

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 1

JANUAR/FEBRUAR 1980

ÅRGANG 9



VIL 80-ÅRENE SATSE MERE PÅ FOREBYGGENDE ARBEID?

Av innholdet:

AAGE BJERTNÆS: 80-årene	side 2
HARALD SIEM: Referat Nordisk konferanse i samfunnsmedisin	side 3
ANDERS SMITH: Innlegg på Nordisk konferanse i samfunnsmedisin	side 5
HERLOF HARSTAD: Enkelte ledd i helsetjenesten — sett fra en distriktsleges side	side 7
PER WIUM: Metodeproblemer ved arbeidstids-undersøkelser	side 10
GUTTORM EILERTSEN: XI Nordiska skolhelsevårdkongress	side 12
HARALD SIEM: Referat Simgkongres 1979	side 13

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Toril Jakobsen

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

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse

Abonnement:
Kr. 75,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

80-årene

Av Aage Bjertnæs

De har startet; selv om stormaktspolitikken iskalde gufs gir uhyggelige asosiasjoner. 80 årene er ved sin begynnelse, en epoke hvor mange milepeler i den primære helsetjeneste skal nåes.

En bedre helsetjeneste "tilgjengelig og lik for alle" en vanskelig vei ligger foran oss. Politikens stadige pessimistiske klisjeer de siste årene har slått inn i oss og lager økonomiske hinder som må forseres. At helsekaken har nådd sin endelige maksimalstørrelse er i ferd med å bli en etablert sannhet også blant de som planlegger fremtidens helsetjeneste i dette land. Omprioritering av allerede eksisterende midler og landets fremtidige økonomiske vekst kan gi oss brukbare løsninger. La politikerne selv dempe ned de urealistiske forventninger til helse og sosiale tjenester som våre pasienter har blitt foret med siden etterkrigstiden. Først etter at dette er gjort kan vi samvittighetsfullt ta fatt på en av våre største oppgaver, å tilbakeføre menneskets ansvar for egen kropp, helse og alderdom: Egenomsorg.

Loven om den primære helsetjeneste gir oss visse forhåpninger om en lykkelig løsning på et mangeårig problem. Men når skal våre folkevalgte forstå at svak vekst i rammetilskuddene til primærhelsetjenesten vil føre til at institusjonene fortsatt må ta seg av mye innen vårt naturlige arbeidsfelt.

Fast lønn eller stykkpris gjør ikke fremtidens primærleger bedre skikket til å ta vare på pasientmassen i dette land.

Et lukket listesystem som det engelse eller danske ville kunne skape et oversiktlig fruktbart system for pasienter og leger. Ikke minst bør legemiddelmisbrukdebatten som vi opplevde høsten -79 sette fart i at et slikt system forsøkes i praksis også i dette land. 3/4 av våre pasienter bor i større byer og tettsteder, resten blir behandlet av distriktsleger som allerede i distriktenes begrensning fungerer som listeleger.

Personelltilgangen synes å være sikret. Full legedekning i midten av 80 -årene er ikke lenger urealistiske mål, men mere en trussel for mange kolleger som er havnet i spesialiteter med overproduksjon.

Langsiktige behovsprognoser innen de forskjellige spesialiteter bør utvikles. Et ansvar den norske Lægeforening bør ta som en utfordring snarest, før foreningens omskoleringssekretariat er en realitet.

Arbeidet for almenmedisin som full spesialitet bør fortsette blant almenpraktikere. Vår moderforening den norske Lægeforening bør medvirke positivt til at dette skjer snart. En slik utvikling vil være den beste rekruttering til faget. 200 leger årlig skal rekrutteres. Her bør også de medisinske fakulteter snart våkne. Radikal nytenkning må komme inn og gi spillerom for utdannelsemodeller som kan produsere legeemner som er bedre rustet til å løse de problemer våre pasienter blir påført i samfunnet. Det tradisjonelle medisinstudium bør ikke lenger konserveres og balsameres ved våre læresteder.

Forts. side 14



Referat fra Nordisk konferanse i Samfunnsmedisin i Kristiansand 2.—5. AUGUST 1979 (Det attende Nordiske Embedslegemøte)

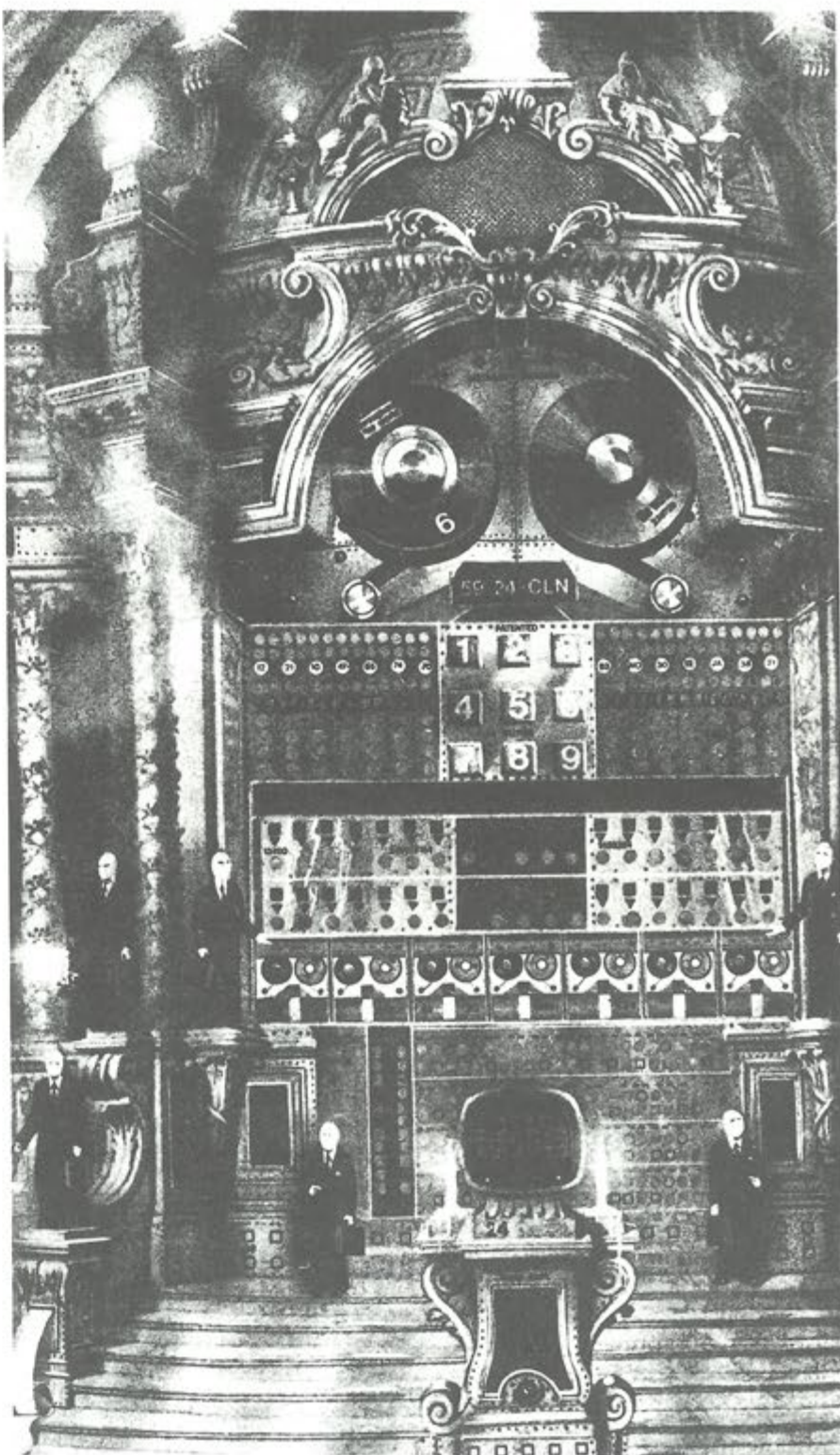
Etter 3 ukers sammenhengende gråvær i Kristiansand delte skyene seg og lot solen skinne på representanter fra alle de nordiske land som var samlet til konferanse i Kristiansand.

Solstrålene, sammen med vennlige mennesker i vertsskapsbyen og tradisjonen fra tidligere embedslegemøter, sikret en varm og festlig atmosfære gjennom hele konferansen.

Denne gang var nok det faglige program noe mere krevende enn tidligere. Etter at konferansen var åpnet ved OLL's formann, distriktslege Tharald Hetland, og den samfunnsmedisinske konferanses betydning var kommentert av overlege Hans Aanstad fra Helsedirektoratet, ble spørsmål om planlegging av helsetjenesten utenfor sykehus diskutert. Er dette samfunnets ansvar, eller kan det overlates til legene, som selv vil innrette seg til beste for pasientene? Diss spørsmål er aktuelle ikke bare i Norge, men også i Danmark og i Sverige. De islandske leger sliter også med å få spredt legene til grisgrendte strøk. En del av denne diskusjonen ble fanget opp av Nordisk Medicin, som arrangerte en rundebordskonferanse om spørsmålet.

Den danske krædslæge Ole Berg hadde forberedt et program om bolig- og bomiljø. Hans foredrag vil bli bearbejdet med tanke på publisering i Utposten. I tillegg til de generelle vurderinger av boliger som han mente bør utformes i overensstemmelse med de menneskelige behov,

og ikke omvendt sterkt begrense mulighetene for å få tilfredsstilt de menneskelige behov. Etter lysbilder fra København som illustrerte forholdene der, ble det arrangert en byreise i Kristiansand sammen med stadslege Valdemar Birkeland, for å få et inntrykk av vellykket og mislykket bomiljø.



Det ble arrangert frie foredrag, hvor spredte emner ble tatt opp i korte presentasjoner. Direktør Ole Horwitz fra Dansk institutt for klinisk epidemiologi

sto som arrangør av en hel økt som diskuterte selvmordets epidemiologi. Med hjelp av J. B. Dalgard, E. Linge fra Danmark og A.M. Bolander fra Sverige, ble problemer med registrering

av selvmord i forskjellige land, fordeling av selvmord i forskjellige sosiale grupper, forskjeller i de nordiske hovedsteder og forekomst i forhold til bl.a. sivilstatus fremlagt. Presentasjonen åpnet for diskusjon omkring selvmordet og dets problemer, men også for epidemiologisk forskning som metode.

Et av tyngdepunktene i det faglige program var programposten familielege- lege-familie. Flere av legenes ektefeller, med Elisabeth Harstad som ansvarlig, hadde gått sammen om å belyse de problemer som oppstår ved legens dobbelte lojalitet. Familiens behov blir ofte utkonkurrert av hensyn til pasienter, legene er ofte flinkere med barn på kontoret enn med sine egne barn.

Spesiallege Eivind Haga, psykiater, har engasjert seg en del i problematikken omkring legefamilier, og han ga en innledning til denne programposten. Han spurte om ikke leger har felles karaktertrekk, som ofte er komplimentære, eller i kontrast til legefruers felles karaktertrekk. Han betegnet denne programposten som profylaktisk medisin i praksis.

Hvorvidt erkjennelse av et problem nødvendigvis fører til at problemet blir redusert, kan diskuteres. Men problemet ble i alle fall erkjent av de leger som var til stede. Ektefellene hadde laget et skuespill, hvor de ved hjelp av en instruktør fra Rogaland teater hadde innøvet et stykke som var selvkomponert, og klart viste hvordan legefamiliens behov blir utkonkurrert på mange felter av pasientenes behov. Det er ikke bare spørsmål om lang arbeidstid og neslitt far, det er også andre faktorer som motarbeider legefamilien, selv om de ikke alltid er så sterke at Stine Wium's sitat fra Distriktslege-77 slår til: "Enten er man distriktslege eller så er man død".

Konferansen ble avsluttet med en felles nordisk diskusjon om begrepet samfunnsmedisin. Det var stor enighet om behovet for utdan-



neise og telles nordisk definisjon for det fagfelt som skal gjøre legene egnet til å utføre helsearbeidet i samfunnet - grupperettet helsearbeide i motsetning til det individrettede lege/pasient-forhold. Spørsmålet er om dette arbeid skal utføres av personer med medisinsk bakgrunn, eller om det skal overlates til andre yrkesgrupper helt og holdent.

I Danmark arbeider man i Sundhedsstyrelsen med utformingen av reglene for en spesialitet i samfunnsmedisin. Dansk Selskab for Samfunnsmedicin har nylig inkludert Dansk Selskab for Socialmedicin, som er et faglig selskap som også opptar medlemmer uten medisinsk bakgrunn. I Sverige er länsläkarne opptatt av sin fremtidige tilknytning til samfunnsmedisinen. Forståelsen for samfunnsmedisin synes ikke å være stor i sentraladministrasjonen: "I et land som har total styring med helsetjenesten trenger man ingen samfunnsmedisiner".

Finland har fastlagt spesialitet i administrativ medisin. Island øker samfunnsmedisinske fag i grunnutdannelsen.

I Norge arbeider en komité nedsatt av OLL, med Anton Skogland som formann, med problemer omkring samfunnsmedisin. Særlig sosialmedisinere har følt seg provosert av at spørsmålet i det hele tatt har vært tatt opp.

Konferansen hadde denne gang fått et noe annet preg enn tidligere, idet en ikke lenger kan basere seg på deltagelse fra "embedsleger" i ordets forstand. Slike finnes knapt i Norden, kun i Danmark er det embedsleger i ordets tidligere forstand. Grunnlaget for møtet er imidlertid fortsatt til stede, men det blir først bestemt i 1980 hvor neste møte skal finne sted.

Harald Siem.



ANDERS SMITH:

Innlegg på Nordisk Konferande for Samfunnsmedisin (XVIII. nordiske embedslegemøte), fredag 3. august 1979

Det offentliges tiltak og omsorg for barn er preget av at mange forskjellige etater og departementer har ansvaret for hver sine deler. Dette gjelder også ansvaret for barns helse og da særlig de forebyggende tiltak. Og slik må det være: Forebyggelse av sykdom og skade hos barn vil ikke nødvendigvis og først og fremst være av rent medisinsk natur. Det dreier seg vel så mye om trygge lekeplasser, gode boliger og de rette pedagogiske tiltak.

Dette tverrfaglige ansvaret for barns helse medfører én risiko: nemlig at barnet faller mellom alle stoler, så og si. Det gjør kanskje ikke så mye om det hersker usikkerhet om dette på toppplanet, dvs. mellom departementer eller mellom forskjellige kontorer i et og samme departement. Men når vi nærmer oss barnet selv og dets nærmiljø, er det viktig at ansvarsforholdene er klare. Og slik klarhet kan etter min mening bare sikres ved at man har et sted på distrikts- eller bydelsnivå hvor de ulike etater kan møtes og drøfte aktuelle spørsmål. Det vil nødvendigvis være slik at de forskjellige kategorier personell fra skole-, sosial- og helsesektoren møter barn under forskjellige omstendigheter. Ved disse kontaktene vil det kunne avdekkes barn med funksjonshemninger eller barn som har behov for spesielle tiltak ellers, det være seg av sosial, pedagogisk eller medisinsk art. Noen tilstander vil være lette å fatte, andre vanskeligere.

Det må anses som særdeles uheldig at flere instanser gir foreldre råd uavhengig av hverandre. En samordning av de ulike instansers tiltak synes naturlig og påkrevet. Vi har vel alle opplevet barn som dels har blitt kasteball mellom flere instanser, dels ikke har fått tidlig nok diagnose og behandling.



Når hjelpetiltak blir satt iverk, må de følges opp. Og det må være klart hvem det er som har dette oppfølgingsansvaret.

Stikkordet og svaret på det som jeg her har fremkastet, er helsestasjonen. For det første har vår lovgivning gjennom Helsestasjonsloven av 1972 gitt helsestasjonene en sentral rolle blant helsetiltakene for barn. For det annet, og det er kanskje enda viktigere, så har også helsestasjonen en sentral plass i publikums bevissthet. Det kan vi skjønne ut fra den oppslutning som helsestasjonsarbeidet har.

Helsestasjonene har i virkeligheten en dobbeltrolle, og det er det viktig å være klar over. For det første er helsestasjonen en faglig medisinsk instans i primærhelsetjenesten. Helseøster og legen arbeider her som fagpersonell. For det annet er helsestasjonene en administrativ, koordi-

nerende instans som skal koordinere tiltak som kanskje ikke først og fremst er av medisinsk art. På denne måten får helsestasjonen oppgaven å være forum for de forskjellige faginstanser som har med distriktets eller bydels barn å gjøre.

Mye av helsestasjonenes virksomhet består i å beslutte at tiltak skal settes i verk, at tiltak blir koordinert og tiltakene blir fulgt opp. Det dreier seg om alle typer tiltak: et typisk tiltak av medisinsk art er selvsagt vaksinasjoner. Andre tiltak er henvisning til spesialist, spesialpedagog eller psykolog. Men for å kunne foreta en slik beslutning, må helsestasjonen ha et beslutningsgrunnlag, rimeligvis. Dvs. at helsestasjonen må vite hvem man skal sette igang tiltak overfor, når det skal gjøres og når oppfølging skal skje. Fremskaffelsen av et beslutningsgrunnlag skjer ved hjelp av informasjon, et

såkalt informasjonssystem. Vi har etterhvert begynt å få noen medisinske informasjonssystemer i Norge. Felles for nesten alle nyere medisinske informasjonssystemer, er at de benytter seg av EDB. Og dette reiser alvorlige spørsmål vis åvis personvernet. Jeg skal komme litt tilbake til det etterpå.

I helsestasjonsarbeidet har vi de siste 3 - 4 årene hatt under utprøving et slikt informasjonssystem når det gjelder vaksinasjoner. Systemet kalles SYSVAK - System for Vaksinasjonskontroll - og har vært utprøvet i 2 forskjellige versjoner, én i Østfold og Hordaland og én i Hedmark fylke. Etter evaluering av de to versjonene høsten 1977 besluttet man å gå videre med Hedmark-versjonen under fylkeslege Gustav Vigs ledelse. Det er også naturlig at Statens Institutt for Folkehelse som har nasjonale oppgaver når det gjelder produksjon og distribusjon av vaksiner, har vært sterkt inne i bildet når det gjelder utviklingsarbeidet for dette systemet.

SYSVAK er i disse dager blitt ferdigstillet med tanke på bruk også i andre deler av landet, eventuelt i hele landet. SYSVAK går i all korthet ut på at helsesøstre og andre som administrerer vaksiner, skal gi melding om dette på egne meldingsblanketter som sendes til en regional data-sentral (såkalt kommunedata-sentral). Denne datasentralen bringer opplysninger om avtalte, satte og kontraindiserte vaksiner sammen med folkeregisteropplysninger slik at man kan få eksakt statistikk over vaksinasjonsdekningen i de forskjellige årskull, i deler av landet, blant gutter og jenter o.s.v. Dette er selvsagt summarisk statistikk som gjør det umulig å spore tilbake til enkeltindivider. Slik statistikk ønskes av den enkelte helsestasjon, av den offentlige lege, av fylkeslegen og av Helsedirektoratet. I tillegg gir SYSVAK opplysninger om enkeltindivider som ikke har møtt eller som ikke følger opp vaksinasjonsprogrammet. Men denne informasjonen går bare til den helsestasjonen som har ansvaret for barnet, og

til ingen andre. På denne måten er helsesøster sikret hjelp i oppfølgingen av det enkelte barns vaksinasjonsprogram.

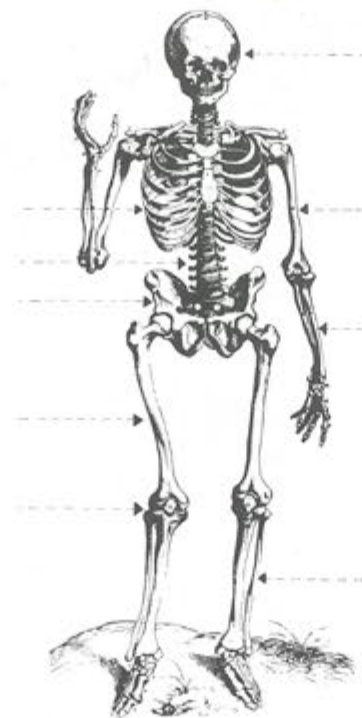
Det er flere av oss som har sett det potensiale som SYSVAK har når det gjelder å følge opp andre barn også. Jeg tenker særlig på funksjonshemmede barn eller barn med en observasjonsdiagnose. Mye taler for at oppfølging av barn med en slik diagnose bør skje i samme system som vaksinasjonskontrollen, og en mulig fremtidig utvidelse av SYSVAK er gitt betegnelsen SYSBARN: System for barnehelsekontroll.

Hvorfor så et mere omfattende SYSBARN framfor et rent vaksinasjonskontrollsystem, SYSVAK?

For det første er det helt klart et behov tilstede for spesielt å sikre oppfølgingen av funksjonshemmede og barn med en observasjonstilstand. Slike barn har etter manges erfaring en lei tendens til ellers "å bli borte", unndra seg hjelpeapparatets oppmerksomhet. Sannsynligvis er det slik som overlege Jens Steen i Oslo Helseråd sier det: "De som ikke kommer på helsestasjonen, er de som har størst behov for hjelp og oppfølging av tiltak".

For det annet: Hvis funksjonshemmede følges opp i et separat system, vil forekomst av opplysninger om et barn i et slikt register være mye mer stigmatiserende enn om barnet er sammen med alle andre barn i et SYSBARN. Vi kan nesten si det slik: Vekk med særomsorgene og vekk med særinformasjonssystemene i helsevesenet. La oss få ett registrerings- og oppfølgingssystem for barnehelse i Norge og la det omfatte alle barn og forskjellige aspekter ved deres helse. Dette systemet vil sette helsesøstre istand til å koordinere og følge opp tiltak for barn i sitt distrikt. Samtidig vil andre nivåer i helsevesenet motta summariske data fra systemet hvilket vil være en god hjelp i planleggingsprosessen.

Som jeg håper jeg har gjort



mer om barne-ulykkes epidemiologi.

Dessverre må et slikt system det være seg et SYSVAK eller et SYSBARN, basere seg på EDB. EDB er for mange det store spøkelse og tildels belagt med tabu. Etter min mening er EDB bare et verktøy, et nyttig verktøy som det er klare indikasjoner for å bruke. En del av disse indikasjonene har jeg nevnt. Kontraindikasjonen mot EDB er hensynet til personvernet. Men personvernet kan sikres hvis vi vil og dersom vi som leger interesserer oss for det. Vi bør betrakte oss selv som garantister mot EDB-innhugg mot personvernet. Hvis vi ikke interesserer oss nok for dette og aksepterer at EDB er kommet for å bli, er jeg redd for at datateknologer fullstendig vil overta utviklingen av de medisinske informasjonssystemene. Jeg kan, i all beskjedenhet sagt, ikke se noen andre som bedre enn oss selv kan formulere aktuelle problemstillinger overfor et datasystem og ikke minst vite hva vi ikke bør spørre om.

klart, er det tungtveiende grunner for å etablere et system for barnehelsekontroll i Norge med særlig vekt på vaksinasjoner, funksjonshemninger og kanskje ulykkesregistrering. Dette siste med ulykkesregistrering anser jeg personlig som meget viktig fordi vi trenger å lære

Enkelte ledd i helsetjenesten — sett fra en distriktsleges side

Herlof Harstad

Det har ofte slått meg som distriktslege og allmennpraktiker at vårt system av helsetjenester er unødige rigid oppbygget. Vi bygger ut helsetjenesten i institusjon og utenfor institusjon, men glemmer i for stor grad forholdet mellom disse to gigantene som samlet spiser over 17 milliarder kr. årlig, og appetitten ser ut til å være økende.

De enkelte ledd i helsetjenesten er godt fremstilt av Jan-Ivar Kvamme i rapport nr. 3 fra NAVF's gruppe for helsetjenesteforskning, og er der kalt den differensierte omsorgsaksen. Den inkluderer pasienten i sitt hjem, generalisten, sykestuen, sykehjemmet, dagsykehjemmet, hjemmesykepleien, den ambulerende sykehuslege, poliklinikken og sykehuset. Jeg vil i mitt innlegg komme inn på endel forhold som jeg mener fremmer eller vanskeliggjør bruken av de enkelte ledd i denne differensierte omsorgsaksen.

PASIENTEN.

Pasientens tendens til å oppsøke lege og helsetjeneste er ikke bare bestemt ut fra hans symptomer, men er i høy grad avhengig av en rekke andre faktorer som blant annet helseopplysning og informasjon. Helseopplysning vil fremme en riktigere bruk av helsetjenesten og bedre samarbeidet med pasienten og øke evnen til egenomsorg i hjemmet.

GENERALISTEN - PRIMERLEGEN.

Primærlegen blir kontaktet når egenomsorgen ikke er tilstrekkelig. Den store vekt som i dag planlegges lagt på primærhelsetjenesten, nødvendiggjør en faglig opprustning og utvikling av allmennpraksis til en egen spesialitet. Dette vil også øke rekrutteringen til yrket, som vi ser i Sverige og England hvor dette allerede er gjennomført.



Dersom allmennpraksis kunne telle som sideutdannelse ved flere medisinske spesialiteter, ville vi få en hyppigere utveksling mellom allmennpraktiker og sykehusleger, og dette vil bedre samarbeidet mellom disse grupper av leger. Likeledes må allmennpraksis telle ved søknad om sykehusstillinger, og faget må få større plass i det medisinske studium som f. eks. ved Universitetet i Tromsø hvor de medisinske studenter er utplassert 2 måneder hos distriktslege. Jeg har selv hatt gleden av å ha to studenter ved et helsesenter i Porsanger i Finnmark, og jeg mener bestemt at de fikk øket interesse for allmennpraksis, og de var en inspirasjonskilde for distriktslegene.

Dersom allmennpraktikeren gjennom øket kompetanse kan ta på seg flere oppgaver og derved redusere behovet for liggedager i sykehus, kan vi oppnå innsparinger. En vanlig praktiserende lege antas å bruke sykehussenger for ca. 2,5 millioner kr. årlig (3,5% av konsultasjonene fører til innleggelse i sykehus. Da anslagsvis 175 innleggelser/år i en moderat praksis. Liggetid gjennomsnittlig 15 dgr. åkr. 1.000,-).

10-15% mindre bruk av sykehussenger vil straks gi en innsparing på ca. 300.000,- kr./lege/år. En slik reduksjon i bruk av sykehussenger er realistisk i følge erfaringer fra det såkalte Gjøvik - Fagernes prosjektet ledet av Dag Brusgaard.

AMBULERENDE SYKEHUSLEGER OG POLIKLINIKKER.

Denne annenlinjetjenesten er dessverre for lite utbygget på bekostning av unødige store sengeavdelinger. Sykehusenes administrasjon og finansieringssystemer gjør det i dag vanskelig å utbygge denne tjenesten i tilstrekkelig grad. Det er jo faktisk "billigere" for sykehuset å ha sengeavdeling enn poliklinikk. Utbygging av poliklinikker må derfor gis høy prioritet, og sengeavdelingene kan dels erstattes med langt rimeligere sykehoteller.

I spesielle strøk med lang avstand til poliklinikken, kan denne "flyttes" nærmere pasienten ved at sykehuslegene ambulerer til helsesentrene. Jeg har meget god erfaring med dette fra Finnmark hvor det er etablert en ambulende tjeneste for øyenlege, ØNH-lege, barnelege, hudlege og nevrolog. De ambu-



lerende spesialistene som deltok i Gjøvik - Fagernes prosjektet fant at ordningen var medisinsk forsvarlig og økonomisk besparende.

I vår kommune Vinje, og i nabokommunen Tokke, er det samlet ca. 7000 innbyggere. Vi har beregnet at en ambulerende øyenlege-tjeneste her vil gi en årlig innsparing på ca. 90.000,- kr., men det viktigste er den besværlige reisen som særlig barn og eldre blir spart for til Skien/Porsgrunn området 14 - 19 mil unna.

Det ble i Tidsskriftet for den norske Lægeforening i 1978 publisert to artikler som omtaler poliklinikkenes betydning når de drives rasjonelt som en del av avdelingen. I nr. 14/78 viser Burhol og Waldum ved regionsykehuset i Tromsø at poliklinikken står for behandling av 60% av de henviste pasienter til medisinsk avdeling totalt. Kåre Solheim omtaler i en artikkel i nr. 30/78 poliklinikken ved Kir.avd. sentralsykehuset i Akershus, og det fremgår at en godt organisert poliklinikk kan redusere behovet for senger i avdelingen. Professor Peter F. Hjort har kommentert disse to artikler i samme nummer av Tidsskriftet, og han fremhever at utgangspunktet må være at avdeling og poliklinikk utgjør en samlet enhet og derfor må drives som en enhet.

Det poengteres at søknader og innleggelsesskriv fra henvisende leger må være

så fylldige og konsise som mulig for lettere å avgjøre innleggelse eller behandling ved poliklinikken. Gode forhåndsopplysninger gir bedre muligheter for å redusere liggetiden ved at undersøkelser kan planlegges og bestilles på forhånd. Det hender at liggetiden forlenges på grunn av mangelfulle opplysninger fra primærlegene.

Eksempelvis kan nevnes: Pasienter som bruker blodtryksmedisiner og har hypokalemi, klarering av pasienter som trenger preoperative hoste og pustevøvelser på grunn av lunge sykdommer etc. Ofte er innleggelsesskrivene for dårlige da mange primærleger ikke har råd til å holde lønnet skrivehjelp.

En egen form for ambulerende spesialistvirksomhet er at en kirurg fra nærmeste sykehus reiser ut til et helse-senter og vurderer de pasientene som står på venteliste for innleggelse. Behandling og etterbehandling kan da planlegges, og liggetiden i sykehus kan reduseres betydelig ved at blant annet mye av etterbehandlingen kan foregå ved den lokale sykestue. Dette prøves i Alta og omtales i rapport nr. 3 fra institutt for helse-tjenesteforskning.

SOSIALTJENESTEN OG HJEMMESYKEPLEIEN.

Tiden tillater ikke at jeg kommer så mye inn på dette, men jeg vil poengtere viktigheten av et godt samarbeid med disse etater. Svært ofte kan liggetiden

ved sykehus forkortes ved at hjemmesykepleien trekkes tidligere inn i bildet sammen med den almenpraktiserende lege når utskrivningen planlegges.

Betydningen av tidlig epikrise kan ikke gjentas for ofte. Pasienten er som regel raskere enn epikrisen! Dette fører ofte til frustrasjon både hos lege og pasient, og pasienten blir ofte negativt innstilt til helsetjenesten.

SYKESTUE OG SYKEHJEM.

Det råder nok endel usikkerhet vedrørende betydningen av sykestuene i vårt helsevesen. Geografiske forhold er i dag lagt til grunn for driften av disse, men jeg mener man med fordel kunne ha sykestuer også i byene, gjerne som en del av et større sykehjem. I mange distrikter er sykestuene en basis for helse-tjenesten. Her kan man med tilstrekkelig medisinsk trygghet behandle en rekke pasienter som uten "sykestuemuligheten" ville blitt innlagt på sykehus. I svært mange deler av landet har vi ingen mellomting mellom pasientens egen seng hjemme og sengen på et stort og spesialisert sykehus, noe som ofte medfører behandling på et unødig høyt omsorgsnivå.

Sykestuene egner seg godt til observasjon av pasienter med uklare tilstander og de kan ta imot pasienter til etterbehandling etter tidlig utskrivning fra sykehuset (f.eks. fysioterapi). Betydningen av

et godt samarbeid med sykehuset må understrekes.

DEN ØKONOMISKE BETYDNINGEN AV EN SYKESTUE.

I 1973 gjorde distriktslegene i Porsanger, Grimeland, Somby og undertegnede en praksisregistrering hvor samtlige 8.200 konsultasjoner på kontoret ble registrert. Denne undersøkelsen er publisert i Tidsskriftet for den norske lægeförening nr. 32/75. Eksempelvis kan det nevnes at det var 710 konsultasjoner på grunn av sykdommer i respirasjonsorganene. Av disse utgjorde pneumoni 7% og kronisk bronkitt 18%. Disse to tilstandene ble ofte behandlet på sykestuen ved Porsanger Helsetun hvor det er en kombinert sykestue/sykehjem med 40 senger.

Jeg har forsøkt å anslå den økonomiske besparelse ved å behandle disse pasientene på sykestua fremfor på Hammerfest sykehus 140 km. fra helsesenteret.

I 1973 behandlet vi 28 pas. med pneumoni, og av disse ble 18 behandlet hjemme og 10 på sykestua. Uten sykestua ville 8 av 10 pas. med pneumoni blitt behandlet ved Hammerfest sykehus. 2 av pasientene kunne blitt behandlet i hjemmet dersom lege eller hjemmesykepleier kunne gi mer hyppig tilsyn. Det må anføres at hjemmesykepleien ble organisert i kommunen samme året.

4 pasienter med kronisk bronkitt ble behandlet på sykestua med i alt 97 kurdøgn. Uten sykestua med dens muligheter for bl.a. fysioterapi med pusteøvelser og drensasje, måtte disse 4 pas. vært innlagt på Hammerfest sykehus.

Ved å bruke aktuelle tall for 1978 får man følgende fordyrelse av behandlingen dersom sykestua ikke var tilgjengelig:

Behandlingen av pneumonipasientene ville øke med ca. 38.000,- eller 100%.

Behandlingen av bronkittpasientene ville øke med ca. 42.000,- eller 80%

(Tall fra 1978:

Kurdøgn Porsanger Helsetun 277,-

Kurdøgn Hammerfest Sykeh. 711,-

Hjemmebehandling pneumoni

inkl. legektr., med.,rtg. 374,- /pasient).

Samlet kan man altså spare ca. 80.000,-kr. i Porsanger kommune med 4.200 innbyggere ved at man har en sykestue tilgjengelig når det gjelder behandlingen av pasienter med pneumoni og kronisk bronkitt. Sykestuebehandlingen innebærer også en rekke menneskelige verdier med nærhet til pårørende og hjemmemiljø.

Besparelse per innbygger i kommunen 80.000 : 4.500 = 17,80kr.

I en hypotetisk nasjonal sammenheng betyr dette ca. 70 millioner.

TOKKE HELSEHEIM - BEREGNING AV DISTR.LEGE RØYNELAND.

Distr.lege Olav Røynealand i Tokke kommune med 2772 innbyggere gjorde i 1977 en økonomisk beregning vedrørende bruken av de 11 kombinerte sykestue/sykehjemsplassene. Det ble innlagt og utskrevet 51 pas. med samlet 792 liggedøgn. I en tenkt situasjon uten sykestuen anfører han at disse pasientene ville vært innlagt Telemark sentralsykehus med en fordyrelse på over 400.000,-. Beregnet pr. innbygger pr. år blir dette 153,80, og i en hypotetisk situasjon med tilsvarende bruk av sykestuer på landsbasis angir han en mulig innsparing på rundt 613 millioner kr.

VURDERING AV INNLEGGELSER I SYKEHUS.

En løpende evaluering av nytten av, samt tidspunktet for innleggelse og utskrivning fra sykehus, vil medføre en mer rasjonell bruk av sykehusene. Sykehuslegene og primærlegene i regionen må delta i dette arbeidet. Dette kan rent praktisk ordnes ved at sykehuslegen gir sine merknader i forbindelse med epikriseskrivingen, eventuelt på eget skjema som kan bearbejdes senere. Innleggende lege gir sine merknader når han får epikrisen med anmerkninger fra sykehuslegen. Ved regelmessige møter kan man drøfte erfaringene, og dette arbeidet kan være med på å trekke opp grensegangen når det gjelder hva man skal behandle på syke-

hus og hva primærhelsetjenesten kan ta seg av. Et slikt lokalt arbeid tror jeg vil kaste mer av seg enn sentrale direktiver i retning av "behandlingsprogram". Kunne f.eks. poliklinisk arbeid ha erstattet innleggelsen? Kunne primærlegen selv ha stått for behandlingen? Hva med sykestua?

AVSLUTNING.

Tross ulikheter mellom helsetjenesten i og utenfor sykehus er målsettingen den samme, og dette krever en helhetsvurdering i den videre utvikling av helsetjenesten. Det må stilles økte krav til samarbeid og målrettet arbeidsdeling mellom de forskjellige ledd i den differensierte omorgsaksen som jeg har forsøkt å komme med synspunkter på. Sektortenkningen innen de forskjellige etater må begrenses da den er en hindring for en balansert utvikling av den samlede helsetjeneste.

Helsetjenesteforskning må gis adskillig mer oppmerksomhet, og dens resultater kan være med å vise hvor vi i fremtiden bør legge trykkpunktene i helsearbeidet.



Metodeproblemer ved arbeidstidsundersøkelser for praktiserende leger

v/Bydelslege Per Wium

Foredrag Nordisk Konferanse i Samfunnsmedisin, Kristiansand 2.—5. august 1979



INNLEDNING:

Jeg tør be om oppmerksomhet for å rette søkelyset på et noe uvant problem for offentlige leger: Hvordan skal man få målt hvor mange timer da arbeider, og enda vanskeligere: hva slags arbeide er det de utfører? Man kan si at det ikke er noe problem, for vi har jo tidsstudiespesialister. Men problemet er ikke løst ved det. De personer med stoppeklokke som har forsøkt å følge en distriktslege har etter sigende sovnet så mange ganger at registreringene virkelig har blitt upålitelige.

Bakgrunnen for mitt engasjement på dette området, er en gruppe av distriktsleger oppnevnt av Offentlige legers landsforening, for å registrere blant annet norske distriktslegers arbeidstid og arbeidsinnhold. I tillegg ble det sendt ut et spørreskjema til alle distriktslegene. Hele undersøkelsen er publisert i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 32/77, 6/78 og 29/78. Jeg vil legge til at ektefellenes arbeidssituasjon for første gang også ble gjenstand for stor oppmerksomhet ved denne undersøkelsen, men det har dere hørt om på annet hold ved denne konferansen.

ANDRE ARBEIDSTIDS-UNDERSØKELSER:

Andre publikasjoner om samme emne har avslørt en mangfoldighet av registreringsmetoder, og la oss se på noen få av dem. Den svenske LATT-77 har regi-

streringsskjema som vist på figurene 1 og 2. Det må føyes til at skjemasettet ikke er fullstendig, men er det som best kan sammenlignes med det vi brukte. Vanskelighetene svenskene har hatt å stri med er at skjemaet skal omfatte alle typer av leger. Jeg tror det er lite gunstig å angi arbeidstiden i timer og minutter, det fordrer i alle fall et annet og mer detaljert registreringsark som siden må regnes ut og overføres til skjemaet. Altså et ganske tidkrevende arbeide. Ved denne type registrering vil det også være vanskelig å kontrollere at ikke døgnet får mer enn 24 timer. LATT-77 bestod av ialt 6 forskjellige skjemaer, og undersøkelsen omfattet over 15 000 leger i Sverige. Jeg er imponert over at de fikk en svarprosent på over 95, men dette skyldes vel de lokale kontaktpersoner ved alle institusjoner som purret på svarskjemaene.

I Wales gjorde Eimerl et al. en undersøkelse av arbeidstiden i almenpraksis, og de brukte et registrerings-skjema som vist på figur 3. Her fylte man ut et skjema for hver dag, og de skulle angi tiden for start og slutt for forskjellige typer av arbeide samtidig som de oppgav hvor mange pasienter de hadde tatt hånd om på denne tiden. Skjemaet er spesiallaget for denne

praksistypen og skulle være ganske enkelt å fylle ut. Men de fikk svar fra bare 40% av gruppen av almenpraktikere, og skjemaene ble sendt ut til 309 stk..

I 1966 ble det som en del av legetellingen i Norge spurt om arbeidstiden i en spesiell uke. Utfyllingen skjedde da etter skjønn retrospektivt, og var til dels gjennomført lenge etter angjeldende uke. Den samme metode ble brukt i 1978 ved registrering av arbeidsforhold for almenpraktiserende leger i Norge. Undersøkelsen er gjennomført av Norges almenvitenskapelige forskningsråds gruppe for helse-tjenesteforskning, og er enda ikke publisert. Disse retrospektive metoder er lite tidkrevende for den enkelte lege, men man må vel ha grunn til å anta at timeantallet blir noe høyere enn ved daglig registrering. Som eks. kan jeg nevne at distriktsleger i 1966 oppgav en aktiv arbeidstid på 65 timer retrospektivt, mens vår metode i 1977 gav 53,5 timer.

VÅR ARBEIDSTIDS-REGISTRERING DISTRIKTSLEGE - 1977.

Styringsgruppen for undersøkelsen hvor undertegnede var sekretær, stod overfor landets distriktsleger med et skjema som de skulle akseptere, fylle ut og sende tilbake til oss. Vi fikk svar fra 389 distriktsleger av 459 svarpliktige, eller en svarprosent på 85.

For å øke svarprosenten er det nødvendig med meget grundig forarbeide. Det er ikke bare registrerings-skjemaet som må være tiltalende, men hele "pakken" må godtas.



"And which career was your first choice, sir?"

Vi valgte en ganske sterk gulfarge som omslag, med viktige opplysninger på forsiden. Dernest kom en generell orientering, og som ark nummer 2 en spesiell orientering om arbeidstidsregistreringen som vist på figur 4 og 5. Registreringen skulle foregå en spesiell uke, men det ble gitt anledning til å registrere en annen uke med "lignende" arbeidsbelastning dersom man var bortreist på denne uke 17 eller av andre grunner forhindret.

På fig. 4 ser dere videre at vi har brukt et kvarter som presisjon, og noe bedre er det ikke mulig å regne med i denne type av registrering. Dette forenklet også overføringen av registreringen til data som da lettere kunne overføres til timer med desimaler.

57% av de innkomne svar som ble godkjent ble registrert i uke 17, altså den uken som var forutsatt. 23% registrerte i uke 19, og mente denne uken var representativ for deres praksis.

Ser vi på fig. 6 viser det seg at alle som registrerte hadde 6,5 timer lenger arbeidstid enn den gruppen distriktsleger som registrerte uke 17. Av disse 6,5 timer var bare 2 timer aktivt arbeide, og dere ser at disse timene ble tatt fra kurativt arbeide med kontorpraksis og sykebesøk. Figuren viser videre at det var leger med stor vaktbelastning som ikke kunne registrere uke

17, og det kan være et uttrykk for at disse er yngre kolleger som kanskje er mer ivrige til å følge opp etterutdannelsen, og derfor er mer borte på kurs.

Så over til selve registrerings skjemaet som jeg viser på fig. 7. For å ta det negative først: Registrering av telefoner utenfor kontortid mener jeg vi ikke fikk til. Ca. 8 telefoner i gjennomsnitt pr. uke utenom kontortid, mener jeg er et for lavt tall, og ved gjennomgang av skjemaene var det et for stort antall som ikke hadde registrert noen telefoner utenfor kontortid. Øverst til høyre på skjemaet hadde vi avsatt plass til kode og eventuelt korreksjon av kode. Imidlertid ble disse ikke brukt, da det var enklere å benytte fortløpende nummererte stempler til dette bruk.

Registreringsnøkkelen virket bra, og skjemaene var enkle å overføre til data. Det var bare et av de innsendte skjemaene som måtte forkastes på grunn av utydelig markering. Det spesielle med dette skjemaet er at den enkelte distriktslege har kontroll med at dagen er begrenset av klokkeslettene, og kan lett fordele arbeidsinnsatsen ved relativt enkle skraveringer.

Vi anbefalte alle å føre skjemaet for hver dag. Føringen skulle slik bli mest mulig nøyaktig, og ta minst mulig tid. Det er av vesentlig betydning å ha registreringsnøkkelen på samme ark som selve registreringen.

AVSLUTNING.

Jeg skal slutte nu. Min mening har vært å peke på viktigheten av nøyaktig planlegging av slike arbeidstidsregistreringer. I fremtiden vil leger i de nordiske land måtte arbeide for bedre muligheter til fritid. Enkelte kolleger har kommet et stykke på vei, mens andre,

og kanskje spesielt distriktsleger og almenpraktiserende leger foreløpig er langt fra målet. I slike sammenhenger er det

vesentlig å ha sikre registreringer å vise til. I dag er det for mange registreringer i bruk. Det er ønskelig å standardisere disse mer slik at de kan sammenlignes.

I diskusjonen som skal følge er jeg villig til å svare på spørsmål om vår arbeidstidsregistrering. Men jeg er mest interessert i å få kritikk på det arbeidstidsregistrerings skjemaet som jeg her har lagt frem.



XI Nordiska Skolhälsovårds-kongressen i Stockholm

v/Guttorm Eilertsen

Hovedinntrykket fra denne kongressen er at den gamle skolelegerollen er utspilt. For første gang hadde en da også innbudt annet helsepersonell og lærere til skolelegekongressen og om-døpt den til skolehelsevernkongress.

La meg åpne med å si at jeg selv har vesentlig annen-hånds kjennskap til hvorledes skolelegearbeid drives i Norge. Jag kan derfor komme til å trampe noen på tærne i det følgende. I vårt naboland Sverige er det tilnærmet slutt på helsesjekk på friske skolebarn. En har tatt konsekvensen av at den helsemessige gevinst av helsesjekk på disse alderstrinn er meget små og egner nå tid og penger til forebyggende helsearbeid. Dette er jo helt i tråd med det som skjer i f.eks. bedriftshelsetjenesten også her til lands. En er innforstått med at helse- og sosialbudsjettet snart vil sprengre alle rammer. I denne situasjonen må en oppmuntre til og skolere folk i egenomsorg som et viktig ledd i det forebyggende helsearbeid. Og denne skoleringen må starte tidlig. Altså i skolen.

Kongressen fordypet seg i endel emner vedrørende forebyggende helsearbeid. Bredest plass fikk kanskje drogundervisningen. Særlig grundig gikk en inn på problemet røyking og hvorledes det skulle behandles i skolesammenheng. Det gikk klart frem at dette nettopp er av de ting skolelegen i samarbeid med det øvrige personell på skolen skal beskjeftige seg med.

Kongressen var i perioder delt i seksjoner, og jeg fulgte seksjonen om drogundervisning. Inntrykkene derfra er såpass mange at de kan være gjenstand for en artikkel for seg.

Øvrige tema som ble behandlet var sex og samliv, ergonomi og medisinsk studie- og yrkesorientering (for elever med fysiske handicap og andre helsepro-

blem som medfører begrensninger i yrkesvalg). Dette siste emnet var for undertegnede litt av en veker. I hvilken grad gir vi våre pasienter profesjonelle råd om studie- og yrkesvalg ut fra vår kunnskap om deres forventede fremtidige helse? Blir vår unge diabetespasient frarådd å velge yrker som fordrer godt detaljsyn, høydearbeid eller sjåførarbeid? I hvilken grad bør vi råde dem? Hvor mange av våre stressnakkepasienter kunne vi ha unngått dersom vi på et tidligere tidspunkt hadde gitt et vink om at den og den typen arbeid burde hun holde seg borte fra?

Følgende lille eksempel tyder på at det er noe u-pløyd mark på dette området både her og der.

Jeg ble forleden oppsøkt av en mann i 40-årene som fortalte at han en måned tidligere var blitt innvilget uføretrygd med 100 % for en gammel ryggskade og forkalkninger i nakken. Mannen hadde tidligere ar-

beidet som sjåfør. Han hadde vært igjennom hele attføringsapparatet. Til meg kom han for å få helseattest for opptak på landbruksskole. Han skulle bli gårdbruker!

Når det gjelder undervisning i egenomsorg, som de fleste mente må komme sterkere inn i skolen, nøyde man seg i denne omgang med å komme med endel tanker omkring den. Det ble diskutert også foreldreutdanning i egenomsorg som et nødvendig ledd i arbeidet med å bedre de kommende generasjoners egenomsorg. Kongressen tok ikke for seg den praktiske utformingen av denne undervisningen, men en av foredragsholderne avsluttet sitt innlegg med en anmodning om at dette måtte bli hovedtema ved neste skolehelsevernkongress (som forøvrig skal avholdes i Norge).

I likhet med den nordiske almenlegekongressen i Århus bød også denne nordiske kongressen på interessante muligheter for sammenlig-



ning av de enkelte lands systemer. Jeg sitter igjen med endel spørsmål. Den nye skolelegerollen synes meningsfylt. I Sverige er dette arbeidet utført av leger som er skoleleger på heltid. De arbeider som ble presentert virket da også profesjonelle og var gjennomsyret av mye entusiasme. I Norge har vi mere lagt oss på den linjen at skolelegearbeidet skal utføres av generalisten som i tillegg skal drive med helsestasjonsarbeid og bedriftslegevirksomhet ved siden av sin praksis. Det synes for

meg som det fremtidige skolelegearbeid vil bli langt vanskeligere å kombinere med en almenpraksis enn tidligere.

Det vil bli mye forelesningsvirksomhet. Dette skal tilpasses skolens timeplan. Arbeidet vil dessuten kreve forberedelser i en helt anen grad enn tidligere. Den nye skolelegen vil få en konsultativ oppgave som igjen betyr at han kan delta i gruppemøter med annet personell ved skolen til de tider gruppen kommer til enighet om. Nå har jeg inntrykk av at svenske skoleleger gaper

over for mye for tiden. Det kan jo ha sammenheng med et stramt arbeidsmarked for leger i Sverige. Mye av det arbeidet som ble skissert kunne vært utført av andre yrkesgrupper. Men det som gjenstår av nødvendig medvirkning fra skolelegen er altså arbeid som vanskelig kan tilpasses en onsdag-fra-09-12-modell. Jeg tror derfor det er nødvendig at man også i Norge i større grad begynner å diskutere hvorledes denne tjenesten skal utformes, og hvem som skal utføre den.

Dansk almenpraktiker, Carsten Vagn-Hansen ny president i SIMG.

Vil det medføre bevegelse i foreningen?

Åtte nordmenn hadde i år funnet veien til Klagenfurt for å delta i den 26. internasjonale kongress for almenmedisin i SIMG's regi. Kongressen består hovedsakelig av frie foredrag som er samlet under visse dagstema, og seminarer som må betraktes som videreutdannelseskurs i f.eks. statistikk, intervjuetikk, akupunktur, neuralterapi og annet.

Også i år var volumet av det faglige program overveldende, men kvaliteten av de faglige presentasjoner lader meget tilbake at ønske. Mange foredrag bar først og fremst preg av germanistisk filosofisk ull, kombinert med lange setninger, selvsikkerhet og angst for vitenskapelige metoder. Det er jo interessant å observere at medisinen også kan fungere på så tynt rasjonelt grunnlag.

Vi hørte foredrag om behandling av hypotoni, hvordan man diagnostiserer om hypotonien skyldes nedsatt perifer karmotstand eller nedsatt minuttvolumen. Behandlingsalternativene vil være forskjellige. Vi har regnet ut at i Vest-Tyskland er det sannsynligvis flere hundrede tusen pasienter som behandles for hypotoni, og da undertegnede gjorde oppmerksom på at dette ikke blir behandlet i det hele tatt i Norge, møtte han noen beklagende blikk

som nærmest uttrykte at det tar tid før Norge kommer etter i den medisinske utvikling.

Dag Bruusgaard etterlyste nytenkning og mot i forskningen i almenmedisin etter den første nordiske konfe-

ranse for almenmedisin i København. I Østerrike kan man iallfall se en del ukonvensjonell forskning. En lege fra Wien hadde funnet at det var belastende for pasientene å ha så mange forskjellige tabletter som man ofte kan få når både blodtrykk, hertesvikt og sukkersyke skal behandles samtidig. Han hadde derfor fått apoteket til å knuse tabletter og fylle dem i kapsler, slik at det ble få tabletter for pasientene å svelge. Etter sammentelling av sine egne pasienter hadde han påvist at iallfall de som ble behandlet for høyt blodtrykk hadde hatt en statistisk signifikant (!) virkning av dette.

På generalforsamlingen til SIMG ble almenpraktiserende lege Carsten Vagn-Hansen fra Aabenrå valgt til president. Han arbeider i gruppepraksis, og er i Danmark etterhvert kjent for sitt engasjement for behandling av diabetikere. Han samler tillit fra de tysktalende land og øst-europeiske deltagere, som frykter en altfor streng vitenskapelig utvikling av almenmedisin, og vil nok skjerpe hol-

landske, engelske og skandinaviske legers interesse for SIMG.

Dette kan føre til at flere skandinaver etterhvert anmelder sine foredrag til SIMG-konferansen, og at det nå blir en bevegelse i retning av mer rasjonelt begrunnet almenmedisin, og at de egostyrkende vitnesbyrd om egen fortreffelighet fra det medisinske 3-laget etter hvert blir overflødige.

Harald Siem

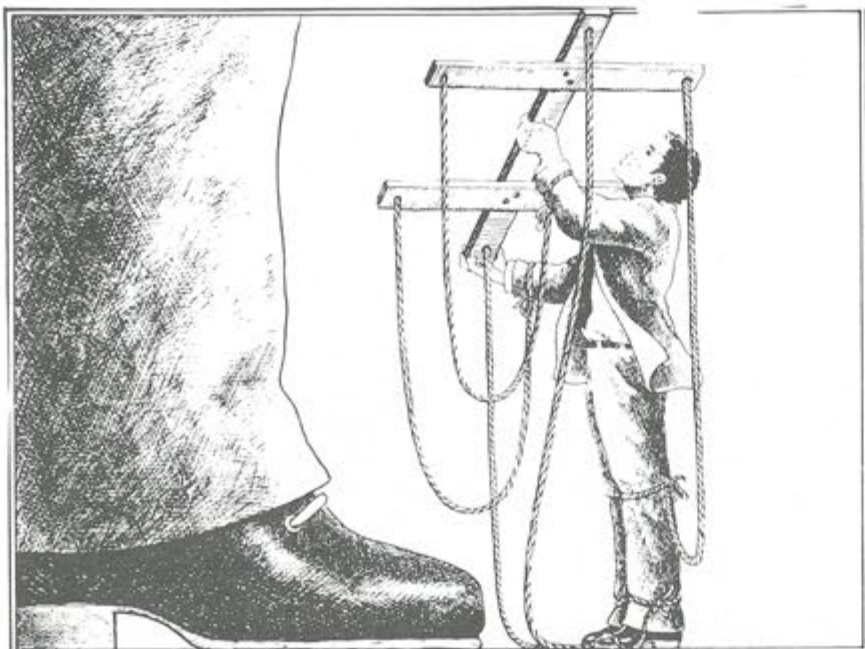


Forts. fra side 2

Morgendagens primærleger trenger å ta hånd om syke mennesker og ikke bare syke organer.

Dersom dette skal kunne nåes krever det en aktiv holdning av norske almenpraktikere.

Husmannsrollen må bort - vi må øke vår faglige og funksjonelle ryggrad slik at vi kan bære helsetjenestepyramiden.



**HUSK: BETAL BLAD-
PENGER FOR 1980 NÅ!**

"I've made my pile - now she wants me to make hers!"

Dopamet

l- α -metyldopa

i huskepakning til samme pris som før.

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

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

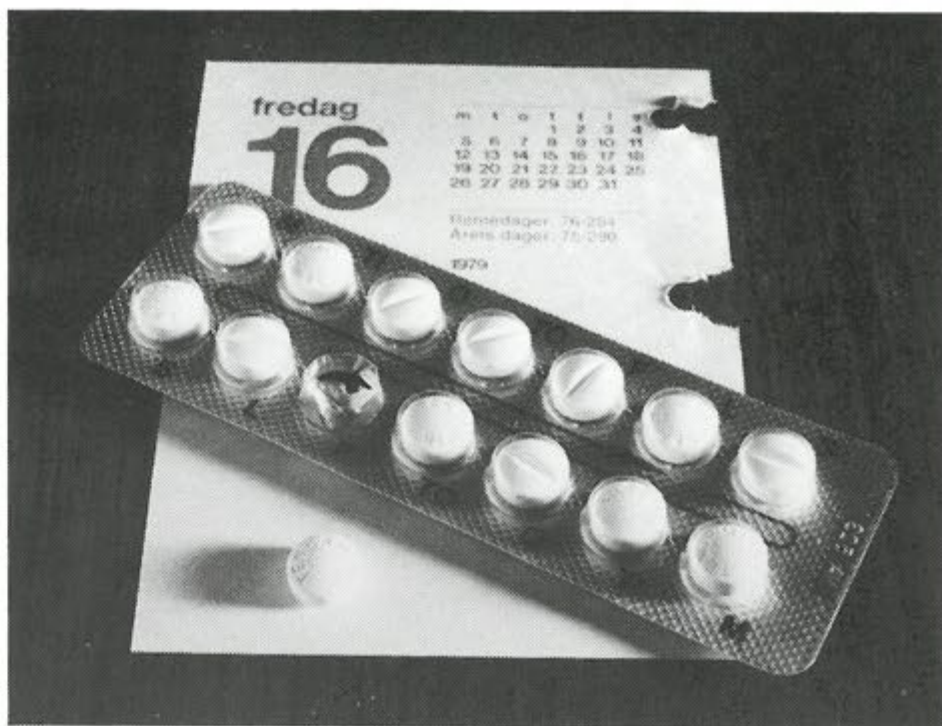
Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

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

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

DUMEX

Tenormin kalenderpakning for optimal sikkerhet mot medisinforsømmelse.



Den tablett som ikke tas har ingen virkning.

Tenormin

atenolol

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Ukompisert 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 bender og fotter. Gastrointestinalt ubehag, sømnavnsker, 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 beta₂-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretslopfunksjonen 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' positive 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 for 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 for 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, arytm (V1a, V11)
	disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)
	generelle anestetika	myokarddepresjon (V11)
	sekalealkaloider	økt risiko for perifer karspasmer (V1a)
	kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (V1a)
	verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (V1a)



ICI-Pharma

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

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

Nyhet!

Surmontil[®] 50 mg

trimipramin



pakningsstørrelse à 30 tabletter godkjent
til bruk i ALMENPRAKSIS.

telex telex telex telex
surmontil tabletter - pakningsstørrelse 30 tabletter
til bruk i almenpraksis
vi kan herved meddele at spesialitetsnemnda 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

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

