsrikedom, kommer också kraven på tillämpning av kunskap och erfarenhet hos allmänmedicinaren att variera med individens behov och levnadssituation. Allmänmedicinen beskrives bäst som en organisations- och arbetsform som eftersträvar kontinuitet och närhet i patientrelationerna och vars kvalitet uttryckes i det inflytande den kan utöva på hälso-tillstånd och välbefinnande inom de områden som faller under dess ansvar.

Program

1.

Föreningen eftersträvar att inom allmänmedicinens stora fält, genom egna aktiviteter och i den medicinska debatten, hävda ämnets speciella utbildnings-, forsknings- och utvecklingsbehov. Föreningen vill samla medlemmarna i detta arbete, vilket för närvarande sker genom regionala symposier för diskussion av problemområden, organisationsutveckling, sjukdomspanorama och behandlingsmetoder i den allmänmedicinska delen av primärvården.

2.

Säväl vid dessa symposier som i deras förberedande arbeten, eftersträvar SFAM ett nära samarbete med lärare vid universiteten och andra institutioner.

3. SFAM stöder kraven på undervisning i allmänmedicin i grundutbildningen.

4. SFAM bör medverka till en kvalitativt god vidareutbildning i allmänmedicin. Detta gäller såväl den teoretiska undervisningen, som den praktiska tillämpningen vid s k undervisnings-vårdcentraler, vilkas tillkomst SFAM bör bidraga till.

5. Efterutbildning i organisatoriska former är ett nödvändigt komplement till den ursprungliga kompetensutbildningen. I avväntan på att sådan formaliseras komplettering kan ske bör SFAM utnyttja de olika möjligheter som erbjudes genom huvudmännen, provinsialläkarfonden och olika privata initiativ.

6. SFAM eftersträvar och stöder utvecklingen mot inrättandet av forskningsinstitutioner i allmänmedicin med akademisk anknytning. Dessa behövs i tillräcklig omfattning över landet för att garantera metodutveckling och forskningsinriktning på allmänmedicinens problem.

7. SFAM har engagerat sig i nordiskt och internationellt samarbete och dette bör fortsetta och utvidgas i den utsträckning föreningens ekonomiska och personella resurser medger.

8. Föreningens medlemmar är ofta verksamma i små enheter på skilda orter över landet. SFAM skall försöka ge ut en publikation, som kan förmedla föreningens informationer och bidraga till föreningens sammanhållning.

9. SFAM arbetar för en förstärkning av allmänmedicinens betydelse i sjukvården. PV-läkare väljer i ökande utsträckning allmänläkarbanan. Genom SFAM kan de under sin utbildning ges möjligheter att påverka dess framtida utformning.

10. SFAM eftersträvar att uppnå bästa möjliga kvalitet och professionella tillfredsställelse för dem, som i framtiden ägnar sig åt allmänmedicinen.

Planleggjøring av helsetenesta utanfor institusjon — er det eit samfunnsansvar?

Planleggjøring og styring er for å få pengar og personell på rett plass: der dei gjer mest nytte for seg. "Rett plass" er delvis eit trusspørsmål.

Skal dei frie kreftene styre, eller skal ein ha samfunnsstyring? Prismekanismane blei offisielt oppheva for helsetenester i Norge i 1956, då obligatorisk sjuketrygd blei innført.

Sidan 1956 har situasjonen vore unaturleg:

- ingen regulerande prismekanismar,
- men større tilgang på pengar enn på legar,
- stor tru på at helse kan vinne kjøpe for pengar,
- unødvendig å ta i bruk styringsmidler når det er "for lite" legar overalt i landet -

Denne anomale situasjonen oppfattar no ein heil generasjon norske legar som rikets naturlege tilstand. Den er altså ein unaturleg tilstand: ein tilstand uten prismekanismar og utan andre fordelingsmekanismar enn 20-30 nye distriktslekestillingar årleg. Samfunnet er bare forventa å skaffe pengar nok alt og alle.

Situasjonen no er: Større tilgang på legar enn på pengar, og pengetilgangen er i ferd med å stoppe opp. Det blir for mange legar til at alle kan ta ut pengar fritt frå systemet. Økonomien krev styring: og dette er ein naturleg konsekvens av innføring av den obligatoriske sjuketrygda (=sjukeforsikring) i 1956.

Styring er arbeid for å få pengar/personell/tjenester på rett plass i rette mengder i samfunnet. Planleggjøring er å tegne det kartet samfunnet skal styre etter. Dette gjeld politisk styring.

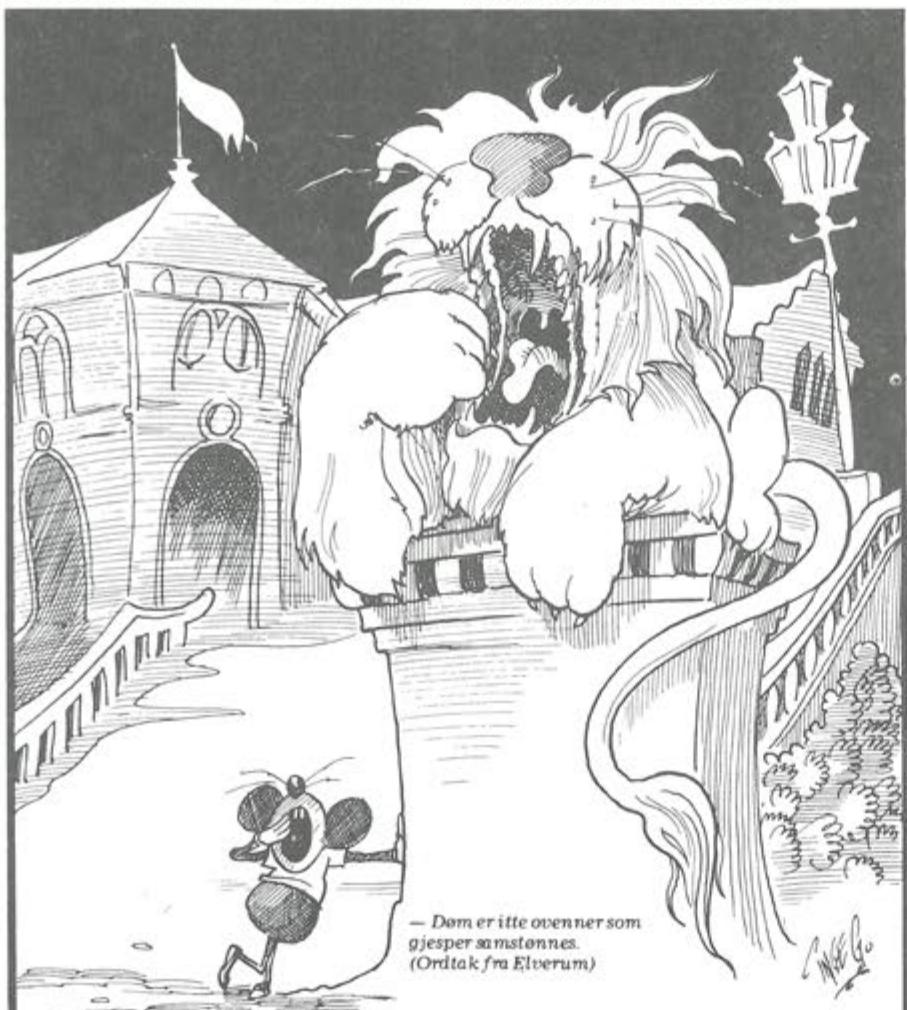
Det mange helsepersonellgrupper er redde for, er den faglege styringa: Skal samfunnet bestemme

v/distriktslege Torleiv Robberstad

over innhaldet i ein helsearbeidars daglege arbeid? All debatt om styring vil her mane fram mange stygge busemenn: om politisk styring av dagleg legearbeid, om Sovjet, - og evt. om Sibir. Grenseoppgangen mellom politisk styring og fagleg styring er vesentleg. Den faglege styringa blir innebygd i kvar helsearbeidar gjennom utdanninga

vedtak.

Det er ei viktig og nødvendig fagforeningsoppgåve å passe på grenseoppgangen mellom fagleg område og administrasjon, å passe på yrkesgruppas faglege integritet. Men fagforeninga skal også ivareta medlemenes økonomiske interesser, og vil derfor gjerne også ha makt innover i det administrative området, -



— Døm er ikke ovennær som gjesper samstønnes.
(Ordfak fra Elverum)

og det stadige samværet med kolleger. Politisk styring er ei ytre styring, - eg ser her bort frå enkelte idealistar. Den kan fordele personellet, men kan ikkje erstatte indre styring i arbeidet med den daglege enkelte pasienten.

Politiske vedtak blir gjort av dei representantane som pasientane sjølve har valt, og pasienter er me alle etter WHO:s definisjon av helse. Administrasjon er gjennomføring av politiske

som altså i vårt politiske system skal ha politisk styring.

I dette kollisjonsområdet er det samfunnsmedisinien har sin plass. Og her er det viktig å hugse på at det som er best for legen, ikkje alltid er best for pasientane.

Samfunnsmedisinien skal "kode om" yrkesgruppene ønsker og meir eller mindre uartikulerte faglege hyl til språk som normale

RIKSTRYGDEVERKET

NOU 1979: 10 - HELSEPOLITIKKEN

NOU 1979: 28 - HELSE- OG SOSIALTJENESTEN I LOKALSAMFUNNET
UTKAST TIL LOV OM DISTRIKTSHELSETJENESTE

Vi viser til departementets brev av 21. juni og 6. juli 1979
hvor det anmodes om at ovennevnte innstillinger og lov-
utkastet blir vurdert i sammenheng.

Konklusjon.

Idet en viser til det foran anførte vil Rikstrygdeverket kunne
slutte seg til at det gjennomføres rammefinansiering for
følgende deler av en kommunalt organisert distriktshelsetjeneste:
Helserådsarbeid, helsestørtjeneste, helsestasjonsvirksomhet,
hjemmesykepleievirksomhet, distriktsjordmortjeneste, skole-
helsetjeneste og eventuelt bedriftshelsetjeneste.

Rikstrygdeverket er enig i at det vil være fordelaktig å komme
fram til en rammetilskottssordning også for den kurative
almenlegjetjeneste og fysioterapitjeneste utenfor institusjon.
Det opplegg som er skissert av utvalget er imidlertid beheftet
med betydelige problemer som krever ytterligere utredning.

Foreløpig bør derfor finansieringen av disse tjenester holdes
utenfor rammetilskottssordningen. Dette gjelder også for
kiropraktortjeneste og logopedtjeneste.

Rikstrygdeverket finner det imidlertid viktig at planleggings-
ansvaret for tjenesten blir fastlagt og at de kommunale planer
ses i sammenheng med og innpasses i Fylkenes planer for
institusjonshelsetjenesten.

Den skjeve geografiske fordeling av almenlegjetjenesten og
fysioterapitjenesten bør snarest søkes utjevnet ved forskjellige
tiltak. Som virkemiddel kan muligens brukes regulerings-
bestemmelser av samme art som allerede vedtatt for leger,
jfr. Midlertidig lov av 23. mars 1979 om adgang til regulering
av legetjenesten. Det bør suppleres med ytterligere stimu-
leringstiltak av samme art som de allerede iverksatte prøve-
opplegg/forsøksordninger for fastlåmde leger i distrikter
hvor tilbuddet av legetjenester/fysioterapitjenester er svakt.
Dette forutsetter full etableringskontroll og sentral normering
av behovsdekning.

Det bør i den forbindelse nærmere utredes hvilke problemer
som er forbundet med innen et og samme område å etablere
et differensiert system også for fysioterapitjenesten (og logoped-
og kiropraktortjenesten), dels en fastlånnssordning, dels en
avlønning etter et takstsysten. I begge ordninger forutsettes
trygdeadministrasjonen å ha ansvaret for fortolkningen av og
kontrollen med stønadreglene. Det må spesielt utredes hvordan
en fastlånnssordning for fysioterapeuter vil kunne tilpasses
stønadsvilkårene for fysisk behandling.

Gjeldende takstsysten må underkastets en kritisk vurdering med
sikt på å avhjelpe eventuelle mangler eller svakheter. Det
bør herunder vurderes om det er mulig og hensiktsmessig å
gjennomføre en ordning med to takstsett, ett for helsepersonell
som har utgifter til kontorhold m.v. og ett for personell som
ikke har slike utgifter.

Den uheldige utvikling med forholdsvis mindre vekst i primær-
helsetjenesten i forhold til veksten i institusjonshelsetjenesten
må kunne motvirkes gjennom bevilgningene henholdsvis til ramme-
tilskott til helseinstitusjonene og til finansiering av primær-
helsetjenesten gjennom taktfastsettelse og stimulerings tiltak
for fastlånnssøringer.

3. Forskjellige spørsmål.

3.1 Distriktslegetjenesten.

Rikstrygdeverket vil gi sin tilslutning til at ordningen med
statlige distriktsleger opprettholdes og den begrunnelse som er
gitt for dette av mindretallet Gudim, Heltne og Willumsen.

3.2 Statlig tilskottssordning.

Rikstrygdeverket er enig i at det bl.a. av styringsmessige
grunner bør være statlig overføring av midler til helse-
og sosialtjenesten. Etter Rikstrygdeverkets oppfatning bør det i
første omgang fastsettes separate tilskott for husholdsvise helse-
tjenesten og sosialtjenesten.

3.3 Administrative konsekvenser for trygdestaten.

Det har ikke vært mulig for Rikstrygdeverket å foreta en
nærmere vurdering av de administrative konsekvenser for trygde-
staten av forslagene fra Nyhus-utvalgets flertall og mindretall.
Dette tar en forstebold om å komme tilbake til når det er nærmere
avklart hvilken ordning som skal gjennomføres. Som foran
nevnt antar en det vil være spesielle problemer forbundet med
en ordning hvoretter det er opp til den enkelte kommune å avgjøre i
hvilk utstrekning den vil utbytte sin administrasjon til å påta
seg de oppgaver som i dag henhører under trygdeadministrasjonen
og i hvilken utstrekning det i praksis vil bli gjennomført
overgang til fastlånnssøringer.

Forts. side 14

Forts. fra side 13

3.4 Statistikk.

Dersom utgiftene eller deler av disse til helse- og sosialtjenesten skal belastes folketrygden må det statistiske grunnlag for budsjettberegningen ivaretas. Rikstrygdeverket får i dag inn opplysninger om de forskjellige stønadssorter fra trygdekontorene. Selv om disse stønadene "gjennes bort" i et rammetilskott vil vi anta at disse og andre opplysninger fortsatt er av interesse. Kommunene bør da pålegges å føre en egen statistikk for at man senere kan vurdere virkningene av en endret finansieringsordning. Det bør vurderes hvem som skal samle inn og bearbeide dette materiale.

4. Utkast til lov.

Rikstrygdeverket har ikke foretatt en nøyde vurdering av forslag til lov om distrikthelsetjeneste og endringer i folketrygdloven, men har følgende kommentarer til enkelte bestemmelser:

4.1 Lov_om_distrikthelsetjeneste.

§ 4-1. Det bør tilføyes at kommunen yter godt gjørelse til privatpraktiserende lege og fysioterapeut etter regler og takster fastsatt av Kongen (eventuelt i nedhold av folketrygdloven).

§ 4-3. Det er etter vår oppfatning helt uklart hvilke utgifter til helserådets administrasjon og virksomhet som dekkes etter § 4-1 og hvilke som skal være unntatt fra folketrygdefrusjon.

§ 4-4. Etter Rikstrygdeverkets oppfatning må det gis regler ikke bare om betaling av egenandel, men også om stønadsvilkår for ytelse som inngår i den kommunale distrikthelsetjeneste. Det antas også nødvendig med regler om klage.

4.2 Lov_om_folketrygd.

En antar at det må foretas en endring i lovens § 1-1 og § 2-1 for at det etter folketrygdloven kan godtgjøres utgifter til forebyggende helsearbeid, herunder spesielt helserådsarbeid.

Først vil Rikstrygdeverket forbeholde seg å komme tilbake til hvilke endringer som det vil bli nødvendig å foreta i lovens kapittel 2 når det er avklart hvilken ordning som skal gjennomføres.

H. Kjell Knudsen
H. Kjell Knudsen

Sigvat Medgard
Sigvat Medgard

Forts. fra side 10

hevdet at den klare og kort fattede fremstillingsmåten nettopp er en av rapportens sterke sider. Mye medisinsk faglitteratur er ellers preget av så mye om og men og langtekkelige helgartering-er at konklusjonene lett drukner i all omstendig-heten.

Siem's rapport vil forhåpentligvis bli oppfattet som en konkret utfordring til alle fagdisipliner som måtte føle seg tråkket på tærne. Dette er et godt utgangspunkt for den som ønske å utarbeide grundigere bakgrunnsmateriale for eventuelt å trekke andre sluttninger enn det Siem gjør.

Harald Siem:

«Masseundersøkelser og helsekontroller»

Kan bestilles fra NAVF's Gruppe for helsetjenesteforskning, Fr. Stangs gt. 11-13, Oslo 2, tlf. (02) 551790. Pris: kr. 25,-.

Forts. fra side 12

menneske (deriblant politikarar) forstår, og den skal "kode om" eit politisk vedtatt regelsett av lover og forskrifter slik at helsearbeidarane kan forstå sine plassar i systemet, og helst også godta desse.

Fagforeningsinteresse er sektorinteresse, og det skal det vere. Politiske preferansar skal byggje på ei totalvurdering, ein syntese som også samfunnsmedisinen skal hjelpe til med å forme og bygge opp. Derfor må samfunnsmedisin stundom kolidere med fagforeningsinteresser. Eller heilt konkret: Ein offentleg lege må stundom kome i konflikt med si fagforenings interesser, elles gjer han ikkje jobben sin skikkelig.

Dette er ein vanskeleg situasjon: Alle har bruk for å kjenne samhørighet til ei gruppe, dette er ei svært sterkt basaldrift og den viktigaste enkeltmotivasjonsfaktor for å gjøre godt arbeid. Legestanden er tradisjonelt

UTPOSTENS KONGRESSERVICE:

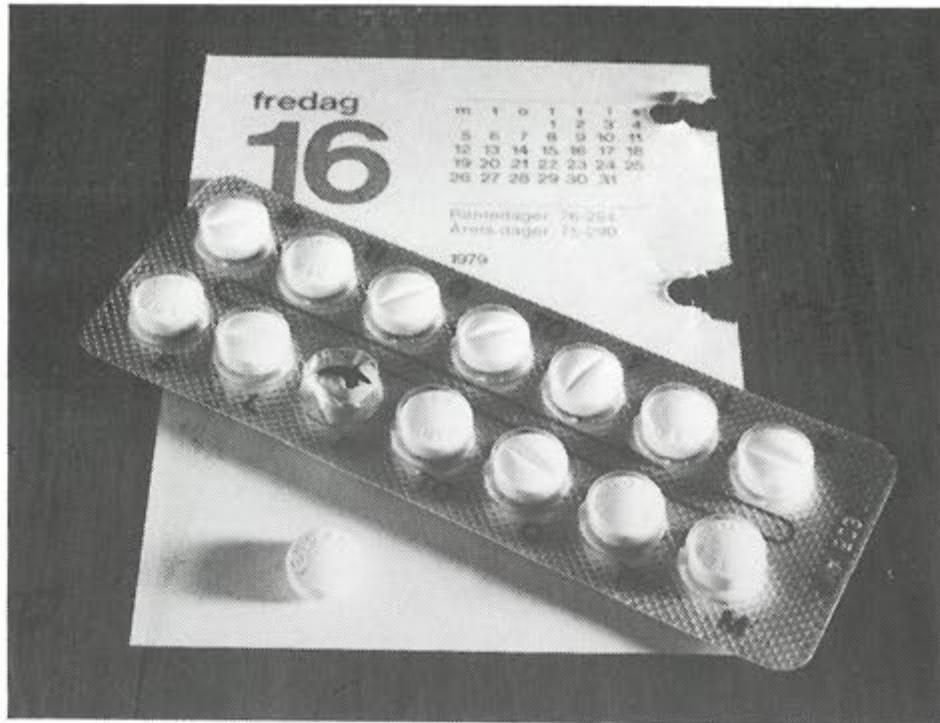
2. Nordiske kongress i Almen medisin

Denne er allerede berammet og vil finne sted i Bergen i tiden 16-19 juni 1981. Med bakgrunn i den vellykkete kongress i København tidligere i år ligger det her en klar utfordring til det norske almenmedisinske miljø i gjennomføringen av et slikt storarrangement.

Det ligger heri også en sterkt utfordring til almenpraktikere over det ganske land til allerede nå å begynne planlegging og gjennomføring av større og mindre undersøkelser som det vil bli naturlig å presentere på den første nordiske almenpraktiker-kongress på norsk jord. Vi ønsker almenmedisinere lykke til i dette arbeidet og arrangørene lykke til med selve arrangementet.

ei gruppe med uvanleg sterke sambindingar, - George Bernhard Shaw kalla legestanden for ein sammansvergelse. Ein offentleg lege må i blant greie å vere lojal mot sin befolkning. Men då må han ha ei alternativ gruppe å støtte seg til: Organisatorisk og spesielt fagleg.

Tenormin kalenderpakning for optimal sikkerhet mot medisinforsømmelse.



Den tablet som ikke tas har ingen virkning.

Tenormin

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Ukomplisert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III

Relative: Hjertesvikt, bradikardi, arteriosclerosis obliterans, insulinrettende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktigheitsregler). Pasienter med latenter og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

BIVIRKNINGER:

Maskering av kardsale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og fotter. Gastrointestinalt ubehag, sovnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunktjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialet).

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 beta₂-speifikk bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøyde. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretslopsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebefatter alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablockere virker uten å oppheve digitalis' positiv inotrope effekt på hjertemuskelen. Betablockerer og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradikardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledding øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommen utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkere – særlig eldre – bur derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under et- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renal, bør Tenormin ikke brukes ved nedsatte nyrefunksjoner for anaveldes hos denne

kategori pasienter er nærmere utredet. Hvis en betablokker er indirekt hos en pasient med sterkt nedsett 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 for kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

INTERAKSJONER:

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



 ICI-Pharma
Stortingsgt. 14 Oslo 1 Tel. (02) 426940

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadress:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

Nyhet!

Surmontil® 50 mg



pakningsstørrelse à 30 tabletter godkjent til bruk i ALMENPRAKSIS.

telex
surmontil tabletter - pakningsstørrelse 30 tabletter
til bruk i almenpraksis
telex
vi kan herved meddele at spesialitetens nemnda har godkjent
å oppheve den begrensede registreringen for surmontil
50 mg i pakninger a 30 tabletter til bruk i almenpraksis
videre gjør vi oppmerksom på at surmontil er det eneste
antidepressivum som etter velkontrollerte kliniske arbeider
er godkjent ved ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at
depresjon er en etiologisk faktor
telex
telex
telex
telex
telex
telex
telex
telex

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

