

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 3-4

JUNI/JULI 1980

ÅRGANG 9

## AV INNHOLDET:

<b>AAGE BJERTNÆS</b>	
<b>MARTIN HOLTE:</b>	
Nordisk almenmedisinerseminar .....	2
<b>FAUSKE:</b> Fredrikstad Legesenter .....	3
<b>KRISTIAN HAGESTAD:</b>	
Almenmedisinen under lupa .....	5
<b>GEIR JACOBSEN:</b>	
Normaltariffen 1980....	7
<b>JOHAN F. NILSEN:</b> Videre og etterutdanning .....	9
<b>HEIDRUN SANDVE:</b>	
Bokanmeldelse «Introduction to General Practice .....	13
<b>OVE SKJERVEN:</b>	
Samfunnsmedisin – en ny spesialitet? .....	14
Simg-Janssen Prisen ..	15
<b>GEIR JACOBSEN:</b> Tanker omkring skolehelsetasjonslegetjenesten .....	16
<b>FOLKE SUNDELIN:</b> Ikke bare normaltariffen ..	18
<b>HENRIK SEYFFARTH:</b> Forebyggende hel-sesarbeide .....	20
<b>SIMON WOLD:</b> Uføretrygdsaker og Rikstrygdeverket .....	21
Kongresser og kurser	22



DISSE TAPRLEGENE BEGYNNER Å LIGNE STØKELSER, SYNES JEG.

Karin Blund  
1980

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

Tegninger:  
Kåre Bjorn Huse

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

# UTPOSTEN

STARTET 1972

Trykk:  
ST-TRYKK A/S  
7300 Orkanger

## NORDISK ALMENMEDISINERSEMINAR

Hvilket organ ivaretar de norske interesser idag?

Hvilket organ burde være det naturlige?

5.-7. sept. 1980 avholdes det 6. nordiske almenmedisinerseminar i København.

Programmet tilrettelegges av deltagerlandene en dag hver.

Fredag 5/9 Norge:  
"Såromsorger".

Lørdag 6/9 DSAM (Dansk selskap for almen medisin):  
"Efterutdanning".

Søndag 7/9 Sverige:  
"Nordisk arbeidsmarked for alment praktiserende leger".

Både danskene og svenskene har sin almenmedisinorganisasjon DSAM og SFAM (svensk forening for almenmedisin) og representeres gjennom disse.

Norge representeres gjennom de respektive almenmedisinske lærestoler i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Vi stiller med universitets- og institutttilknyttede ideer og meninger som kanskje ikke alltid er til det beste for norsk almenmedisin - men idag har vi ikke noe bedre. Vil vi ha det slik i fremtiden?

Hos oss undervises det i almenmedisin ved våre 4 universiteter uten egentlig å vite hva man underviser i. Ingen av de eksisterende organer, Dnlf, VEAP-rådet, Aplf, Aplf's fagutvalg, OLL eller instituttene for almen-/samfunnsmedisin, har følt det som sin oppgave å definere innholdet i norsk almenmedisin - hva er god almenmedisin?

Hva er god almenpraksis? Hvem bør da gjøre det? Hvilket organ bør ivareta norsk almenmedisins internasjonale kontakter som er avgjørende for en konstruktiv videreutvikling?

Disse spørsmål ble alvorlig debaterert på et fellesmøte mellom VEAP-rådet og Aplf's fagutvalg i juni.

De samme tanker dukker i forsterket grad opp igjen etter gjennomlesing av det siste DSAM's medlemsblad.

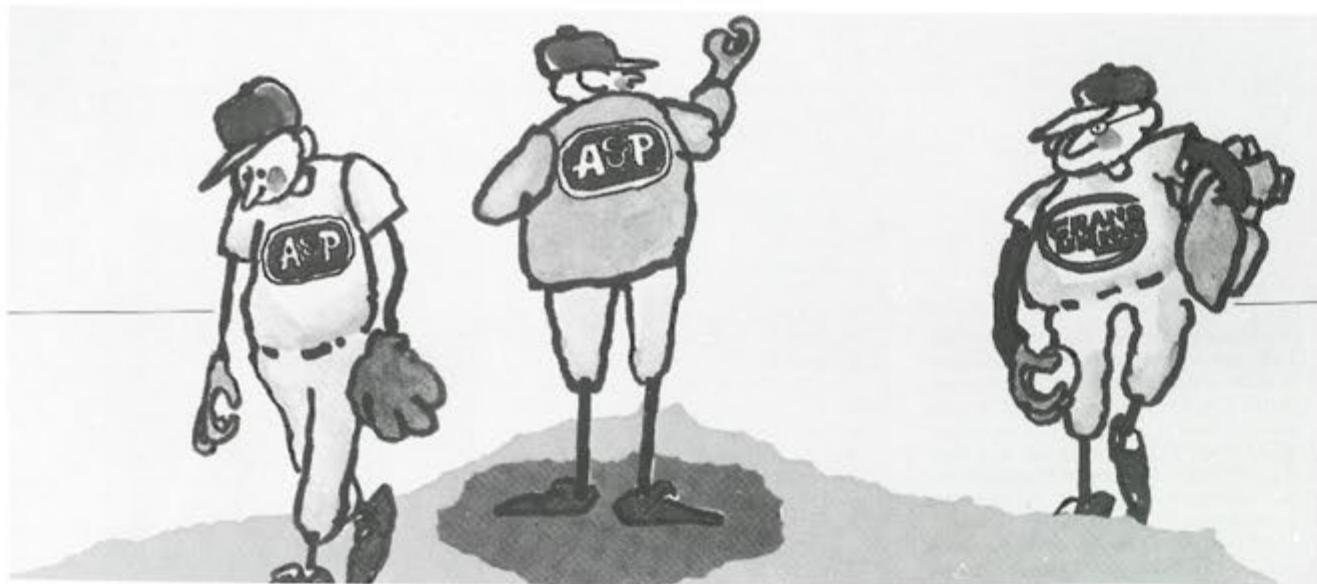
Kjære kolleger, bruk sommeren til å spisse pennen, klare tankene og å styrke ressursene til debatt og handling.

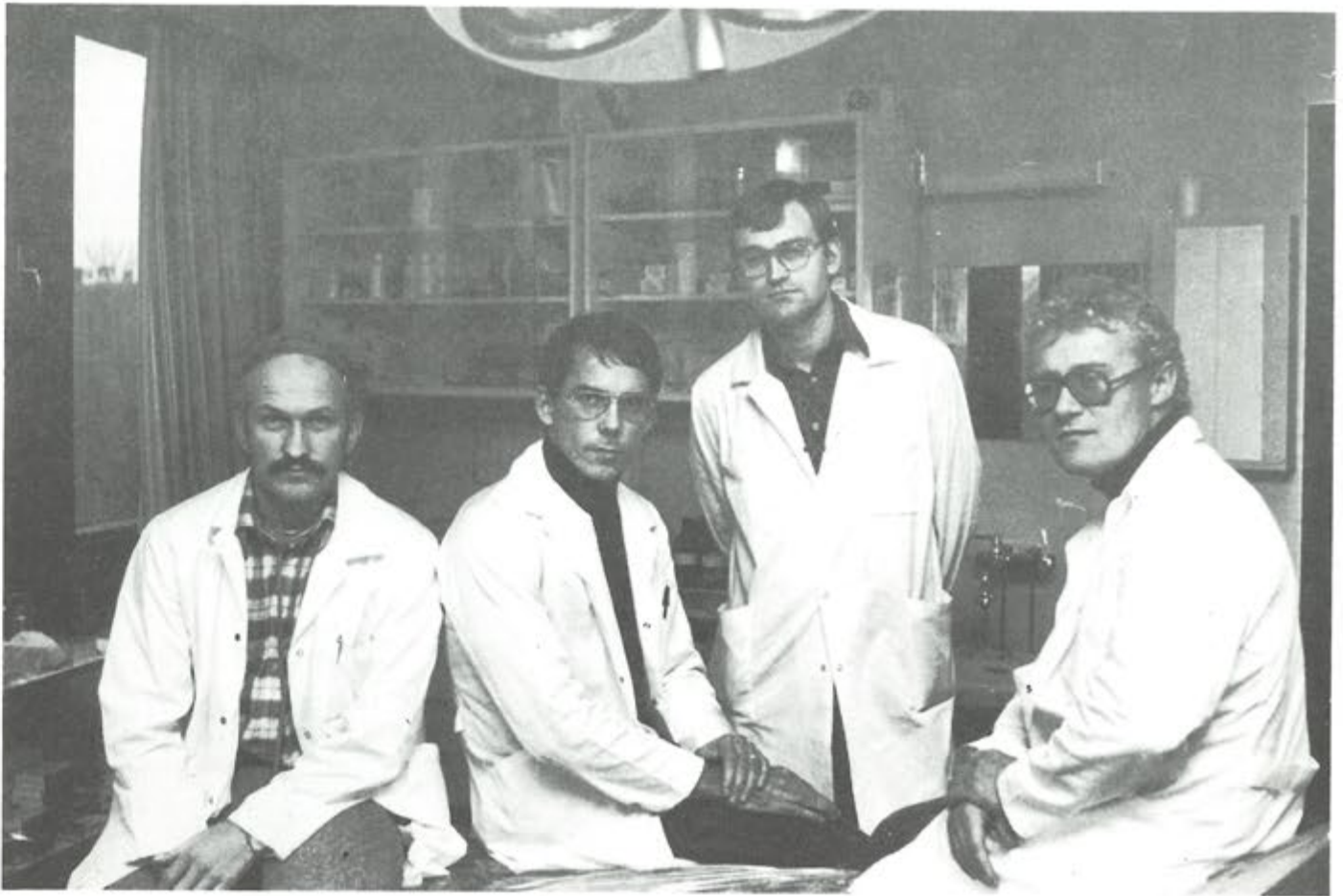
La oss også ta en debatt om innføring av "listesystemet" (faste tilmeldte pasienter) for å bedre kontinuiteten og tilhørigheten i lege/pasientforholdet - en ubetinget fordel som vil styrke norsk almenpraksis og almenmedisin.

Redaksjonen beklager den noe uregelmessige utgivelsen av Utposten første ½ år 1980 men lover bedring.

Vi ønsker våre lesere en god sommer.

Aage Bjertnes og Martin Holte





## FREDRIKSTAD LEGESENTER

Mangler Fredrikstad's lokalpolitikere interesse for primærhelsetjenestens problemer? Uten at det foreligger fremtidsplaner for legetjenesten i kommunen, ser det ut til at kommunestyrets behandling av saken vil føre til at primærlegetjenesten vil gå en katastrofal fremtid i møte.

Legesenteret i Fredrikstad ble startet våren 1974. Planlegging begynte våren 1973.

Senteret ble startet av leger som hadde vært ansatt ved Sentralsykehuset og som så at det var behov for flere yngre leger i byen. Gjennomsnittsalderen for de almenpraktiserende leger i byen var den gang rel. høy og man måtte forvente en rel. stor avgang i de nærmeste årene etter 1973/74.

Fredrikstad var og er fortsatt en attraktiv by å bo i pga. alle dens tilbud både kulturelt og handelsmessig.

Samtidig faglig vurdert også et interessant sted å arbeide pga. Sentralsykehuset med alle dets forskjellige spesialiteter.

Kontakt med kommunen ble opprettet gjennom distrikts-

legen i byen. Noen konkrete planer om hvordan legedekningen skulle være og hvor legene burde praktisere fantes ikke, men man ble absolutt ønsket velkommen. Noen hjelp til opprettelse og drift av praksis kom ikke på tale. Dette var man forsåvidt heller ikke interessert i fra legenes side da vi ønsket å drive en privat gruppepraksis.

Primært ønsket vi å bygge eget hus, men det var ikke tomt å oppdrive som var egnet til formålet. Man måtte derfor basere seg på leide lokaler. Valget falt på en ny forretningsgård sentralt i byen hvor trykdekontoret også skulle inn.

Vi kom så tidlig inn i planleggingen at vi kunne få en slik planløsning som

man ønsket.

Arkitekt som legeföreningen tidligere hadde brukt når det gjaldt planløsning av legekontorer ble benyttet. Når det gjaldt arealbehov og stillingsstruktur bygget man på legeföreningens anbefalte normer som bl.a. er utgitt i et eget temahefte.

Finansiering av inventar og utstyr ble gjort gjennom lokal bank og gjennom legeföreningens låneordning til opprettelse av praksis.

Man så tidlig at dette ville by på problemer til å gå økonomisk. Første året gikk man med et overskudd på ca. 5-6000 kr/lege. For å fordele på utgiftene ble gruppen fra 1976 utvidet til fem leger i stedet for 4 for derigjennom å fordele utgiftene på flere.

Allerede første driftsåret

hadde gruppen kontakt med legeföreningen i Oslo for å høre hva man kunne gjøre med disse forhold. Man hadde også kontakt med Fredrikstad kommune våren 1975 for å fremlegge problemene med den økonomiske drift av senteret.

Det man fikk igjen var nærmest et klapp på skulderen og et råd om å stå på så vil det nok gå bedre etter hvert.

Senere har vi fått det til å gå ved hardt arbeide med overtid, økt pasientomsetning og utstrakt bruk av takstsystemet for å få et sikkert økonomisk grunnlag for driften.

For å klare dette måtte man også øke bemanningen på hjelpepersonell siden. Vi fikk tidligere en del kritikk for forholdene med telefon.

For å gjøre denne delen av servicen bedre ble egen sentralborddame ansatt med en økning i driftsutgifter på bortimot 70.000,- uten at dette ble inntjent pga. bedre service overfor våre pasienter. Ansettelsen var kun for å bedre servicen overfor Fredrikstads befolkning.

Takket være sterk innsats både fra hjelpepersonell og leger har vi maktet å gi et godt legetilbud til Fredrikstads befolkning og til befolkningen i kommunene rundt Fredrikstad. Legedekningen i flere av kommunene rundt Fredrikstad har vært og er fortsatt langt under det som kan aksepteres.

En oversikt i vårt kartotek viser at over 20.000 - 25.000 pasienter er registrert hos oss. En god del av disse pasienter er eldre pasienter.

Den faglige standard har man forsøkt holde så høy som mulig bl.a. med deltagelse i videre og etterutdannelse for almenpraktiserende leger.

Til tross for de høye driftsutgifter har vi i en viss utstrekning del tatt i forebyggende helsearbeide til tross for den alt for lave honorering av dette arbeidet for leger som må forlate en praksis.

Den generelle pris og lønnsøkning har gjort at utgiftene har steget betraktelig de senere årene. Dette sammen med den generelt dårlige normaltariiff har gjort forholdene vanskeligere og vanskeligere.

Det press som dette har medført på oss leger og på våre familier har etter hvert blitt så stort at vi nå ikke ønsket å fortsette under de samme ar-

i formannskapet fordi man ønsket å sette seg bedre inn i saken.

Det er å bemerke at ingen av politikerne tok kontakt med legene for derigjennom å sette seg bedre inn i saken. Til slutt kom saken opp i et formannskapsmøte hvor skole/sosialrådmannen hadde innstilt på å forhandle videre med legene for å komme frem til en avtale om en eller annen støtteordning og vakansgaranti for sykdom, militærtjeneste o.l.



beidsforhold, derfor tok vi kontakt med kommunen for evt. overtagelse. Vi ville ikke lengre være de som hadde det økonomiske ansvar for å gi befolkningen i Fredrikstad et tilfredsstillende primærlegetilbud.

Våren 1979 sendte vi våre første brev til kommunen for å få i gang en dialog om dette uten at dette resulterte i noen som helst respons fra kommunens side. Høsten 1979 sendte vi så et brev hvor vi ba kommunen overta senteret. Vi har sendt flere henvendelser til kommunen for å reddegjøre for forholdene. Jan. i år hadde man et møte med representanter for de politiske partier og administrasjonen. Vi kom med forslag om forskjellige modeller å løse problemet på og henviste til en lang rekke steder rundt om i landet hvor man allerede hadde kommet frem til en løsning.

Saken har tatt lang tid. Den ble utsatt minst 2 ggr.

Dette ble imidlertid nedstemt med AP 8 stemmer mot borgerliges 7 stemmer. Dermed var muligheten for en videre dialog brutt. Kommunen hadde sagt nei til forhandlinger. Senteret hadde vært fornøyd med en støtte/vakansavtale inntil lov om distriktshelsetjensten kommer og blir satt ut i livet.

Hvis det ikke har vært krise i primærhelsetjenesten tidligere i Fredrikstad er den nå iallefall nær forestående hvis ikke noe blir gjort.

Vi leger er ikke interessert i å drive under de forhold som nå råder, i verste fall er vi fullt innstilt på å legge ned vår praksis. Det vil si fem leger mindre i byen, noe som absolutt vil merkes.

I kommunen eksisterer ingen planer for hvordan primærlegetjenesten skal være, hvor mange leger det bør være eller hvor disse skal plasseres geografisk. Man har ingen planer for hvordan man skal takle en krisesituasjon på dette om-

# Almenmedisinen under lupa

Kommentar til kurs «Almenmedisin for almentpraktikere»,  
på Bygdøy 13.-15. mars. v/Almenprakt. DNLF, Kristian Hagestad, Marnardal



Årskatalogen for "Legers videre og etterutdanning" er etter kvart blitt ei bok av solid format. I den rikholdige kursmenyen for 1980 var det eitt kurs som straks vekte mi interesse ved rask gjennomblading av katalogen i januar: "Almenmedisin for almentpraktikere" i følge presentasjonen eit forsøk på å "- utdype faget almenmedisin", ettersom "det er en økende forståelse for at det teoretiske grunnlag for almenmedisin må erkjennes og beskrives". Kort sagt: Analyse av vår almenmedisinske verksemd på våre egne premiss!

Antalet påmeldingar viste at fleire enn eg hadde merka meg denne sjeldne blomsten i kursfloraen. Dei 30 heldige, som kunne sette kvarandre stemne på Bygdøy 13.-15. mars, måtte veljas ut med loddtrekning.

Ein verdifull bibliografi med kort omtale av aktuell litteratur om allmenmedisin og Family Medicine blei utsendt på førehand. Gjennom uformelle forelesingar, dialogar, ordskifte og gruppearbeid blei så ei rekke aspekt ved faget vårt tatt opp.

Alt i første innlegget reiste professor Borchgrevink spørsmålet om allmenmedisin verkeleg er eit eige fag, eller bare ein forenkla sum av dei andre spesialitetane. Kurset viste at det førstnemnte så absolutt er tilfelle.

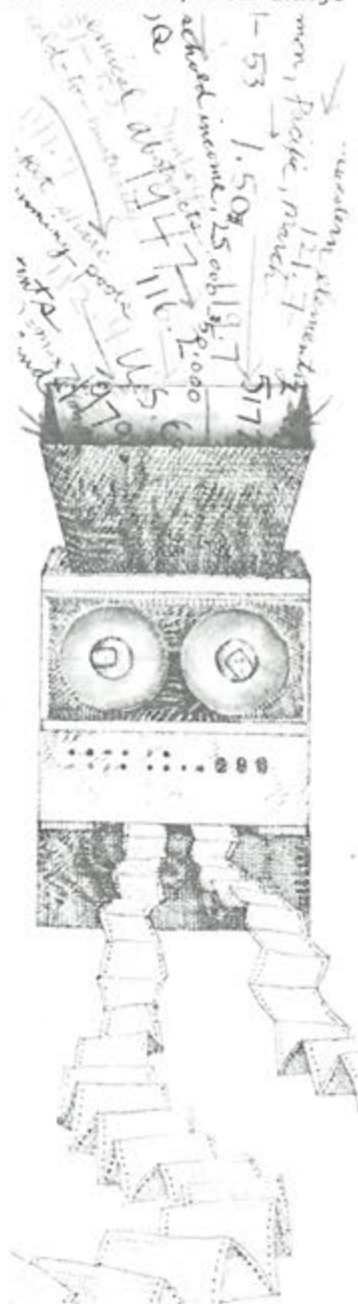
I primærmedisinsk arbeid møter vi eit anna klientell enn på sjukehus og poliklinikkar. Arbeidsorganisering, diagnostiske og behandlingsmessige metodar må tilpassas den allmenmedisinske kvardagen. Eit par eksempel:

Ei svensk undersøking av kva som løyner seg bak symptomet dyspepsi, viste i eit allmenpraksis-klientell 90% gastritt, 2,5% ulcus og 0,5% cancer. I eit hospitalmateriale derimot var 10% gastritt, 80% ulcus og 2,5% cancer. - Forsøk med å la allmenpraktikar fungere som "spesialist" på ein poliklinikk tyder på at det meir er arbeidsmetodar og - vilkår enn ulikt kunnskapsnivå som skiljer spesialisten og primærmedisinen.

Infeksjonssjukdommar, tilstandar i skjelett-muskelsystemet og psykiatriske kasis dominerer i det allmenmedisinske klientellet. Tidligere kjennskap til pasienten, til familien, nærmiljøet og arbeidsforholda er da nyttige diagnostiske og terapeutiske verktøy. Diagnostikken treng ofte ikkje være absolutt "sikker" eller spesifikk for at ei meningsfylt behandling kan starte. Vurdering av tilstanden og behandlingseffekten over tid er også ein del av det diagnostiske apparatet.

Rutle og Malterud tok i dialogs form for seg

"Tenkekomiteen" sine ideal og ein personlig, forpliktande, kontinuerlig og omfattande allmenmedisin. Kva innebær egentlig dei fine orda? Koss stemmer realiteten i dag uttrykt i fakta og statistikk overens med ideala? Ønskjer vi egentlig å leve opp til desse målsettingane? Er "tenkekomiteen" smitta av "huslegenostalgien": Denne huslegen som ingen har møtt, men mange har ein draum om: Han som alltid har åpent kontor utan ventetid, som ikkje





Arbeitersiedlung in London: Sozialprodukt eines Entwicklungslandes?

treng søvn, har tid til alle og er likt av alle. Han som straks drar ut i sjukebesøk når han blir tilkalt, som har ei kone som heller ikkje treng søvn og derfor kan ordne opp når mannen er ute. Han blir sjølvsagt buande på samme staden livet ut, og kjenner slektene bak i tre ledd. - Er det denne rollen vi ønskjer? Om ikkje: Koss kan realiteten tilpassas ideala?

"Forebyggjande arbeid er betre enn kurering", heiter det i eit velkjent slagord. Koss kan slagordet få innhald? Kor langt skal vi gå utafor den trygge rolla som terapeut for dei sjukdommane folk spontant presenterer for oss? - Kva med oppsøkjande arbeid for å få tak i den løynte

morbiditeten? Jo Telje viste at i den gruppa som "ikkje går til doktor", er det atskillig patologi å leite fram. - Vidare, kor går grensa mellom mitt verke som lege og min aktivitet som bevisst samfunnsborgar? Når samfunnet sjølv er sjukdomsskapande, kva gjør vi da? Ida Hydle gjorde problemstillinga ubehagelig klar ved følgjande bannbullar: Vi har ein sysselsettingspolitikk som skaper uføretrygda menneske, ein næringsmiddel, industri som påfører folk adipositas, anemi og obstipasjon, ein samferdselspolitikk held skadekirurgane i arbeid, og vi har ein tobakksindustri som skaper lungekreft og anna elende.

Å stille klare spørsmål er

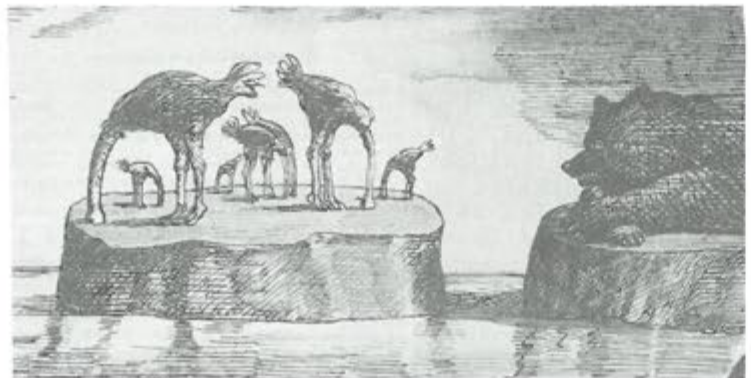
første steg mot problemløysing. I løpet av kursdagane blei det også virkelig stilt både mange og grunnleggjande spørsmål omkring allmenmedisinsk verksemd.

Kva så med svara?

- Ja, dei må vi saman arbeide ut etter kvart. At vi i dette arbeidet må stole på oss sjølve som allmenmedisinere, ikkje på spesialist- og instituttmedisinen, det er i alle fall eit første svar. At dette kurset representerte ei arbeidsform og ein tilnæringsmåte som må følgjas opp både for oss utvalte denne gongen og for kollegaene våre, - det blir neste svar. Er dette ei framtidig oppgåve for eit norsk allmenmedisinsk selskap?



"There's not a lot of this about."



# NORMALTARIFFEN 1980: Kommentar til revisjonen 1/4-80

Ved Alm.pr. Geir Jacobsen, Trondheim

En lenge etterlengtet revisjon av Normaltariffen fant sted med virkning fra 1. april i år. Fram til da hadde vi liberalt ervervende levd med og av den forrige tariffen siden 1/12-77. Den vedtatte "borgfred" i vårt arbeidsliv førte til at revisjonen ble utsatt i 3 mndr. etter at lønns- og prisstoppen ble opphevet ved nyttår. En ny revisjon står allerede for døren og vil ordinært finne sted 1/12-80.

Hva er iøynefallende ved den nye Normaltariffen? Den gav, som vi håpet, høyere honorarer, dvs. økte inntekter pr. stk. for de av oss som lever av akkordsystemet. Men hvem betaler?

Brukerne, rimeligvis, siden både refusjon og mellomlegg til syvende og sist må belastes folk flest i samfunnet. Økningen i honorarinntektene har kommet særlig visse sider ved legegjerningen til gode, andre står uendret. Blant disse er først og fremst alle tilleggskoster/ laboratoriekoster.

For det første øker konsultasjonshonoraret som følger: Fra 47 til 56 kr. ved 1. konsultasjon hos alment praktiserende lege, fra 42 til 51 kr. ved 2. konsultasjon. Tillegget ved 1. konsultasjon hos "Almenpraktiker Dnlf" øker fra 5 til lokr., dvs. 100% økning. Allikevel er det ennå et lite stykke igjen til fullt spesialisthonorar, selv om forspranget er minsket. Fullt spesialisthonorar er som vel kjent, et klart uttrykt mål.

Sykebesøks honorarene er uendret: 65 kr. om dagen, 113,75 om natten.

Alment praktiserende leger med minst ½ dags praksis med registrerte praksisutgifter får imidlertid et tillegg til refusjonen på 15 kr. for sykebesøk i tiden 03 - 18.

Dette er et første skritt

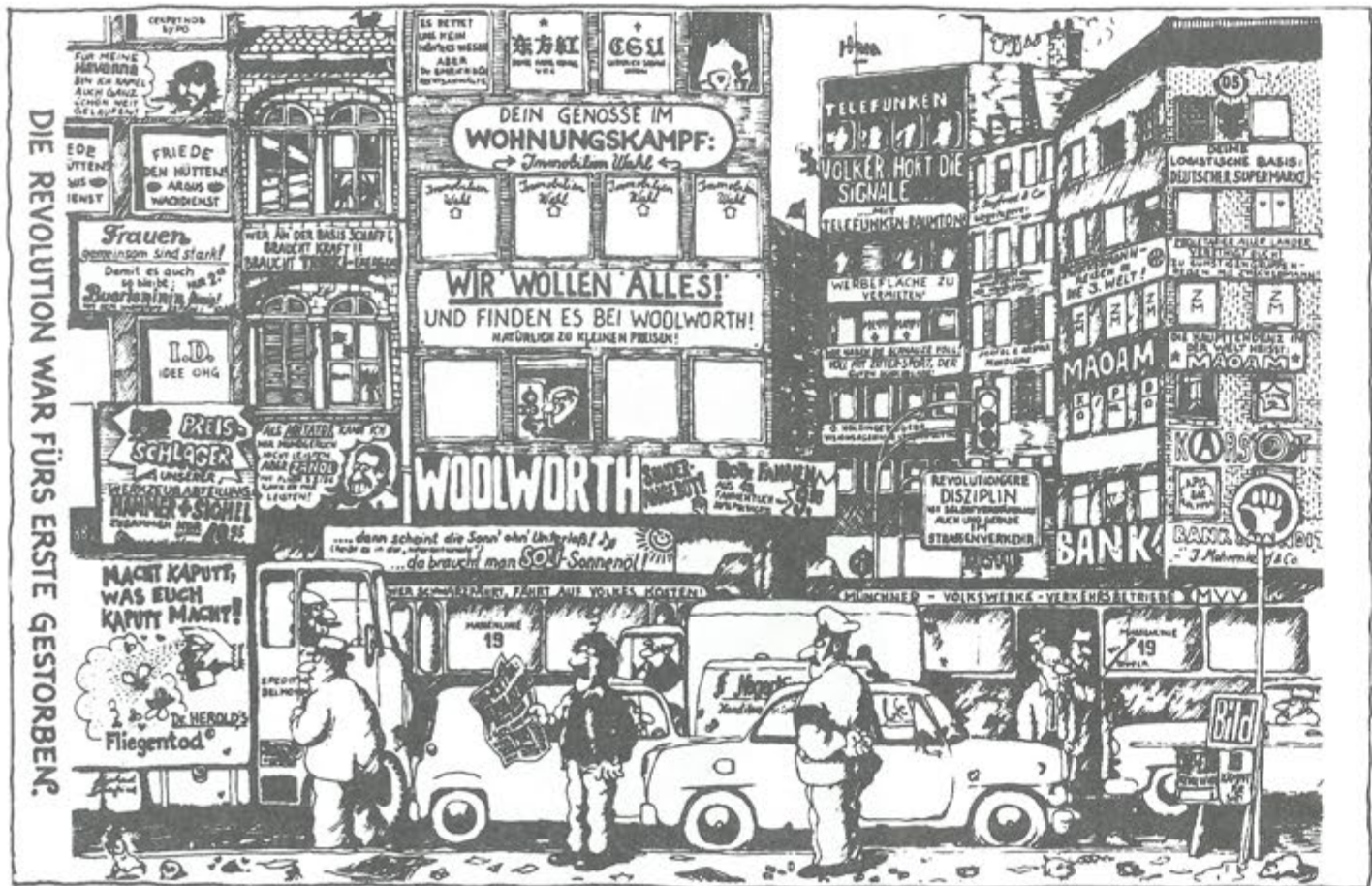


på veien til kompensasjon for praksisutgifter som løper fortsatt dersom legen må ut i sykebesøk i kontortiden. Andre kolleger kan ikke benytte denne takst 21b, som den er døpt.

Det mest iøynefallende er imidlertid spranget i pasientens egenandel, mellomlegget. Det er angivelig den evindelige pengeneid som fra Statens side har ført til at forhandlingene resulterte i følgende: 75% av økningen i legens honorarinntekter belastes direkte den enkelte bruker, mens bare 25% av økningen belastes Folketrygdens midler. 3. mann må faktisk dekke den vesentligste del av lønnsøkningen som Staten aksepterte skulle komme oss

akkordleger til gode ved denne lønnsrevisjonen.

Mange av oss stusser kanskje ikke over en økning i mellomlegget ved konsultasjon til 25 kr., hvis 20 kr. på dagen. Vanskeligere blir det å svelge at mens honoraret for sykebesøk holdes uendret, skal pasienten selv betale en relativt og, ikke ubeskjedent, større andel av dette honoraret etter 1/4 Fordelingen 30 - 35 (50) for sykebesøk på dagtid kan enda med all verdens reservasjon passere. Det kan derimot ikke 50 - 63,75 (tidl. 30-83,75) for kvelds- sykebesøkene vedkommende. Endel av oss kvier oss for å be om 50 kroner i mellomlegg av pasienten samtidig



som vi vet at pasienten må betale 20 kr. mer enn før, mens trygden yter tilsvarende mindre av et uendret sykebesøks honorar. På den andre side ser vi svært ugjerne at vi går glipp av disse pengene, de utgjør et ikke uvesentlig moment i vår motivasjon for å ta ekstra arbeid. I tillegg står vi dessuten i konstant fare for å støte "gode kollegiale forhold" dersom vi tar underbetalt for våre tjenester ved sykebesøk.

De fleste pasienter resignerer selvsagt og betaler det som forlanges. Noe annet er det med en kollega her i Trondheim som kom opp i en krangel med en pasient som nektet å betale: "50 kroner for så lite!?" Han måtte gå uten å få betaling. Den slags styrker ikke akkurat hjerteligheten og den gjensidige tillit i lege-pasientforholdet, eller hur? Personlig ser jeg ingen hensikt i å forklare for pasientene at egentlig tjener ikke legen mer på et sykebesøk nå enn i desember 1977: "Du forstår nå må du personlig betale mer hvis du blir så syk at du må ha lege hjem; og

ekstra uheldig, selvsagt, at det skulle skje nå i kveld/i natt. Staten har blitt enig om at det skal være sånn, forstår du". En fristes til å tenke på dobbeltmoralen bak politprisene: "Prisene må holdes oppe for å få folk til å avholde seg fra å drikke" vs. "Det budsjetterte overskudd av A/S Vinmonopolets drift for inneværende år". Folk slutter ikke å drikke og de slutter heller ikke å ringe etter lege dersom de har et følt behov.

Mange leger har imidlertid endel kronisk syke pasienter, bekjente og andre som finner det mest ønskelig og naturlig å be nettopp meg om hjelp, heller enn en mer "upersonlig" lege fra Legevakten i byen. Hos disse tar ihvertfall jeg vanligvis langt mindre mellomlegg eller intet mellomlegg overhead. I slike tilfelle vil reduksjonen av sykebesøksrefusjonen føre til et direkte tap av inntekt.

Et annet økonomisk aspekt som sikkert kommer ut av denne endringen: Vakthavende lege kan etter en legevakt på byen tenke: "Nå har jeg fått 50 kroner

av pasienten - de er foreløpig mine. Skal jeg sende regning på 63,75 til trygdekontoret? De går sikkert vekk i skatt, kanskje tilog med sammen med endel av 50-lappen. Skitt, jeg sender ingen regning!" Denne framgangsmåten reduserer selvsagt Kemnerens beholdning. På den andre siden reduseres også utgiftene til refusjon for Folketrygden.

Kan det tenkes at læger vil tenke så kynisk materielt, eller - o, kjetterske tanke - kan det tenkes at vår forhandlingsmotpart tenker like kynisk?

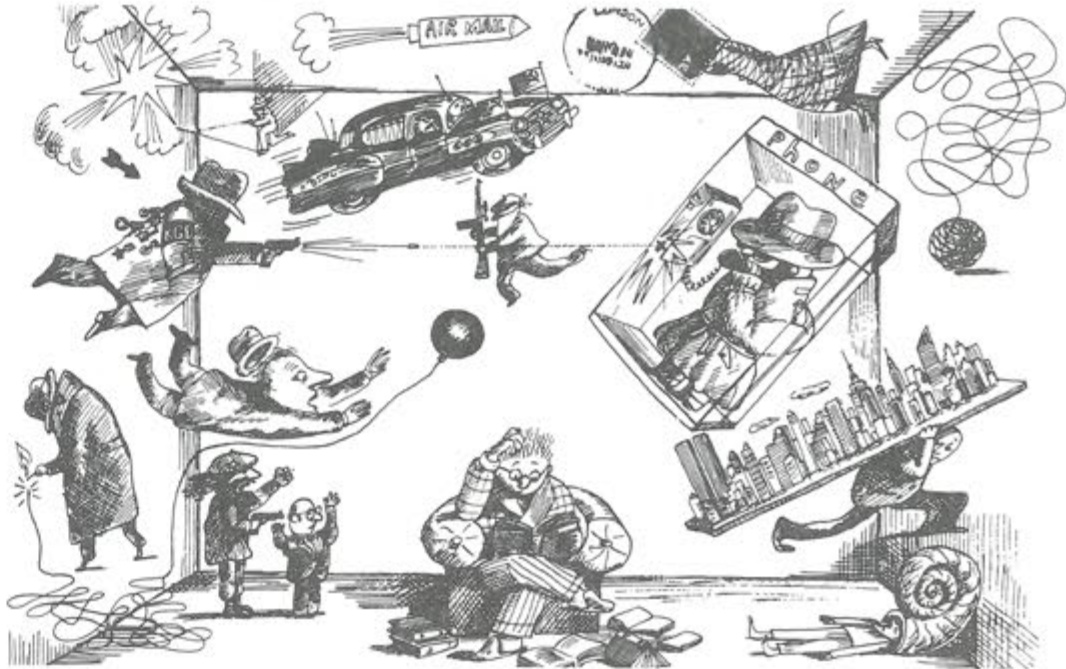
En reduksjon av Folketrygdens refusjon til legehjelp er kanskje et mål? Faren ligger i at vi får en økt "privatisering" med "direkte oppgjør" mellom lege og pasient. Var det kan hende tanken? Nei, gubare, vi har da et sosialt helsevesen?!





# Referat fra Societas Internationalis Medicinae Generalis Seminar om «Metoder i videre- og etterutdannelsen» Ved Leeuwenhorst kongressenter (Holland) 17.—18. april 1980

Referent: Johan Fredrik Nilsen, Institutt for Allmenmedisin, Bergen



Kongressen ble åpnet av presidenten Carsten Vagn-Hansen fra Danmark. Han kunne opplyse at det var påmeldt ca. 90 deltagere. Representantene fra Jugoslavia, Ungarn og DDR kunne ikke delta på grunn av problemer med visa og valuta. Vest-Tyskland hadde bare en representant tilstede på grunn av det sammenfallende møtet i Bonn.

Kongressen var videre lagt opp med innledende foredrag av presidenten i Royal College of General Practitioner (England) dr. J.P. Horder som foreleste om: "Continuing education and performance in practise". Målet med Videre- og Etterutdannelsen må være å bedre yte-evnen i ens praksis, spørsmålet er om man oppnår dette med VE vår, noe som må etterprøves med sammenlignbare tester før og etter utdannelsen. Han tok for seg hvilke utdannelsesmetoder som best kunne tenkes å forbedre ens arbeidsmetoder og hvordan innholdet i denne utdannelsesprosessen skal utvelges. Hvem er lærerne og hvem skal opplæres? Kan man

bruke tvang eller oppmunt-ring når det gjelder VE? Han kom blandt annet inn på forskjellige undervisningsformer fra kateterforelesninger til undervisning i seminarer/små grupper. Gruppepraksisens "oppdragende" evne på den enkelte deltager og kontroll av den enkelte praksis og flere praksiser tilsluttet en mer formell ordning.

Etter dette foreleste professor van Trotsenburg fra Østerrike. Han var spesialist i læringsvitenskap og foreleste over emnet: "Didactic principles of continuing education". Han tok utgangspunkt i hva en almenpraktiker skal lære og hvordan læringsprosessen skjer. Utfra disse kunnskapene burde man så kunne finne frem til de best egnede undervisningsmetoder. Vår preferanse for læring i grupper og oppgaveorienterte metoder har imidlertid begrenset valgmulighetene og vi er i ferd med å skape en ny generasjon leger, noe som sannsynligvis vil skape vansker med integreringen av de "tradisjonelle legene" i dette nye systemet. Han påpekte

nødvendigheten av å lære opp lærerne i undervisnings/læringsprosessen ved hjelp av undervisningsseminarer. Han påpekte gode forelesere som en god informasjonsformidler, men dårlig egnet til endring av adferdsmønstret og diskusjoner av tanker og motforestillinger. Gruppediskusjonen som en fri læringsform og ens egne behov og meninger kommer til uttrykk gjennom integrering av tidligere erfaring og praksisorienterte problemstillinger ble også berørt.

Ledernes behov for kunnskap om gruppedynamikk spesielt med hensyn til kompensasjons- og emancipasjonsfenomener i slike grupper ble understreket. Han gikk inn for desentralisering av VE for at denne mest mulig skulle skje i tilknytning til deltagerens arbeidsområde, men at det hele kunne

sees i sentral og total sammenheng.

Etter denne innledningen ble deltagerne så fordelt i 5 grupper hvor man prøvde å diskutere de problemstillinger som var blitt

fremsett under de innledende foredrag.

Resultatet av diskusjonen var magert og kan oppsummeres i 2 hovedpunkter:

1. Standarder - må defineres - må defineres lokalt - det må forefinnes standarder for kunnskapsnivå, arbeidsmåte og fremferd/pasientkontakt.
11. Nye leger og tradisjonell medisin - vi er klar over problemet, men vet ikke hva man bør gjøre med det.

Der var ingen samling i plenum etter denne gruppediskusjonen.

Man vikk så demonstrert mikrocomputerstyrt læring av dr. philos. Heinrich Unger fra Hoffman La Roche. Der er utviklet læringsprogrammer for studenter i mikrobiologi, kjemoterapi, lungesykdommer, patologi, etc. For VE finnes der kasuistikker hvor man initialt fikk presentert en sykehistorie. På forespørsel til maskinen fikk man så presentert den somatiske undersøkelse og utfra dette kunne man be om enklere og mer kompliserte laboratorieprøver, røntgenbilder, etc., og når man var kommet tilfredsstillende langt i beslutningsprosessen kunne man så gi sine diagnoser/differensial diagnoser og få disse besvart. Dette undervisningssystemet var spesielt beregnet på bruk av 2-3 leger sammen i en liten gruppediskusjon og syntes meget interessant. Ved utgangen av 1980 regnet man med å ha ca. 60 sykehistorier som for tiden finnes på engelsk/tysk, men vil kunne bli oversatt til norsk.

Med mindre endringer vil nok disse systemene være fullt brukbare på små bord-datamaskiner som er i handelen her i Norge. Programmet utlånes kostnadsfritt og kan kjøpes for fra kr. 50,- til kr. 100,-.

I forskjellige grupper ble det så forevist forskjellige former for VE. Jeg deltok i en gruppe med dr. Moors fra Holland hvor man presenterte et kurs om behandling av seksuelle problemer. Kursets hovedhensikt var å gjøre deltagerne bevisste på sine egne be-



grensninger og holdninger - ikke direkte kunnskapsformidling, som forutsettes tilegnet gjennom et halvt års studier og gruppediskusjoner. Meningen er å gi deltagerne mulighet for å oppdage hvilke kunnskaper de trenger for å kunne gi tilfredsstillende råd til pasienter med seksuelle problemer og bli klar over sine egne kunnskaper eller mangel på sådanne. Man går trinnvis frem i kurset som finner sted over 10 dager med 3-4 timers leksjoner over emnene:

1. Å lytte til en pasient.
2. Å lytte til en pasient med seksuelle problemer.
3. Kvinnelige og mannlige seksuelle funksjoner.
4. Somatisk undersøkelse.
5. Forsikring om at: "Du er ikke den eneste som har dette problemet".
6. Gi informasjon; fjerne myter og villfarelser.
7. Evaluering ved halvveis gjennomført kurs og gjensidig utveksling av litteratur.
8. Hvordan skal seksuelle problemer håndteres? Å lære å spørre svært konkret og mer informasjon omkring seksuelle problemer.
9. Planlegging av hvordan man skal få pasienten til å ko-operere.
10. Henvisning av pasienter med alvorlige seksuelle problemer.
11. Nødsituasjon eller krise-intervensjon.

Punktene er hentet fra Schacht's bok: "How to help sexual problems".

Den neste demonstrasjonen jeg deltok i ble ledet av dr. DeLille fra Belgia og hadde som tema: "Policlinical training evenings in a group practice" I hans arbeidsområde var det 15-16 almenpraktikere hvorav 50% deltok i disse kveldsmøtene som var lagt opp på følgende måte: Der ble valgt et tema og regionens almenpraktikere ble forespurt om å komme med spørsmål, sykehistorier og andre relevante problemstillinger for temaet. Disse ble så samlet inn av gruppens undervisningsleder som fikk laget et hefte av disse spørsmålene, sykehistoriene, etc. Dette heftet ble så distribuert til almenpraktikerne og en invitert spesialist. Gruppen møttes så privat en kveldstund og i løpet av en 3 timers seanse gikk man gjennom de problemstillinger som ble tatt opp i heftet. Spesialisten hadde derfor tid til å sette seg inn i problemstillingene og kunne svare utfra sine forutsetninger og der ble da en dialog mellom almenpraktikerne vedrørende de enkelte problemstillinger. Heftet var også således utformet at der var plass til svarene slik at det etter endt kurs dannet en lærebok i dette tema.

Arbeidsmetoden virket meget arbeidskrevende, men resultatet virket tiltalende rent kunnskapsmessig og befordret god kommunikasjon mellom almenpraktikerne og den lokale spesialist.

Fredag den 18. april fikk

vi presentert Lorrain-modellen for VE ved dr. Scharf. Denne var utviklet som lokal VE-modell, men er nå tatt i bruk som "hans modell".

Hovedelementene i denne modellen er:

1. VE her er utelukkende beregnet på almenpraktikere.
2. Den er basert på lokale, autonome distriktsforeninger.
3. Den skal være frivillig.

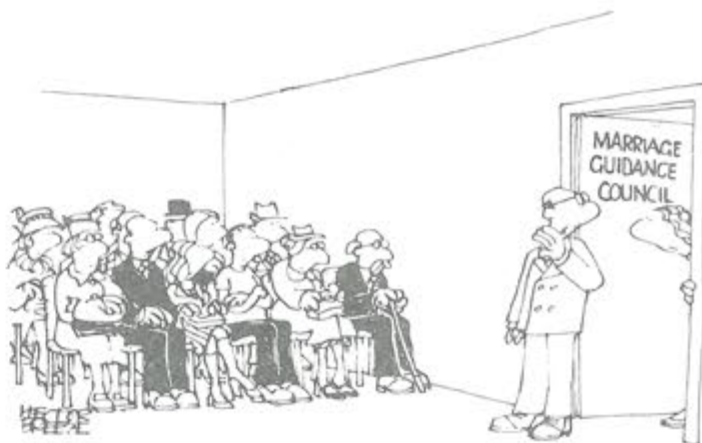
Undervisningsinnholdet tar sikte på å dekke 2 områder.

a) Det følte behov for kunnskap og b) Gi en kunnskaper om det en ikke vet at en ikke vet, såkalte skotomata. Man definerer i utgangspunktet hva deltagerne skal få av kunnskaper og ferdigheter og endringer i adferdsmønsteret i løpet av kurset, med andre ord hvilke egenskaper skal de tilegne seg. Utfra dette utarbeides programmet. Man bruker 3 undervisningsmetoder:

1. Samtaler med en spesialist som er en passiv læringsform velegnet til informasjonsformidling.
2. Informasjonsgrupper bestående av 5-6 kolleger i samarbeide med en spesialist. Man tar her sikte på å diskutere instruktive kasus mer enn interessante kasus og problempasienter i medlemmenes praksis.
3. VE-kurs som Scharf betraktet som den beste metode. Man er i grupper på maksimalt 12 personer hvor deltagerne enten studerer et spesielt emne meget inngående eller lærer seg visse tekniske ferdigheter/undersøkelsesprosedyrer. Gruppen bestemmer sine egne kunnskapsbehov og målene for læringsprosessen. Varigheten av disse kursene er ubestemt da den er avhengig av at gruppens deltagerer oppnår sine læringsmål.

Etter endt kurs kontrollerer man kunnskapsnivået med tester.

Hvis utfallet av testene er positive oppløses gruppen, eventuelt skaffer seg nye mål, dersom den er negativ d.v.s. at mål-



"This could be difficult. They say they're all together."

ene ikke er nådd tar man igjen fatt på læringsprosessen. Viktig i dette opplegget er utdannelse av de som skal undervise. Der er omlag 60 nasjonale, regionale og lokale seminarer hvor fremtidige foredragsholdere ved VE-kurser for første gang blir gjort kjent med problemene og så øvd opp i VE slik at de får kjennskap til de basale elementer i læringsteori.

Man fikk så en introduksjon av en kursmodell i Nederland, kalt Warffummodellen ved dr. Warffumbeek og dr. van der Meer. Retningslinjene for disse kursene er at:

1. Kursinnholdet skal yte vesentlige bestemmelser av kursdeltagerne.
2. De spesialistene som blir invitert som forelesere må legge vekt på hvordan hans kunnskap kan nyttes i en almenpraksis med det utstyr til diagnostikk og terapi som der finnes og han må også ta hensyn til den tid en almenpraktiker har til rådighet for hver pasient.
3. Kursdeltagerne skal isoleres for en viss tidsperiode og gruppene skal være små, anslagsvis 20 for at de skal rekke å bli kjent med hverandre og at kommunikasjonen innen gruppen skal være fri og utvungen.
4. Man skal ha rikelig tid til diskusjon.

Man har også testet kursdeltagerens utbytte av kurset og gjør en pretest. Utfra den får de som underviser et begrep om hvilke emner som særlig bør berøres og poengteres.

Etter kurset gjøres en posttest som inneholder de samme spørsmål. Man har også prøvd å gjøre en evaluering av langtidsvirkningen ved å stille dem de samme spørsmål pluss noen flere 6 mndr. senere. Oppslutningen om kursene har vært stigende til omkring 85% av almenpraktikerne i regionen. Lignende kurs andre steder har fått lignende oppslutning.

Dr. Rasmussen fra Danmark la så frem en dansk modell for VE hvor man først laget et undervisningsopplegg for de som skulle være lærere. Man har fjernet seg fra kattereforelesninger og i stedet tatt i bruk gruppearbeide på en noe spesiell måte. En arbeidsdag er delt i 2 formiddagsseksjoner hver på 3 timer og kveldsseksjon på 2 timer. En seksjon deles i 2 moduler hver på en time og en like stor diskusjonsperiode. Ved siden av arbeidsgruppene er der dannet en gruppe med spesialister og undervisningsledere. Arbeidet i en modul består i:

1. Problemstilling, f.eks. en situasjon fra dagens arbeid, gjerne en lege/pasientsituasjon på videotek med varighet ca. 10 min.
2. Gruppediskusjon (ca. 30 min.) motivert utfra 1 eller 2 spørsmål som

blir sendt til dem over video.

3. Informasjon (ca. 15 min) Møtet blir produsert i studio under fase 2 og blir lagt opp som diskusjon med seksjonsleder og spesialisten som gir informasjon.
4. Gruppediskusjon av den gitt informasjon og formulering av spørsmål og kommentarer for plenumsdiskusjon.

De videotapene som blir laget kan senere lånes ut til andre grupper for videre bruk.

Hvert år gjennomgår 15% av danske almenpraktikere slike kurs hvorav det lages 6 stykker per år.

Om ettermiddagen var det gruppediskusjoner hvor jeg deltok i en gruppe med professor Grob og dr. Newman fra England som la frem erfaringer med medisinsk VE via TV. Ved Londonuniversitetet finnes en egen avdeling for medisinsk etterutdanning. Man lager her TV-programmer utelukkende for almenpraktikere og man har til nå laget 80 programmer med varierende innhold fra rent læremessig presentasjon av interessante temaer for almenpraktikere med diskusjonsprogrammer som krever tilhørernes deltagelse og medvirkning i diskusjonen. Man har også drevet en del utprøving med lukkede TV-nett med kamera i kontorsituasjonen, simulert ved pasienttest av lege i vanskelig klinisk eller emosjonell situasjon og lukket TV-nett som tar opp

gruppeaktiviteter for å lage et diskusjonsforum vedrørende gruppedynamikk og gruppeaktiviteter slik at diskusjonen bedre kan forstås og man kan utvikle positive arbeidsmetoder.

Vi fikk forevist en del materiale som viste seg å være av teknisk meget høy kvalitet og meget interessant. Materialet kan lånes ut i The United Kingdom, men utenfor dette området må videoteken kjøpes til en pris av kr. 1500,- per stk.

Som helhet må seminaret sies å ha vært meget interessant og som deltager i VE for legene i Bergensregionen har jeg fått mange nye impulser.

Det norske bidrag til workshop'en skulle være en demonstrasjon av en ny metode

som brukes mye, og som egner seg for desentralisert undervisning: Spør spesialisten. Siem innledet med å redegjøre for vår almenpraktikerutdanning, og kravet til fornyelse av tittelen almenpraktiker Dnlf hvert 5. år.

På grunnlag av en analyse av de 550 første almenpraktikere som ble godkjent i den tid overgangsordningen gjaldt, ble det vist at disse leger hadde fått dekket over 1/3 av sine kurstimer ved desentraliserte tilbud, ved lokale sykehus eller organisert gjennom lokale avdelinger for Den norske Lægeforening. "Spør spesialisten" ble demonstrert ved at en eng-

elsk almenpraktiker og reumatolog, dr. John Griffin, ble spurt om å være spesialist. Han møtte uforberedt, og de fire norske deltagerne åpnet med spørsmål til spesialisten vedrørende forskjellige reumatiske sykdommer og deres behandling slik man møter dem i praksis. Etter hvert falt også de andre tilstedeværende leger inn med spørsmål. Det utviklet seg raskt en livlig debatt med til dels pågående spørsmål. Dr. Griffin svarte godt for seg. Denne sesjonen ble av en av de engelske deltagerne senere noe sarkastisk kalt "Bate the specialist".



# Bokomtale ved Heidrun Sandve

Tittel: Introduction to General Practice

Forf.: Michael Drury & Robin Hull

Forlag: Bailliere Tindall

232 sider. Uinnb. Fås hos Bruns Bokhandel Trondheim



Redaksjonen ville ha meg til å lese gjennom og omtale boka Introduction to General Practice. På tampen av distrikts- turnus passa det godt å bli meir eller mindre nødt til å lese ei slik bok. Eg hadde venta meg eit heilt pragmatisk inn- hold, med omtale av dei dominerande sjukdommane i allmennpraksis etter mønsteret symptom/diag- nose/behandling.

Men nei - dette er meir ei bok som frå ymse vink- lar kastar lys på grunn- leggjande filosofi i all- mennpraksis, historisk utvikling og organisering av primærhelsestellet (engelske forhold), pro- blem og utfordringar i dag og i tida framover. Innhaldet er breitt. Det er oversikteleg delt opp i 12 kapittel med under- avsnitt. For dei som ynskjer fordjuping, er det litteraturlister et- ter kvart kapittel.

Diagnoseproblemet i all- mennpraksis blir særleg grundig drøfta. I tre kapittel:

- om diagnoseproblemet i allmennpraksis,
- om "symptomevaluering

- og om primærlege/pasi- entforholdet prøver forfattarane mellom anna å finne svar på spørsmålet: I ein travel praksis med ca. 10 minuttar pr. pas. - kva slags faktorar spelar inn når legen avgjer kor stor innsats ho el- ler han vil leggje ned for å koma fram til ei diagnose?

Ulike typar problem vi kjem ut for, blir illustrerte med 5 case-historier. Vi får lese om legen i forhold til pasienten med akutt ba- nal lidning, med asympto- matisk sjukdom, med akutt al- vorleg lidning, med terminal sjukdom og pasienten som treng kontinuerleg omsorg. Etter kvar slik historie fylgjer ei analyse av aktu- elle problem og korleis legen taklar desse.

Organiseringa av primærhel- setenesta i England får forholdsvis fyldig omtale. Den er som kjent betre enn her heime på berget og så- leis kanskje inspirerande å lesa om: Det kan bli betre her og! Vi får også ein liten gløtt av andre måtar å organisere eller ikkje organisere primær-

helsestellet på, eksempli- fisert med USSR, Danmark og USA.

Eit kapittel tek for seg utdanning og forskning i allmennpraksis. Breidda i stoffet skulle hermed ve- ra illustrert.

Boka er særleg tiltenkt me- disinske studentar og fer- ske primærlegar. Det er nok viktig for forfattarane å vekke, eventuelt styrke interessa for allmennprak- sis i desse gruppene. Begge forfattarane er er- farne primærlegar og uni- versitetslærarar i allmenn- medisin. I føreordet skriv dei mellom anna (fritt over- sett): "Vi håpar at lesaren vil føle som oss, at kvart enkelt møte mellom pasient og dokter er ei viktig hen- ding med si eiga intellek- tuelle utfordring, sjøl når

pasienten presenterer ei såkalla banal lidning".

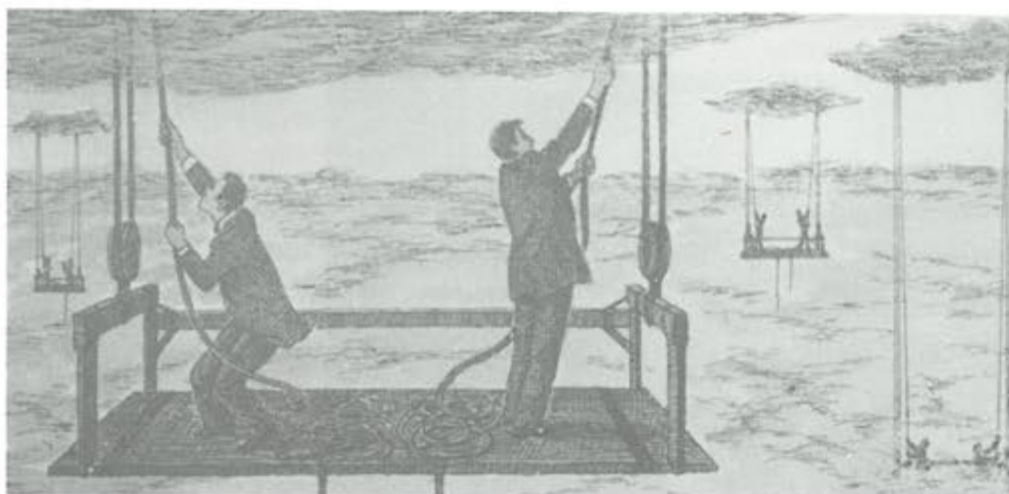
Eg trur boka maktar å gje lesaren ei slik kjensle. Sjøl har eg fått styrka synet på primærhelsete- nesta som eit spennande og utfordrande arbeids- felt. Det spørst om ikkje ei bok med tilsvarande innhald, og helst med ut- spring i norske forhold, burde bli obligatorisk lesnad i medisinstudiet, som skal ha som hovudmål- setting å utdanne primær- legar.



"I'm worried about Tristram—he's still reading adult publications."

# «Samfunnsmedisin» — en ny spesialitet?

Ved Ove Skjerven



Spillereglene for dette spill over alle spill kan man bare lære på den vanlige, foreskrevne måte, som krever mange år, og ingen av de innvierte vil kunne ha noen interesse av å gjøre disse spillereglene lettere tilgjengelige.

(Herman Hesse, "Glassperlepillet").

En ny spesialitet er under oppseiling. Dette kan leses mellom linjene i Delinnstilling I fra et Utvalg for samfunnsmedisin oppnevnt av offentlige legers landsforening.

## Utgangspunktet.

For å finne ut om denne spesialiteten er berettiget har utvalget tatt omtrent følgende utgangspunkt:

- Hva er samfunnsmedisin?
- Har noen bruk for samfunnsmedisin?

Dette har gitt deler av innstillingen et noe abstrakt preg og antyder at samfunnsmedisinen stiller helt spesielle, nærmest metafysiske krav til utøveren av virksomheten.

For å besvare de to spørsmålene har utvalget gått til utlandet og funnet fine tankebygg og regler om samfunnsmedisin og "community health". Riktignok i land der de praktiske resultater av

virksomheten i form av bedre folkehelse slett ikke synes overbevisende.

Utvalgets utgangspunkt, gitt i mandatet og OLLs styrevedtak, smaker av profesjonalisme, og bryter med de ideer om en enhetlig primærlegetjeneste som sterkt understrekes i "Tenkekomiteens lille grønne".

Et konkret og langt mer fruktbart utgangspunkt er etter mitt skjønn følgende: Om 2-3 år har vi en kommunal helsetjeneste i Norge. Dermed vil kommunene trenge faglige rådgivere og administratører av disse tjenestene. I den grad leger skal være med på dette, hvilken bakgrunn bør disse ha for å kunne gjøre en best mulig jobb, det vil si arbeide for best mulig helse-tjenester i kommunene?

## Krav til kommunale rådgivere og administratører av primære helsetjenester i kommunene.

Nå blir det enklere å se hvilke områder samfunnsmedisinen bør ha en spesiell innsikt i:

### 1. Almen medisin:

En viktig oppgave vil være å administrere kurative almenmedisinske tjenester. En solid bakgrunn i dette fagområdet hører derfor ubetinget med, f.eks. almenpraktiker DNLF-kompetanse.

### 2. Epidemiologi.

Kan læres f.eks. på Bygdøy-

kurset eller ved samfunnsmedisinske/almenmedisinske institutter i Norge.

### 3. Hygiene.

Egner seg for kursvirksomhet. Kunnskaper om lover og bestemmelser er nær knyttet til utøvelsen av faget, nasjonale utdannelsetilbud bør forbedres og videreutvikles.

### 4. Forvaltning og administrasjon.

Utdannelsetilbud finnes både angående teoretiske og praktiske sider ved disse fagområdene ved f.eks.: universiteter, distriktshøyskoler, bedriftsøkonomiske skoler og i regi av Norske kommuners sentralforbund.

Disse fagområdene skulle også dekke kravene til stillinger høyere oppe i forvaltningen.

Det akademiske hierarki har hittil ikke latt seg etablere i primærhelsetjenesten. Vel har "fylkeslegeskolene" i Skottland og andre steder sneket seg inn som nødvendige ritualer for visse stillinger, uten at deres relevans synes å ha vært skikkelig vurdert.

Slike ritualer har vi mange av i den akademiske verden, de som sitter på toppen forsterker sine egne pisisjoner ved å lage ansettelsesregler som favoriserer søkere med samme utdannelse. Dette har bl.a. ført til at enkelte sykehusavdelinger er blitt

"overtunge" med skoleflinke doktorander på bekostning av erfarne klinikere.

Ikke det at pilegrimsreisene i Public health kan være både interessante, lærerike og personlig utviklende (hvem har ikke lyst på et sabbatår?), men listen av aktuelle fagområder ovenfor peker sterkt i retning av nasjonale kurs som mer relevante.

"Utvalget for samfunnsmedisin" står foran et nyttig og viktig oppryddingsarbeid i sin neste delinnstilling om utdanning.

#### En ny spesialitet?

Dette vil i så fall bli den første fulle spesialitet i primærhelsetjenesten, med tilsvarende høy status og lønn. Altså blir noen primærleger "finere" enn andre, og det blir de legene som fjerner seg fra pasientene. Dette er en svært betenkelig utvikling. Erfaring

fra sykehuspoliklinikker og fra distriktslegevirksomhet tilsier at unge, uerfarne leger i utdanningsstilling er mer usikre, tar mer prøver og tenderer til overbehandling.

De mest erfarne bør sitte i første linje, dette gir pasientene trygghet og god service, riktig "pasient-sortering" og best ressursutnyttelse.

En utvikling mot at det viktige og krevende klientarbeidet i første linje skal bli lavstatusarbeid må motarbeides.

Det er et behov for en nærmere avklaring av hvilke krav som bør stilles til "samfunnsmedisinere" i kommunen og ellers i forvaltningen, og for et utdanningsopplegg for denne virksomheten samtidig som det blir ryddet opp i ansiennitetsreglene.

Men dette må skje i nært

samarbeid med de to andre store virksomhetsområdene, almenmedisinen og bedriftslegevirksomheten, samt de sosialmedisinske virksomheter. Disse bør sees under ett og utdanningsopplegg og ansiennitetsforhold utarbeides i et nært samarbeid der ingen får blåse seg opp på mulig bekostning av andre.

I første omgang kan det tenkes en "samfunnsmedisin DNLF" og en "bedriftslege DNLF", og at disse siden, om det synes absolutt nødvendig, samtidig utvikles til "fulle" spesialiteter.

Det er fristende å lage en ny spesialitet med tilhørende regelverk: Det skaper tilsynelatende orden, et fagområde etableres, grenser settes, posisjoner styrkes.

La oss motstå fristelsen!

## SIMG-Janssen prisen

Det var i år mange søkere til SIMG-Janssen prisen, lo søkere fra henholdsvis Østerrike, Frankrike, Vesttyskland, Ungarn og Tsjekkoslovakia. De forskjellige prosjektene som det ble søkt støtte til, omfattet et bredt spektrum fra almenpraksis. Følgende tittler illustrerer dette:

- organiske reaksjoner på psykisk belastning
- komputertyding av EKG
- Beta-blokker's virkning på den psykiske tilstand
- genetiske emner
- hypertensjon og komputer
- screening av barn for pyuri
- klassifikasjon av migrene
- hypoglykemi.

Dr. F.M. Hull fikk prisen for 1979. Dr. Hull er Clarkson Clinical Tutor ved Universitetet i Birmingham, hvor han er involvert i undervisning av almenpraktikere. Han fikk anledning til å reise i Europa og i Statene. På denne måten samlet han et stort materiale om hvordan familielegen fungerer

i forskjellige land. Hans kritiske bemerkninger har vært skrevet ned i en serie av artikler. Dr. Hull er godt kjent i SIMG. Fra 1976 har han vært aktiv medlem av EGPRW (European General Practice Research Workshop) og nylig sluttet han seg til SIMG's tidsskrift som faglig rådgiver.

Det prosjektet som han fikk SIMG-Janssen prisen for var en studie av leger's tid, hvor mye legen bruker til konsultasjoner, sykebesøk, administrasjon og sin egen utdanning. Første survey foregikk i England og viste enorme variasjoner mellom forskjellige grupper av leger. Han planlegger nå å sammenligne resultatene med de som kan samles inn fra andre europeiske land.

SIMG-Janssen prisen kan nå søkes. Europeiske forskere i almenpraksis som ønsker støtte for sitt arbeide, kan få hjelp gjennom denne prisen..

En søknad bør ledsages av en kort protokoll over prosjektet som redegjør for

hensikt og metoder. Protokollen kan skrives på engelsk, tysk eller fransk. Denne bør sendes SIMG-sekretariatet i Klagenfurt med overskrift SIMG - Janssen prisen, før 30.11.1980.

En internasjonal jury vil vurdere søknadene. Prosjekter som kan føre til internasjonale sammenligninger vil bli foretrukket. Den som får prisen må fullføre sitt arbeid innen 2 år etter at den er tilkjent, og presentere resultatet på en SIMG-kongress. Arbeidet kan publiseres i SIMG's journal. Prisens størrelse er £ 650,- hvorav £ 400,- mottas når prisen tiljennes, og £ 250,- når prosjektet er avsluttet.

Almenpraktikere: Her er en sjanse!



# Tanker omkring skole- og helsestasjons- legetjenesten

Ved Alm.pr. Geir Jacobsen, Trondheim

Generelt sett har det vært vanskelig å få privatpraktiserende almentpraktikere til å ta forebyggende helsearbeid i helsestasjoner og skoler i kommunen. Mye av dette arbeidet må istedet tas hånd om av den offentlige lege, først og fremst distriktslegene.

I byene påligger det likeledes den offentlige lege - gjerne kalt stadslegen - å sørge for gjennomføringen av denne lovfestede forebyggende helsetjenesten. I Oslo inngår forebyggende arbeid som en pålagt del av bydelslegenes virksomhet. Stadsfysikus Melbye har uttalt at 20% av bydelslegenes arbeid skal gå med til forebyggende arbeid.

I Trondheim forplikter nyetablerte primærleger seg til minst 2 timer forebyggende helsearbeid i kommunen som deres del av den "garantiavtale" som de inngår med kommunen ved etableringen.

Skole- og helsestasjonstjenesten forestås/administreres av Skoleoverlegen ved Trondheim helsekontor ("Helseråd"). Han har den "utakknemlige" jobben å rekruttere skole- og helsestasjonsleger som lover og forskrifter med hjemmel i lov pålegger kommunen.

Mange alment-praktiserende primærleger kvier seg som nevnt, for å ta slike jobber. De anførte grunner kan lyde som følger:

- Det er lite faglig stimulerende: Det er "lite å finne" ved slik "kjøttkontroll".
- Vi har mer enn nok med å holde orden på vår travle praksis, vi har nesten ikke tid til å gå ifra. (Trondheim har

landets dårligste dekning av alment praktiserede primærleger).

- Vi har så store praksisutgifter at vi ikke har råd til å ta skole eller helsestasjon nå. Vi får se når de nye takstene kommer. Helsestasjon er



den rene veldedighet overfor kommunen; det gir bare tap.

For endel leger kan det utvilsomt være riktig at høye praksisutgifter fører til at timelønnen for forebyggende arbeid blir lav, 0, eller endog gir økonomisk "tap" i den aktuelle tiden.

I Trondheim har flere innen gruppen almentpraktiserende primærleger innsett at forebyggende helsearbeid i skoler og helsestasjoner er en naturlig del av vår praksis i den generelle medisin. Personlig vil jeg ikke at andre leger skal drive og "fikle" med "mine unger". Hva med oppfølgingen av

patologiske funn og hvilket tilbud til alle snørrungene og andre med sykdom hvis jeg ikke kan ta hånd om dem utenfor helsestasjonen slik at de presumptivt friske ikke utsettes for smitte? En rimelig godtgjørelse har vi allikevel alle arbeidet for. Siden 1976 har vi vært i kontakt med kommunen en rekke ganger for å få i stand en ordning med kompensasjon for løpende praksisutgifter den tid vi deltar i forebyggende arbeid.

Både Stadslegen og helseadministrasjonen forøvrig har "vist forståelse" for våre synspunkter. Stadslegen har hele tiden vært på linje med oss som hevder at de almentprakti-



serende primærleger bør drive dette arbeide og ikke andre tilfeldige leger eller fast tilsatte kommunale leger med skoler og helsestasjoner som eneste arbeidsområde. Dette blir allikevel modellen dersom vi ikke engasjerer oss!

Tross konsultasjoner og korrespondanse har det vært vanskelig å få gjennomført alternativ og høyere timesats for forebyggende helsearbeid for leger med løpende praksisutgifter. Årsaken er klar: Kommunen har følt seg bundet av avtalen mellom Norske Kommuners Sentralfor-

bund (NKS) og Lægeforeningen.

Under den fagpolitiske dag på Beito-kurset 25/4 i år ble følgende fastslått med tilfredshet:

- Det er stor oppslutning blant primærlegene i synet på at skole- og helsestasjonsarbeide er en naturlig del av den almentpraktiserende primærleges arbeidsområde.
- Den Norske Lægeforening vil gå inn i forhandlinger med NKS med krav om høyere timesatser for privatpraktiserende leger som tar forebyggende helsearbeide

i kommunen og etterlater en tom praksis med fortsatt løpende driftsutgifter.

La følgende oppfordring gå ut:

Ta del i det lovfestete forebyggende helsearbeide i skoler, helsestasjoner og bedrifter. De er ikke særomsorger, men naturlige komponenter i vår praksis!

## LESER- INNLEGG

Gry Rognli, 6100 Volda.

Frontbilde på nr. 2/1980 samt bildet på side 14 viser at Utpostens sans eller usans for humor ikke er i pakt med tiden, og det anbefales derfor å lese "Hva er kvinnesak" av Mundal som håp om å endre bruk av kvinnekroppen som vits og reklame.

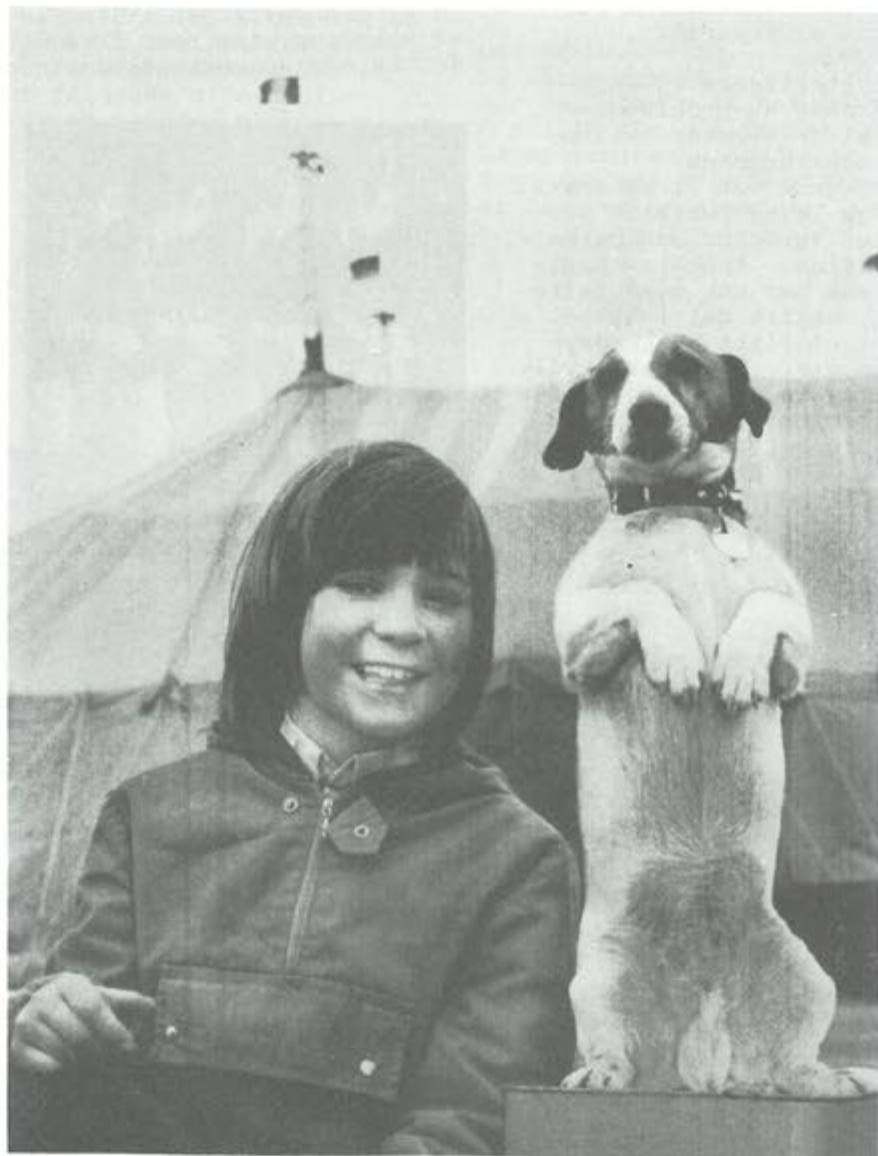
## OMFORLADELS

## OMFORLADELS

## OMFORLADELS

## OMFORLADELS

## OMFORLADELS



# IKKE BARE NORMALTARIFF

Ved distriktslege Folke Sundelin

Kampen for Normaltariffen er i full gang. En kamp der Lægeforeningen synes samlet, men der både mål og midler spriker kanskje like mye som i diskusjonen omkring Etablingsloven.

Mitt opprinnelige utgangspunkt for denne artikkelen var et forsøk på å forsvare utad vårt behov for en kraftig økning av normaltariffen. Et avisinnlegg hvis hensikt skulle være å få økt forståelse for at pasienter og leger i denne sak har felles interesser. Med bakgrunn i at de fleste av pasientene har opplevd knapphetstidene: De har blitt avspist med lynraske konsultasjoner hos legene. De har ikke fått snakket ut, ikke fått svar på sine mange spørsmål. Til gjengjeld har de i tide og utide blitt avkrevet både urin og blod m.m.

Få har forklart pasientene hvorfor dette har blitt en nødvendighet. Enda færre har spurt pasientene hva de egentlig ønsker. Kanskje kunne vi få pasientene på vår side dersom vi kunne love dem en bedre omsorg. En omsorg der legene ikke tvinges til stadig sterkere å måtte fokusere på drifts-

økonomien og legge opp praksisen/pasientbehandlingen deretter.

Kanskje. Men bare kanskje.

Tvilen går selvfølgelig på om det er mulig å forklare pasientene dette tilstrekkelig godt til å vinne deres forståelse. Men den dreier seg enda mer om forutsetningen: Vil en økning av inntektsgrunnlaget gjennom en oppjustering av normaltariffen endre vår driftsform til pasientenes beste? Tvilen blir til innrømmelse: Vi har ingen slik garanti.

En ytterligere gjennomtenkning av problemområdet forsterker tvilen og konklusjonen. Riktignok vet vi at svært mange leger fortsatt ser flest fordeler med normaltariffen. Endel av pasientene har nok også dette syn, utifra det insitamment et slikt akkordsystem gir. Uten dette vil de frykte at legetjenesten blir mindre effektiv med lavere service-nivå, lengre ventelister m.m.

Men motargumentene er mange: Normaltariffen er for oss leger et avlønningssystem

med store, innebyggede skjevheter. Innad skal det betjene alle Lægeforeningens medlemmer. Enten de arbeider subsidiært eller ikke.

Enten de må leve av systemet på heldagsstilling eller vil skaffe seg en lettvinnt ekstraintekt med huspraksis fra barne-TV til Dagsrevyen. Enten de sitter på bymessige, godt besøkte legevaktsentraler og skaffer seg ublue timefortjenester på snørr og hoste eller de venter ved bygde-telefonen og inntjener kr. 17,50 på en skarve telefonkonsultasjon i.l.a. et vakttdøgn uten noen form for beredskapsgodtgjørelse.



Nei, det mangler ikke på motargumenter:

Både for legen og pasienten er det beklagelig at tariffen ikke honorerer forebyggende helsearbeid og psykososial legehjelp.

Legen har ikke råd til å samarbeide med annet helse- og sosialpersonell. Disse faktorene har medvirket til at mange har innsett at de er bedre tjent med å gå med slike sosialmedisinske problemer til andre terapeuter. Normaltariffen har medvirket til å spille oss over sidelinja.

Innad medfører dette enda større problemer: Med dagens normaltariff blir praksisen mer fundert på økonomiske enn faglige prinsipper. Og i all framtid vil et system som normaltariffen gi store variasjoner i inntekt for sammenlignbare årsverk. Idag er følgende alternativer for to heltids almenpraktikere fullt mulige: Familielegen med sosialmedisinsk engasjement og

100.000 kroner i årlig trygdeerefusjon versus den "effektive" og prøveglade legen med 500.000 kroner i tilsvarende bruttoinntekt.

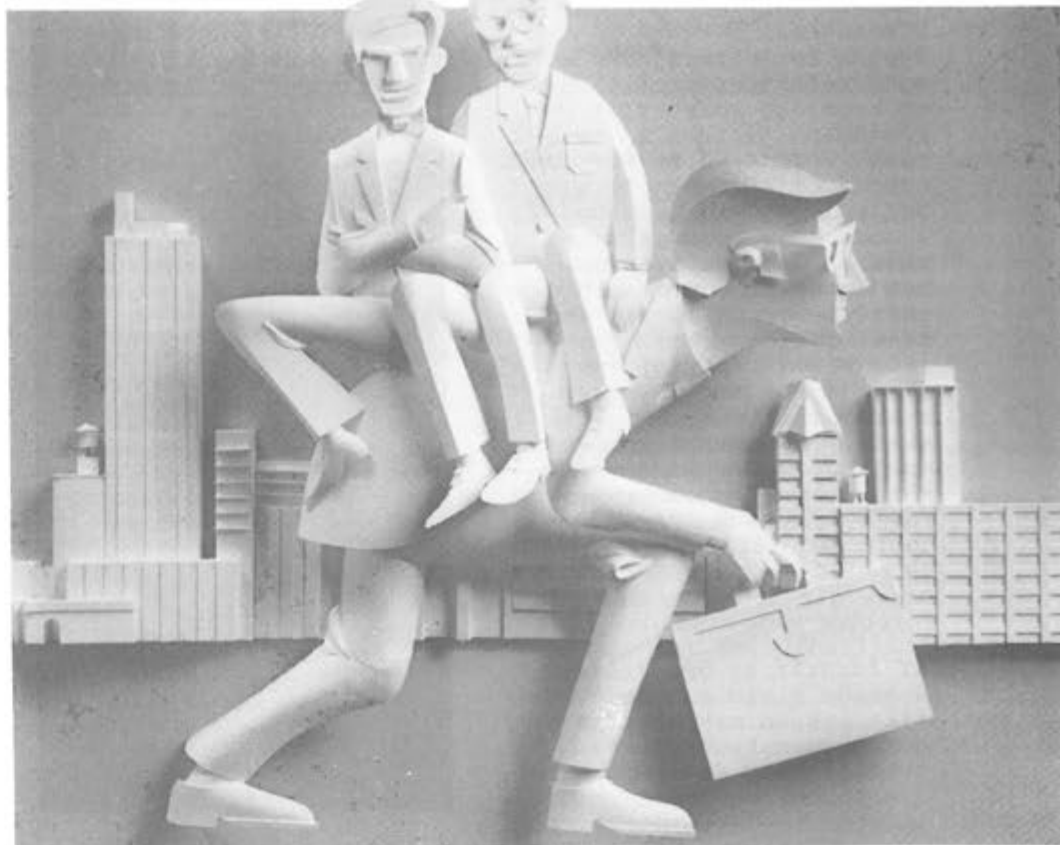
Hvem som gjør den beste jobben? Det vet vel egentlig ingen, hovedproblemet er at systemet har så store skjevheter. Og et slikt akkordsystem vil for alltid, selv om det blir forbedret og differensiert, beholde sine svakheter: Den enkleste lege styrer systemet på sine premisser. Ved å bruke pasientene og takstene vil legen kunne justere sin inntekt, nærmest uansett pasientgrunnlag. Og dermed fortsetter vi den samme praksis som i 70-årene har undergravet vårt forhandlingsgrunnlag: Vi har kompensert for sviktende takster ved å intensivere bruken av de samme takstene.

Det er vanskelig å forsvare et slikt system. Når jeg likefullt har valgt å stille meg solidarisk med Lægeforeningens aksjon og sagt opp min trygdeavtale, er årsaken innlysende: Idag

har jeg ikke noe alternativ.

Fastlønnsordning er jo ingen landsomfattende realitet. Og er en tvunget til å drive etter normaltariffen, føler jeg at det er i alles interesse at den får en kraftig oppjustering. Men samtidig er det å håpe at flere av legene og Lægeforeningen innser at vi er bedre tjent med fastlønnsordninger. Og at myndighetene ikke bare innser at dette tjener pasientene, men viser økonomisk vilje til å la det bli et reelt alternativ overalt i landet.

Jeg forstår at Lægeforeningen i den nåværende situasjon vil sikre en framtid også for normaltariffen. Men foreningens aksjon vil miste solidaritet hos mange medlemmer, dersom kampen kjøres for ensidig fram. Fast lønn må bli et side-stilt alternativ, og Lægeforeningen må kreve at de praktiserende leger får en reell valgmulighet.



WE CROSSED A CAMEL WITH A CONCORDE...



...IT USES VERY LITTLE WATER...



BUT IT DOESN'T DO A DAMNED THING EXCEPT DRAW FLIES.

# Dr. med. Henrik Seyffarth, spesialist i nevrologi, Oslo



Det gledet meg da jeg på omslaget for nr. 1, 1980, kunne lese: "Vil 80-årene satse mere på forebyggende arbeid?"

Inne i bladet var det mange utmerkede artikler når det gjaldt å organisere legearbeidet slik det er idag. Bl.a. ble det pekt på hvor meget man økonomisk kunne spare ved å behandle pasientene på sykestue i mange tilfeller.

Men kunne ikke "Utposten" også tenke seg å ta seg av det faglige spørsmål når det gjaldt forebyggende arbeide? Hva betyr det å forebygge faglig sett? Det betyr at vi lærer folk å beholde sine sunne funksjoner. Hittil har legene tatt seg mest av de biokjemiske funksjoner, mens de fysiske funksjoner, sitte, stå, gå, puste og arbeide riktig er kommet helt i bakleksa. Dette ser vi også tydelig av hvor liten plass fysikalsk medisin har fått i undervisningen.

Typisk for situasjonen er også referater fra et kurs om kroniske smerter, i Trondheim juli 1979, referert i "Tidsskrift for den norske Lægeforening". Her snakket man bare om å stanse smerteimpulsene på sitt løp mot hjernen, men nevnte intet om det perifere grunnlag for smertene. Dette grunnlag er ikke selve irritasjonen av traumet, men vevets reaksjon omkring den vevsskade som traumet framkaller. Reaksjonen består vesentlig i sirkulasjonsforstyrrelse med væsleoppbygging og påfølgende nydannelse av bindevev. Dette gir grunnlag for det forebyggende arbeide, idet

vi forstår at det gjelder å holde sirkulasjonen vedlike liksom man må tøyne det nydannede bindevev overalt hvor det opptrer i kroppen, og det gjør det

der hvor det av en eller annen grunn er dårlig sirkulasjon. F.eks. i overanstrengte muskler og ledd.

Jeg skulle ønske "Utposten" tok disse spørsmål opp til diskusjon, og kanskje i større grad slapp til enkelte vidtsynte fysioterapeuter.

Jeg får år om annet adskillige pasienter fra det hele land som ligger nede i Oslo for å få min behandling. Og det koster ikke samfunnet lite. Men jeg må med sorg bekjenne at hvis disse pasienter i tide hadde lært å bruke kroppen riktig, så hadde meste-parten av disse sykdommer i skjelettmuskelsystemet vært unngått. Spesielt vil jeg nevne dette om at gal pustemåte fører svært ofte til både brystsmerter og nakke-arm smerter. Eller mangel på muskelfølelse i ryggen og mangel på øvelser til å rette seg opp, gjør at ryggene alt for ofte blir insuffisiente.

Forts. side 21.



# UFØRETRYGDSAKER OG MANGLENDE RESPONS FRA RIKSTRYGDEVERKET

Fra Simon Wold, Tr. heim Trygdekr.

Ragnar Stene, Fredrikstad, har i desembernummeret for Utposten uttrykt misnøye med at trygdekontorene/Rikstrygdeverket ikke informerer de behandlende leger om utfallet av uføresaker hvor legen har avgitt legeerklæring for sin pasient.

Undertegnede er enig i de refleksjoner som Stene kommer med. Det burde være selvsagt at legen fikk informasjon via trygdekontoret når saken er avgjort. Det har med kommunikasjon og informasjon mellom to viktige samarbeidspartnere i folketrygdsaker å gjøre.

Trondheim trygdekontor har for flere år siden tatt konsekvensen av dette og orienterer legen i slike saker. Ved vårt kontor har vi laget et spesielt skjema "Orientering til lege om vedtak i klienters krav om stønad etter lov om folketrygd". Opplysningene til legen går ut på hvor stor prosentvis uførepensjon det er innvilget. Det samme gjelder hjelpestønad og grunnstønad. Likeledes inneholder skjemaet informasjon om eventuelt avslag. Vår informasjon til legene i denne forbindelse tilfredsstiller kanskje ikke Ragnar Stenes krav til å bli orientert om saksutfallet, men i de tilfeller det er ønskelig vil legen kunne få tilleggsopplysninger via sin klient.

Trondheim trygdekontor synes at det merarbeid som denne melding til legen fører med seg er av

ubetydelig omfang og går inn i rutinen ved vårt kontor.

Som en parentes vil en gi honnør til redaksjonen av Utposten for aktuelt stoff som også trygdekontoret setter pris på å få del i.



Forts. fra side 4.

rådet med eventuelle straks-løsninger. Et utvalg som skal stå for planlegging i helse/sosialtjenesten i henhold til en midlertidig lov, har nesten ikke hatt et eneste møte. De burde for lengst ha kommet i gang med planlegging..

Det ser ikke ut til at de ansvarlige politiske myndigheter ser det store alvor i denne saken og den krisen som truer i bakgrunnen. Befolkningen har blitt meget bekymret for hva det skal bli til hvis senteret blir nedlagt. Opinionen er helt og fullt på vår side i denne saken.

Saken synest helt fastlåst i øyeblikket. 22/5 skal den opp i bystyret, men man må anta at resultatet der blir det samme som i formannskapetets behandling av denne sak. I så fall vil krisen være der i løpet av kort tid. Alle håper

vi at saken blir løst slik at alle blir tilfreds, slik at vi leger får trygge arbeidsplasser og slik at Fredrikstads befolkning fortsatt skal få et tilfredsstillende primærlegetilbud i disse tider med etableringslov og kontroll.

Forts. fra side 20.

Hvis man ønsker debatt i bladet om disse spørsmål er jeg meget villig til å være en av dem som kommer frem med nye synspunkter. Forøvrig kan jeg henvise til mine bøker utgitt i de senere år, hvorav den siste "Pasientens del av behandlingen", gir en kortfattet og lett oversiktlig beskrivelse av hva belastnings-sykdommer er for noe.

# KONGRESS — SERVICE S.I.M.G.

## 27th International Congress on General Practice 27. Internationaler Kongress für Allgemeinmedizin Klagenfurt, Østerrike 15.—20. sept. 1980

Preliminært program.  
Current aspects of General Practice.  
(Aktuelle sider ved allmen praksis).

15.9 Kriseintervensjon i allmen praksis.

16.9 Barn som pasienter i allmen praksis.

17.9 Genetiske sider ved allmen praksis.

18.9 Forskningsfunn i allmen praksis.

19.9 Assistanse til seksualproblemer.

20.9 "Selvhjelp"-grupper/Pasient -interessegrupper

Registreringsformular for påmelding til kongressen v/Harald Siem, Oslo Helseråd, St. Olavs plass 5, Oslo l.

Det foreligger tilbud om gruppereise fra Oslo 17/9

kl. 13.05 via Frankfurt og retur 21/9 kl. 14.25 via Zürich og København, til Oslo kl. 21,35. Med et minimum antall deltagere på 10 personer vil flyprisen for en slik gruppereise tur/retur beløpe seg til kr.1.995,- pr. person.

Interesserte i dette tilbud bes også henvende seg til Harald Siem, adr. som ovenfor.

## MØTEKALENDER

5.-7.sept. 1980:  
NORDISK ALMENMEDICINER-SEMINAR i København

15.-20.sept:  
SIMG-KONGRES i Klagenfurt

4.-9.okt.:  
NINTH WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE i New Orleans

31.okt. - 2.nov.  
5. INTERNATIONAL BALINT-KONGRES i Köln

7.-9.nov.  
DSAM-ÅRSMØDE 1980 i Ålborg

21.-22.nov.  
DSAM, TEMASEMINAR "Den lægelige invaliditet" i Slagelse, hotel E-2

9.-11.jan. 1981:  
DSAM, KURSUS "Kommunikation og samtaleterapi" i Slagelse-hotel E-2

4.-6.juni:  
SIMG- kongres i Budapest

17.-20.juni:  
2.NORDISKE KONGRESS I ALMENMEDISIN i Bergen.

Gjengitt etter DSAM ORIENTERING. Dansk selskab for almenmedicin, nr. 11, juni 1980.

# Dopamet

*l- $\alpha$ -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 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.

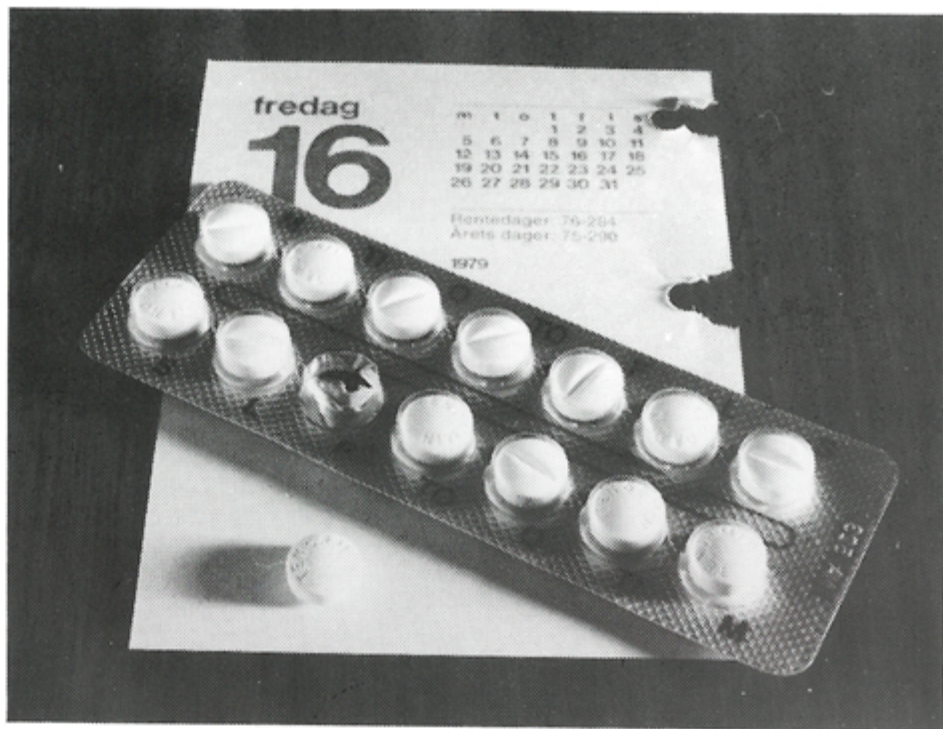
Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

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:

**Absolutte:** Ukomplisert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

**Relative:** Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulintrengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

#### BIVIRKNINGER:

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

#### FORSIKTIGHETSREGLER:

Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta<sub>2</sub>-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Betablokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommen 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**  
**COID**

<b>Beta-stimulerende adrenergika</b>	blokkerer beta-adrenerg effekt (V1b)
<b>antidiabetika</b>	økt hypoglykemisk effekt (V1a)
<b>antihypertensiva/diuretika</b>	økt BT-senkende effekt (V1a)
<b>digitalis</b>	bradykardi, arytm (V1a, V11)
<b>disulfiram</b>	dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)
<b>generelle anestetika</b>	myokarddepresjon (V11)
<b>sekalekaloïder</b>	økt risiko for perifere karspasm (V1a)
<b>kolinesterasehemmere</b>	økt risiko for bradykardi (V1a)
<b>verapamil</b>	økt risiko for myokarddepresjon (V1a)



ICI-Pharma

Stortingsgt. 14 Oslo 1 Tel. (02) 426940

BRATLIE ELI OG OLA  
2250 ROVERUD

Returadresse:  
UTPOSTEN  
Risvollan Legesenter  
Boks 3616  
7001 Trondheim

# Nyhet!

## Surmontil<sup>®</sup> 50 mg

trimipramin



pakningsstørrelse à 30 tabletter godkjent  
til bruk i ALMENPRAKSIS.

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 à 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

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

