

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

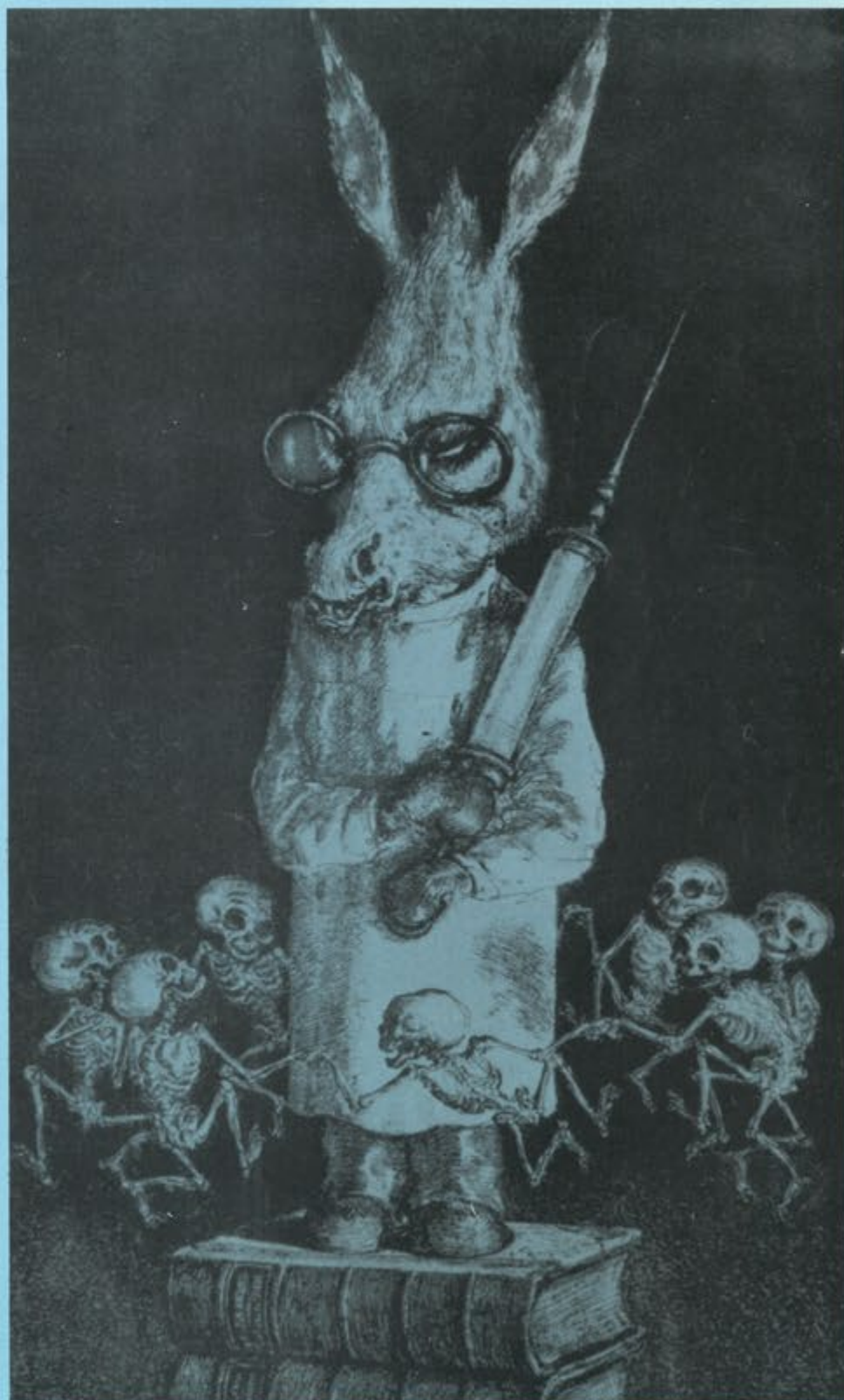
NUMMER 5-6

SEPT./OKTOBER 1980

ÅRGANG 9

AV INNHOLDET:

- AAGE BJERTNÆS:**
Akademisk lofts-
rydding nødvendig 2
- STEINAR WESTIN
JO TELJE:**
Norsk selskap for
almenmedisin — er
tiden inne? 3
- Innstilling fra APLF's
organisasjonsutvalg 8
- AAGE BJERTNÆS:**
Bokanmeldelse —
almenmedisin 13
- HANS K. OFBERSTAD:**
Utviklingen av
primærhelsetjenesten 14
- BERIT TVEIT:**
Tanker eller kurs i
almenmedisin. 15
- JOHN LEER:**
Revisjon av normal-
tariffen. 17



Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Toril Jacobsen

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237
Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

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

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Akademisk loftsrydding nødvendig

Mye har skjedd i vårt universitetsmiljø de siste 20 år. Faget medisin har gjennomgått en forrykende knoppskyting, 4 medisinske skoler, ikke dårlig for vårt lille land. Legene har drysset rikelig fra samlebåndet. Seksti og sytti årenes universitetsholdninger kalte raskt sine døttre og sønner tilbake til universitetsklinikkene, til nød til det moderne store sentralsykehuset.

Vi er inne i åttiårene, våre sykehus er breddfulle av leger, den som ikke har satt seg nå må stå! Det er snart bare ståplasser igjen selv i primærhelsetjenesten.

I de kommende ti år skal distriktshelsetjenesten berikes med 2000 nye leger, skal vi tro våre helsepolitikere. Og det tror vi, vi har jo skreket dette i ti år, vi trenger flere primærleger. Legene får vi, netto tilvekst på 300/årlig rett fra universitets-samlebåndene.

Når skal våre fakultetsråd ta konsekvensen av samfundets behov å produsere leger som bedre egner seg i begynnerstillinger i distriktshelsetjenesten.

Etter 7 års studium er studentene de fleste steder fullstendig institusjonalsert og distriktslegejobben virker mere skremmende enn inspirerende.

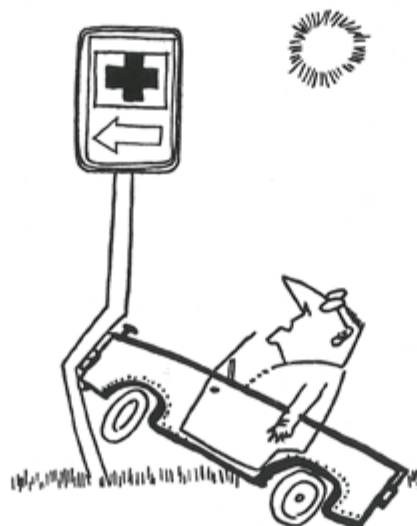
Man har lenge visst at "sykdomspanoramaet" i almenpraksis er totalt endret i løpet av de siste 30 år. Sykdommer - plager i muskelskjelettsystemet utgjør nærmere 20% av våre konsultasjoner, videre 15% bærer preg av "psykiatri", hvorav psykosene utgjør et fragment på 0,6%. Samfundsproblemer, vansker i arbeidsliv, skolesituasjon og samliv, reddsel for sykdom preger 80 årenes gjennomsnittspasient. Når skal fakultetsrådene som planlegger medisinerundervisningen starte pedagogisk utviklingsarbeid som tar hensyn til samfunnets behov. Medisinstudiet er bortsett fra Tromsø konservert og på enkelte områder balsamert. Våk opp til 80-årenes oppgaver!

Hvor lenge skal fag som fysisk medisin kun tilgode-ses med få timer? Enorme beløp utbetales i form av sykepenger og uførestønader til denne pasientgruppen. Studentene får mangelfull undervisning, som fører til usikker undersøk-

elsesteknikk. Videre og etterutdannelse behovet på dette området for våre primærleger er således unødig stort!

La videre forebyggende medisin få en sentral plass i undervisningen, rydd plass, fjern støvet. Hvem har mot til å si at en del av min undervisning er unødvendig. Noen må begynne, hansken er kastet.

AAGE BJERTNÆS



Norsk Selskap for Almenmedisin — er tiden inne?

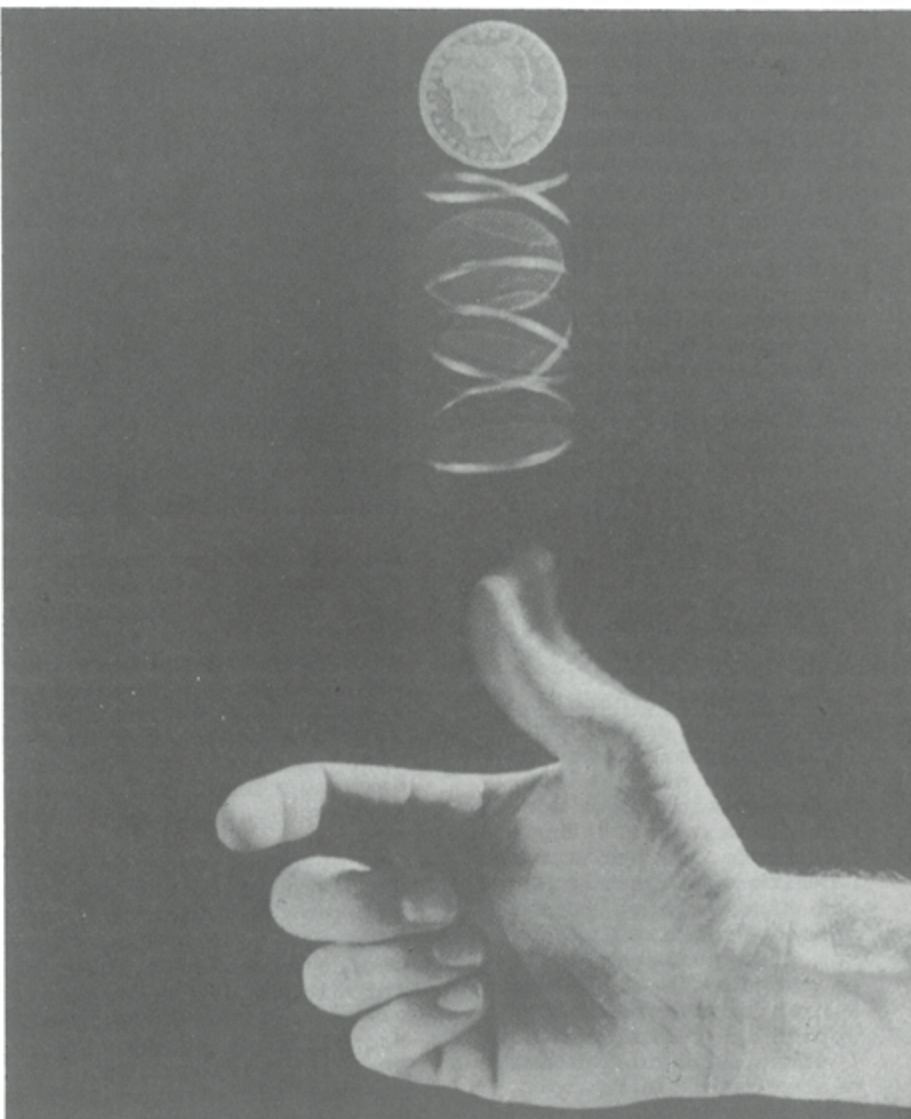
Av Steinar Westin og Jo Telje

Det er gått over et halvt år siden Utposten på lederplass oppfordret til dannelsen av et norsk selskap for almenmedisin (Utposten nr. 7/1979). Noen ny tanke var det riktignok ikke. Spørsmålet har som tåken drevet over de almenmedisinske vannene i flere år. Utpostens utspill har møtt forskjellige reaksjoner, fra skeptiske rynk på nesen til utålmodig entusiasme. Sikkert er det i hvert fall at spørsmålet omfattes med interesse blant primærleger over hele landet.

Mange steder har lokale fagmiljøer bygget opp en virksomhet som kanskje allerede bærer i seg kjernen til et landsomfattende faglig selskap. Vi kan videre konstatere at den voksende almenmedisinske selvbevissthet gradvis trenger gjennom i kurser, møter og forskning. Det faglige utviklingsarbeidet er allerede i gang, spørsmålet er mer om det er behov for en landsomfattende sammenlutning for å koordinere og videreutvikle dette arbeidet uten at virksomheten til våre fagpolitiske foreninger APLF og OLL blir svekket.

Utfordringen her hjemme.

Det er naturlig å starte med selve utfordringen: Den forestående utbygging av en kommunal primærhelsetjeneste bemannet med almenmedisinere, distriktsleger, husleger, familieleger eller hva man måtte ønske å kalle denne skapningen. Men bak en tilsynelatende politisk enighet skjuler det seg utviklingstendenser som ikke nødvendigvis vil fremme en helhetlig primærhelsetjeneste. Flere steder har vi sett eksempler på reorganisering av primær-



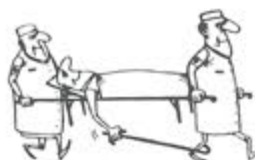
helsetjenesten på lokalt plan med oppstykkning i særomsorger, isolerte helsekontroller, legevakt bemannet med yngre sykehuskolleger, omgåelse av henvisningskrav til spesialist, og etablering av store poliklinikker etter svensk mønstre. Slike tiltak kan komme til å ødelegge muligheten for primærlegen til å yte den "kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende" helsetjeneste som vi tror er nødvendig for å drive god almenpraksis.

Den forestående utbygging vil for det første kreve at

vi aktivt er med på å sikre en organisatorisk og administrativ struktur som gjør at vi kan drive en faglig høyverdig almenmedisin. Bør vi ha pasienttilknytning gjennom listesystem eller regionalisering? Hva er den beste vaktordning? Hvorledes utnytte hjelpepersonell optimalt? Bør vi drive oppsøkende virksomhet? Krav til utekontorstedet? Hvorledes skal vi best få til fruktbart samarbeid med de andre profesjoner i helse- og sosialsektoren? Ingen steder i Norge har vi i dag systematisert all den viten og erfaring primærle-

ger hittil har samlet om disse spørsmålene.

For det andre står vi overfor en faglig utfordring til den enkelte primærlege, - er vi gode nok? Et mer omfattende offentlig engasjement vil uvegerlig føre til at det offentlige også sterkere vil ønske å kontrollere hva de betaler for. Vi tror det vil være en ulykke hvis dette munner ut i ekstern kontroll og byråkrati. Vi må selv utarbeide faglige standardkrav eller normer og vi må selv sørge for å leve opp til disse. Det gjelder områder som diagnostisk utredning, prøvetakning, behandling, oppfølging, kontroll og informasjon. Vi vet at våre sykehuskolleger mange steder i dag kvier seg for å slippe fra seg pasienter til en primærhelsetjeneste de ikke stoler på. Det er opp til oss å endre dette forholdet.

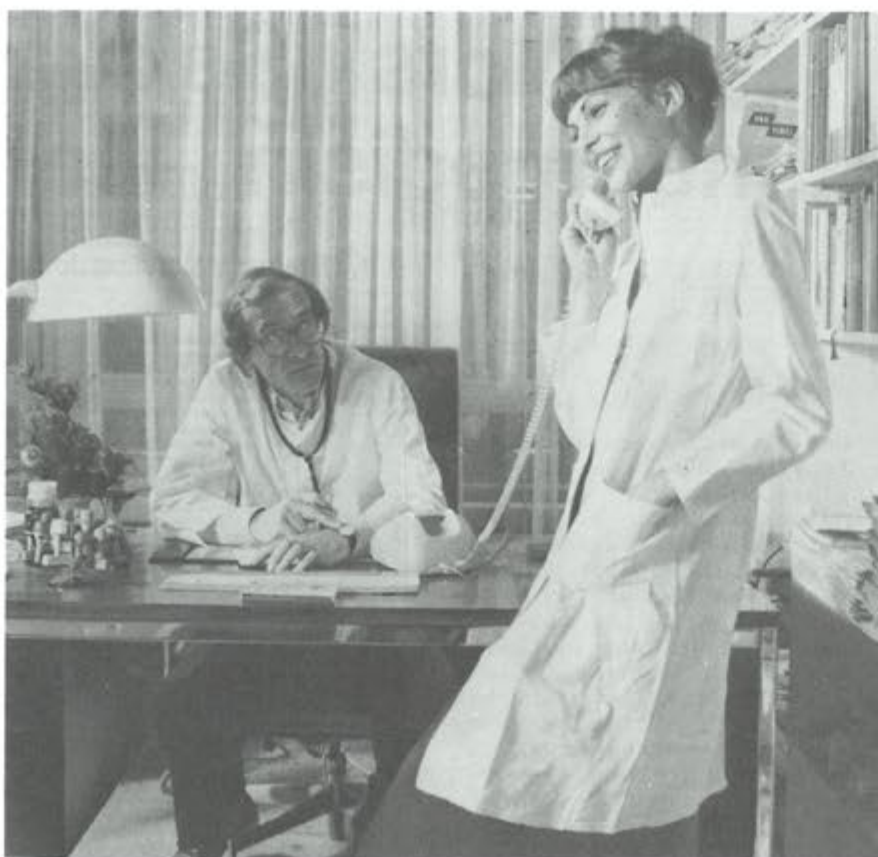


...og fra våre naboland.

La oss rette blikket mot to av våre naboland der almenmedisinen har noe av den plass og stilling vi kan ønske oss her hjemme: Danmark og England. Begge har sine veletablerte almenmedisinske selskaper, som uten tvil har spilt en avgjørende rolle for å bringe almenmedisinen opp til det nivå den har i disse landenes helsetjeneste i dag.

Dansk Selskap for almenmedisin har riktignok bare passert sitt første tiår. Det startet sin virksomhet før det fantes akademiske institutter for almenmedisin i de medisinske skolene, og har utdannelse, forskning og internasjonalt samarbeid som sine viktigste arbeidsoppgaver.

Det engelske "Royal College of General Practitioners" er nestoren blant de almenmedisinske selskapene, og har en imponerende virksomhet med sine 32 lokalavdelinger og flere forsknings- og utdanningsentre.



Kravene til medlemsskap er strenge, og forutsetter både formell videreutdanning i almenpraksis og en omfattende opptakseksamen. Organisasjonen har som formål å fremme "high standard og general practice" - eller uttrykt med dens eget motto: Cum scientia caritas.

Det er grunn til å merke seg at begge disse faglige selskapene eksisterer ved siden av og i god forståelse med de almenmedisinske fagforeningene, som tar seg av yrkesgruppens økonomiske og fagpolitiske interesser. Samtlige medlemmer av Dansk Selskap for almenmedisin er samtidig medlemmer av Praktiserende Lægers Organisation, svarende til vår APLF.

Hva har vi?

Så til vårt hjemlige terreng: Flere forskjellige organer har hver på sin måte tatt hånd om det almenmedisinske fagområdet:

- VEAP-rådet, Rådet for videre- og etterutdanning av almenpraktiserende leger, har som legeforsorgsorgan bidratt til å utforme de oppleggene som danner basis for almenpraktiker Dnlf-godkjenningen.

- Lægeforeningens lokale kurskomiteer har utført og utfører stadig det praktiske arbeidet med å organisere et stort antall regionale kurser for almenmedisinere.
- Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening har også maktet å supplere sitt fagpolitiske arbeid med rene faglige oppgaver. Fagutvalget i APLF har f. eks. stått for de årlige betydningsfulle Gausdalskursene, nå flyttet til Beito, og på Vestlandet det tilsvarende Solstrandkurset. Selve merkesteinen for dette arbeidet er nedfelt i "den lysegrønne" om "Morgendagens primærhelsetjeneste", forfattet av APLF's og OLL's "tenkekomite". Dette skriftet vil enda i mange år gjennomføre våre faglige diskusjoner.
- Vi har fått de almen- og samfunnsmedisinske institutter ved våre fire medisinske skoler. De har sin største oppgave i den medisinske grunnutdannelsen og i forskningen, og vil aldri kunne fylle den rollen et almenmedisinsk selskap kan ha når det gjelder å organisere det faglige utviklingsarbeidet

som må drives for og av de leger som selv arbeider aktivt i primærhelsetjenesten.

- På forskningssiden kan det være grunn til å ta med "Almenmedisinsk forskningsutvalg" - et råd bestående av representanter fra de fire almen- og samfunnsmedisinske instituttene og APLF og OLL. Rådet disponerer bl.a. det såkalte "almenpraktikerstipendiet" fra Lægeforeningen, til utdeling porsjonsvis til primærleger som vil gjennomføre mindre forskningsprosjekter.
- Som basis for det internasjonale samarbeidet har vi det såkalte FORUM, egentlig bare en ad hoc-konstituering av de halvårslige felles almenmedisinske instituttmøtene, supplert med representanter fra APLF og OLL. Dette organet har nærmest vært en nødløsning som basis for norsk deltagelse i internasjonale almenpraktikerorganisasjoner i mangelen av et norsk selskap for almenmedisin.

- og hva ønsker vi?

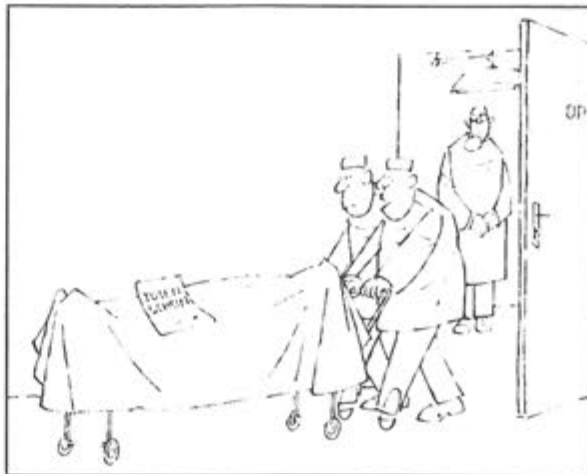
Det avgjørende spørsmålet er altså om det er plass til, eller virkelig behov for, et almenmedisinsk selskap i dette terrenget. Hvis vi vil svare ja, må det være ut fra et dynamisk syn på de organer som arbeider i feltet idag. Noen av disse organene kan uten større vanskelighet inngå i og videreutvikles innenfor et almenmedisinsk selskap. Det gjelder f.eks. VEAP-rådet Almenmedisinsk forskningsutvalg, FORUM, kanskje også

fagutvalget i APLF.

Men en slik organisatorisk samling er neppe noe fullverdig mål i seg selv. Det som kan gi selskapet liv og innhold, må være de lokale almenmedisinske fagmiljøene. Disse grupperingene kan utvilsomt vokse og styrke seg på en organisatorisk samling. Mange vil se fordelene med at de oppgavene som idag ligger på sentrale legeforeningsorganer og universitetsinstitutter, gjennom et selskap knyttes nærmere til miljøene av aktivt praktiserende primærleger. Universitetsinstituttene kan på sin side være tjent med at det finnes selvstendige faglige grupperinger utenfor universitetene, en samarbeidspartner å spille med i undervisning og forskning.

Formålet - et motto?

Hvordan kan vi tenke oss formuleringen av formålet for et Norsk selskap for almenmedisin? Utposten har allerede kastet fram et forslag (i nr. 7/1979). En av redaktørene har senere omtalt dette som en uferdig, rå vedkubbe, ferdig til å bli hugget og teljet til gjennom nye diskusjoner. I dette forslaget står avgrensning av almenmedisinen mot spesialistene og etablering av almenmedisin som egen fullverdig spesialitet sentralt. Vi tror den overordnede målsettingen bør ligge noe nærmere stikkordet kvalitet i almenpraksis. Oppgaven vi står overfor de nærmeste årene er, som det heter i en fellesinnstilling fra APLF og Norsk Pediatrisk Selskap: ".....å innfri de krav almenmedisinen stiller til seg selv":



„Immerhin tröstlich für die Hinterbliebenen - sein Abi hat der Doktor mit 1 plus gemacht und bei der Vorprüfung war er im Theoretischen ein wahres As!“

For å følge redaktørens oppfordring, skal vi spikke litt på den rå kubben, og sette opp en liste over arbeidsoppgaver som kan bidra til å bringe almenmedisinen nærmere et langsiktig kvalitetsideal.

1. Selskapets fremste formål er å arbeide for at norsk almenmedisin bringes opp på et høyest mulig faglig nivå.
2. I tråd med dette må selskapet inspirere og organisere det faglige utviklingsarbeid som kreves for å bygge opp en helhetlig primærhelsetjeneste.
3. Selskapet må arbeide videre med å påvirke våre medisinske skoler til å gi almenmedisinen tilstrekkelig bred og grundig dekning i grunnutdannelsen.
4. Selskapet må intensivere arbeidet med å utvikle et desentralisert videre- og etterutdanningsopplegg i almenmedisin.
5. Selskapet må arbeide for at almenmedisinen blir godkjent som fullverdig spesialitet, og må utarbeide de krav til utdanningse en slik spesialitet skal bygge på.
6. Selskapet må arbeide for å få erfarne almenmedisinere til å engasjere seg i undervisnings- og utdanningsoppgaver på alle nivå.
7. Selskapet må til enhver tid arbeide for å definere almenmedisinenes faglige innhold, herunder ta stilling til grenseoppgangen mot spesialitetene og særomsorgene.
8. Selskapet må søke å bedre fagets akademiske fundament, gjennom forskning og systematisk evaluering.
9. Selskapet bør endelig ivareta kontakten med almenpraktikerorganisasjoner i andre land, og i internasjonale organisasjoner.

Arbeidsoppgavene kan synes uoverkommelige. Men så skal vi heller ikke glemme at faget almenmedisin utøves av den desidert største en-

keltgruppe leger her til lands, en gruppe som dertil i overskuelig fremtid forutsettes å øke til det doble i antall. Selskap eller ikke - det er ihvertfall rimelig at denne grupperingen selv tar mer aktivt del i å utforme sitt eget fag! Dermed har vi sammenfattet noen av argumentene for å opprette et norsk faglig selskap for almenmedisin. Det er på den annen side ikke vanskelig å peke på forhold som kan tale mot. Og et sted midt imellom reiser det seg en rekke uklare spørsmål, som i alle fall vil kreve fortsatt diskusjon.

Innvendingene kan kort sammenfattes i stikkordene tid og penger.

Tid...

I dagens underbemannede primærhelsetjeneste er kanskje tiden den aller største bøygen. Fulle venteværelser, lange arbeidsdager og harde vakter har alltid ligget som en klam hånd over almenmedisinens hverdag. Det lille overskuddet som er igjen, trenges ofte for å holde familien sammen. Eller det benyttes til aktiviteter i lokalsamfunnet. Vi tror det er et gjennomgående trekk at almenmedisineren/distriktslegen også er "lokalsamfunnets generalist". Den primærlegen som har funnet sin plass i et lokalsamfunn, har gjerne fingrene borti både dette og hint av organisasjonsliv, kulturtiltak, idrett eller politikk. Er det noe tid igjen til å drive fram en ny organisasjon? Og kan det i såfall tenkes å gå på bekostning av de ressursene noen få idag investerer for å holde APLF og OLL i god drift? Sikkert er det ihvertfall at et norsk selskap for almenmedisin ikke bare kan basere seg på Tordenskjolds almenmedisinske soldater, de som allerede reiser land og strand rundt på møter og kurs. Muligheten ligger i at organiseringen av lokale fagmiljøer kan bringe fram nye hoder, primærleger som selv kan vokse på de nye oppgavene de får i en slik organisasjon. Det er ikke tvil om at vi allerede har en rekke dyktige og bevisste primærleger som



hittil ikke har vært med i noe organisert faglig utviklingsarbeid. Vi tror altså spørsmålet om tid like mye er et spørsmål om den enkelte primærlege synes oppgaven er viktig nok. Dessuten må vi håpe på at den nye loven om distriktshelsetjenesten kan bidra til at også primærleger om noen år kan komme ned mot normal arbeidstid. Her er det altså mer et spørsmål om tiden er moden nå, eller om vi må vente til vi blir mange nok.

... og penger?

Spørsmålet om penger henger selvsagt sammen med det vi nettopp har sagt om tid. For primærleger som lever av normaltariffen er det som kjent helt klart at tapt tid er tapte penger. Likevel har vi vanskelig for å tro at økonomien skal behøve å bli noen avgjørende hindring. Allerede idag er det en utstrakt interesse blant primærleger for å høyne sin faglige standard gjennom deltagelse

i kurser og møter. Det koster selvsagt penger, men kan også gjøre det litt hyggeligere å fylle ut selv-angivelsen. Hvis selskapet blir bygget opp som en desentralisert organisasjon, skulle heller ikke reise-utgiftene behøve å bli så store for flertallet av medlemmene.

Åpen eller lukket organisasjon?

Enda gjenstår det å diskutere om et eventuelt norsk selskap for almenmedisin bør være en åpen medlemsorganisasjon, eller om det skal stilles særlige krav til medlemsskap. Det finnes gode argumenter for begge modeller. Norsk almenmedisin har vært preget av statuslikhet, i motsetning til sykehusmiljøenes statuspyramider. Pyramidene har den fordel at folk har noe å klatre opp etter, og det betyr, ihvertfall av og til, at man får en drivkraft for å øke sin faglige dyktighet.

På den annen side ønsker vi ikke å innføre pyramideklatrings spisse albuer og sure mager. Fremfor alt må vi være på vakt mot statussystemer som oppfordrer til geografisk mobilitet. God almenpraksis er og blir stabilitet. Foreløpig later det til at almenpraktiker Dnlf-tittelen har greid å forene disse hensynene.

Om vi nå igjen vender oss til det engelske "College of General Practitioners", møter vi en eksklusiv forsamling som består av knapt 1/4 av landets almenpraktikere. De som har passert nåleøyet, kan smykke seg med bokstavene MRCGP, og det sier visstnok ikke så lite i de kretser. Og det er heller ikke så rent lite av anstrengelser den enkelte legger for dagen for å skaffe seg adgang til dette almenmedisinens akademiske kollegium. Opptakskravene til "College" fungerer derfor som en sterk drivkraft i den faglige videreutdannelsen. Og det har man altså oppnådd uten en stillingsstruktur som forutsetter geografisk mobilitet.

Vi er slett ikke sikre på at en slik struktur passer for norsk almenmedisinsk tradisjon og lynne. En

parallell måtte i såfall være å la selskapet være åpent utelukkende for almenpraktikere med Dnlf-merkelappen. Det ville utelukke mange yngre kolleger som kanskje nettopp bærer almenmedisinens fornyelse med seg. Da er det mer nærliggende å tenke seg at en bedre og mer omfattende almenmedisinsk spesialitet kan være drivkraften i videreutdannelsen, men at det faglige selskapet er åpent for alle interesserte almenmedisinere.

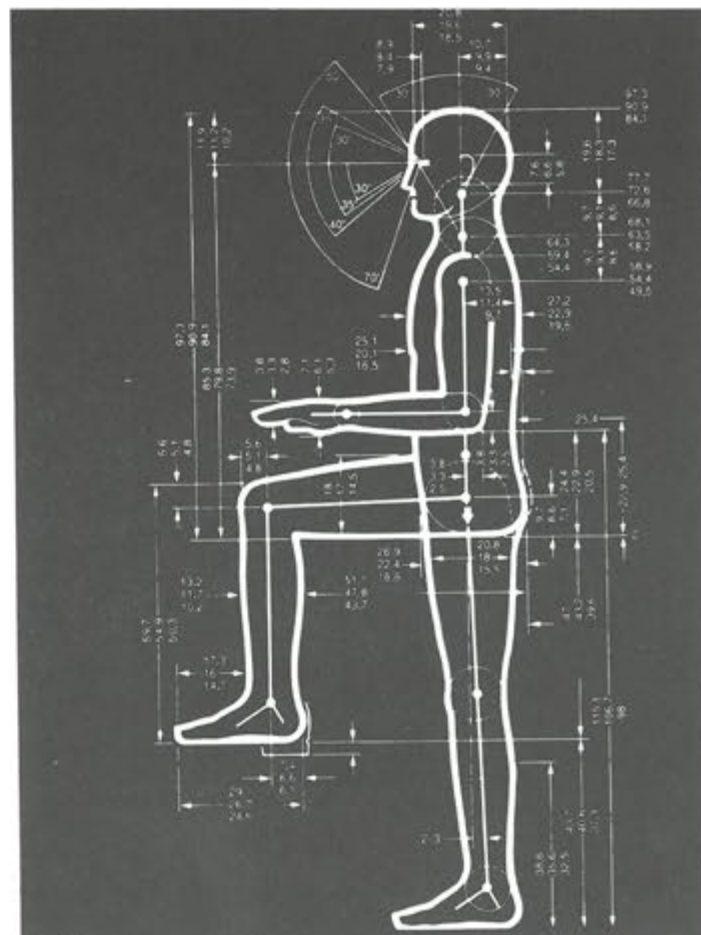
Navnespørsmålet.

Til slutt et kinkig spørsmål: Hva skal det ufødte barnet hete? Vi har uten forbehold omtalt det almenmedisinske selskapet, vel vitende om at ordet "selskap" kan vekke de underligste assosiasjoner. "Det Kongelige Norske Videnskabers Selskab" og andre lignende akademiske skapninger får ihvertfall noen av oss til å tenke på alvorlige gamle menn med snippkjoler, ordener, pjoletterglass og fastlåste meninger.

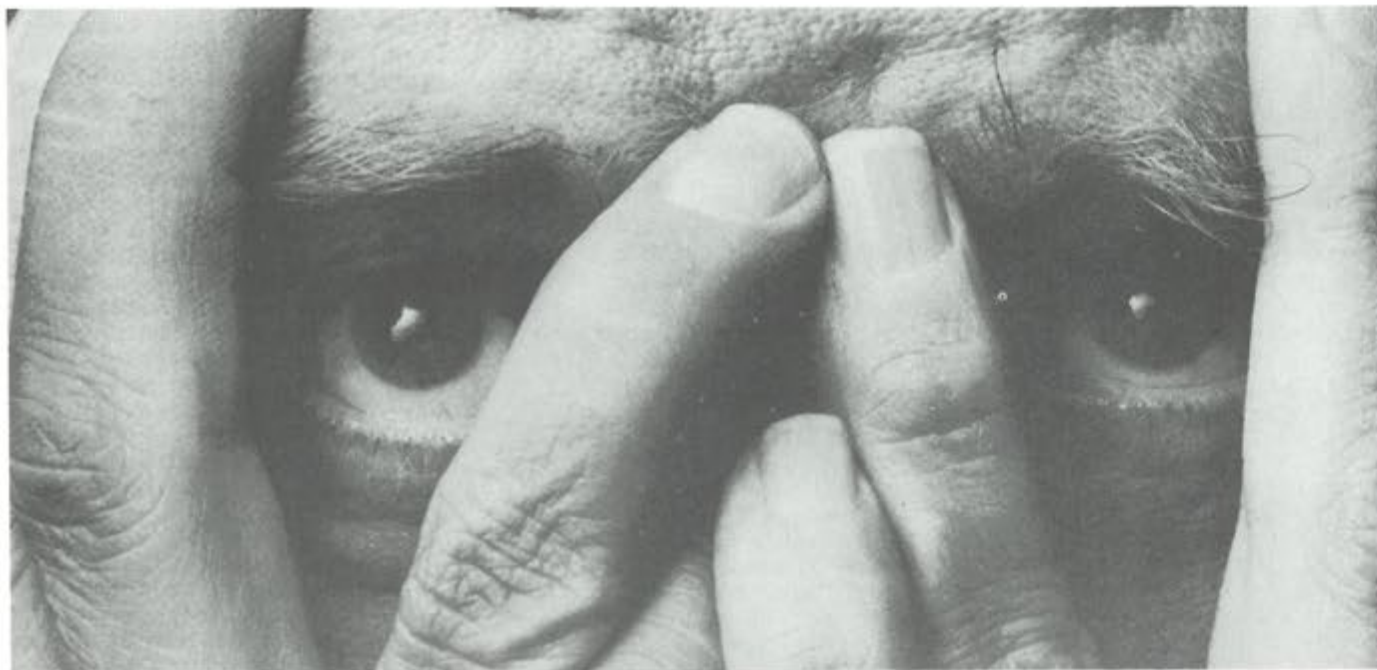
Mange andre navneforslag har vært lansert for å

styre unna slike assosiasjoner. Noen god norsk oversettelse av ordet "College" finnes visstnok ikke. Norsk "Forum" for almenmedisin har den svakhet at det høres som et uforpliktende almenmedisinens Hyde Park Corner. Ordet "Samband" har liksom ingen forankring i medisinen overhodet, og foreningsbetegnelsen må stadig reserveres for våre fagforeninger. Hvis vi kan fri oss fra snippkjole-assosiasjonene, har betegnelsen selskap tross alt den fordel at den bringer oss på linje med den terminologien dansk og hollandske kolleger bruker. Og når vi ser mer fordomsfritt på det, har vi til og med innen vårt eget medisinske miljø en grei tradisjon med faglige selskap i godt samarbeid med de tilsvarende fagforeninger.

La oss ikke feste oss for lenge ved det ufødte barnets navn. Det store spørsmålet er om vi vil ha barnet - og om vi vil ha det nå? I motsetning til andre barn, kan vi ikke satse på at det kommer ved et slumpetreff!



Innstilling fra APLF's «organisasjonsutvalg»



Styret vedtok i møte 14. februar 1980 å nedsette et utvalg med sålydende mandat:

"Det nedsettes innen ApLf et utvalg til å gjennomgå foreningens lover, dens organisasjonsmessige oppbygging og de enkelte organers funksjonsområder. Utvalget skal eventuelt komme med forslag om endringer som kan føre til at foreningen blir bedre egnet til å ivareta de intensjoner som ligger i foreningens formålsparagraf."

Styret vil gi følgende kommentar til mandat:

"Utvalget bør spesielt vurdere fagutvalgets funksjonsområde med henblikk på at den relevante bestemmelse i formålsparagrafen best kan ivaretas. Utvalget bes vurdere videre om det er nødvendig med flere i dette utvalg til å ivareta den faglige siden av almenmedisinen.

Utvalget forutsettes videre å drøfte forholdet mellom VEAP-rådet og ApLf.

Utvalget forutsettes forøvrig å vurdere om oppnevning og valg av tillutsmenn i ApLf skjer slik at demokratiske, organisatoriske og geografiske hensyn ivaretas."

Utvalget ble gitt slik sammensetning:

Legene Jakob Prytz, Tore Koksvik og Johan Fauske med advokat Åsm. Hodne som sekretær.

Utvalget har funnet det hensiktsmessig å angripe oppgaven ved å ta for seg de enkelte lovfestede organers funksjonsområder i følgende rekkefølge:

1. Rådet
2. Fagutvalget
3. Styret
4. Landsrådet
5. Generalforsamlingen
6. Medlemsmøter

1. RÅDET.

Etter lovenes paragraf 6, består rådet av tre medlemmer som skal velges av generalforsamlingen.

Formålet med rådet fremgår av den instruks som generalforsamlingen har vedtatt således:

- "1. Rådets medlemmer må ha god erfaring i saksbehandling og foreningsorganisasjon og bør delta i styremøtene.
2. Ta initiativ overfor styret til behandling av sentrale og perifere saker som kan ha interesse for foreningens medlemmer og virke.
3. Virke som konsultativt organ i utredningsarbeid og saksforberedelse i saker oversendt fra styret.
4. Leder og kontrollerer valgene, valgbarhet og stemmerett, avstemming og optelling.
5. Rådet er ansvarlig overfor generalforsamlingen."

Opprinnelig var rådet et organ som kun foresto gjennomføringen av valget under generalforsamlingen. Etter hvert ble det tiltenkt utvidede arbeidsområder idet en hadde som mål å sikre kontinuitet i styrets arbeid ved å "overføre" utgående sentrale tillitsmenn til rådet som da ville være et vesentlig mindre arbeidskrevende organ.

Ved gjennomgang av de foran beskrevne oppgaver for rådet må utvalget konstatere at de

vesentligste oppgaver for rådet egentlig er de samme som hviler på styret selv og på landsrådets medlemmer.

Etter utvalgets oppfatning er det mulighet - også formelt - for å bevare den gode intensjon med rådet uten at det opprettholdes som et organ av foreningen. Formelt kan dette gjøres ved å åpne anledning gjennom lovene for styret til å innkalle i bestemte saker en tidligere formann. Forøvrig vil styret til en hver tid kunne søke bistand hos tidligere sentrale tillitsmenn og det kan neppe forventes at eventuelle slike forespørsler generelt vil bli negativt mottatt.

Etter en samlet vurdering vil utvalget etter dette anbefale at en opphever lovenes bestemmelser om rådet, herunder den instruks som er knyttet til dets virksomhet.

2. FAGUTVALGET.

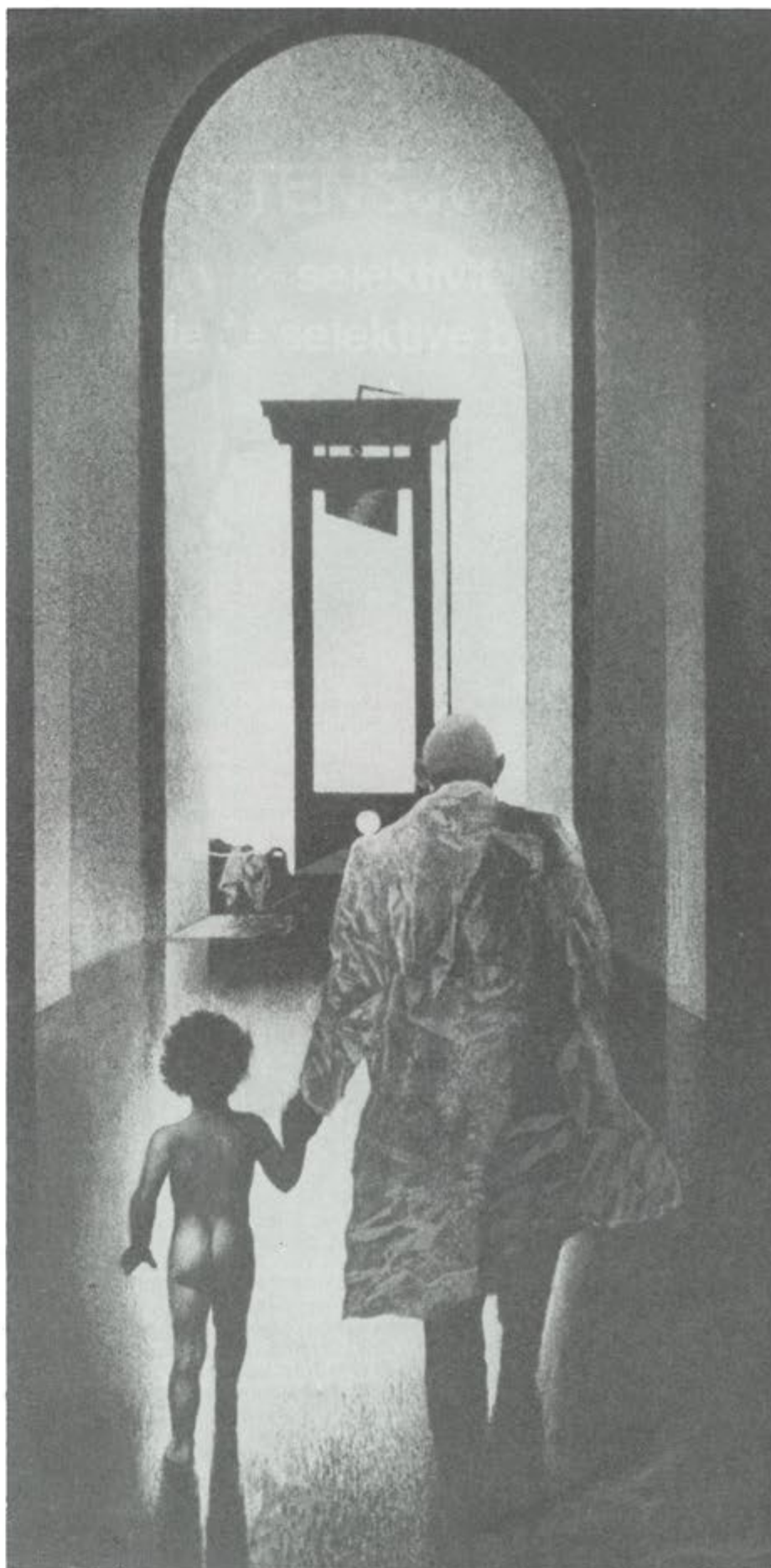
Etter lovenes paragraf 5, består fagutvalget av tre medlemmer. To av medlemmene skal velges av generalforsamlingen under ett for to år. Styrets representant er det tredje medlem.

Dernest skal styret utpeke tre varamenn.

Fagutvalgets oppgave er i samme bestemmelse av lovene beskrevet som, i samarbeid med styret, å tilrettelegge og administrere foreningens faglige virksomhet. Generalforsamlingen kan fastsette instruks for fagutvalget.

Slik instruks er fastlagt og den lyder som følger:

1. Fagutvalget planlegger og forbereder foreningens medisinsk-faglige arbeid og tar del i styremøtene.
2. Står i kontakt med medlemmene og søker deres ønsker og behov for daglig informasjon.
3. Fagutvalget fremlegger for styret ved årets begynnelse forslag til generelt eller spesielt møteprogram, likt som forslag til kurs



- og ekskursjoner for arbeidsåret.
4. Fører protokoll over faglige møter, ekskur-

sjoner og kurs for attestasjon til deltakere.

5. Fagutvalget gir foreningens medlemmer fortrinnsrett ved kurs arrangert av dette.
6. Fagutvalget er ansvarlig overfor styret."

Ved flere anledninger har det innen APLF vært drøftet om en kunne gjøre et noe skarpere skille mellom foreningens faglige medisinske virksomhet og foreningens rent fagpolitiske virksomhet.

Den første oppgave har enkelte hevdet i såfall fullt ut burde legges til fagutvalget, den annen til styret. Det har tildels vært antatt at en slik arbeidsdeling vil gjøre det lettere å finne frem til aktive tillitsmenn fordi de ville kunne konsentrere seg om én av oppgavene og ikke som nå i stor utstrekning måtte ta del i begge.

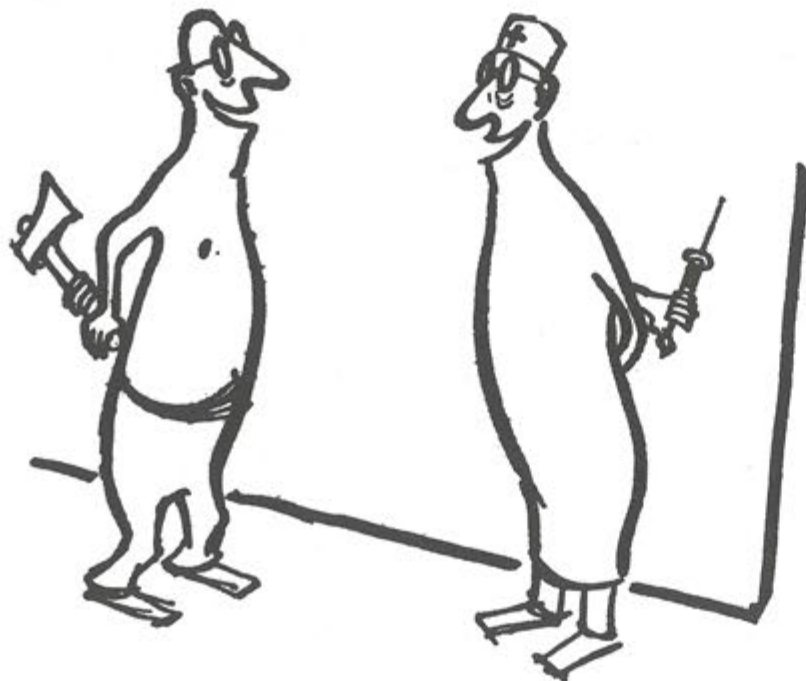
Etter utvalgets oppfatning er det mye riktig i en slik tankegang, men følgende må sterkt fremheves:

De faglig-medisinske og fagpolitiske oppgaver er betydelig sammenvevet i hverandre innen faget almenmedisin.

Av denne grunn kan utvalget ikke se at de to oppgaver kan separeres med hvert sitt organ som ansvarlig. Styre og fagutvalg må ha et nært samarbeid også i fremtiden og styret må være et overordnet organ i forhold til fagutvalget.

Fagutvalget har hittil stort sett fungert som en ren kurskomite. Utvalgets arbeid har i det alt vesentligste medgått til å tilrettelegge tre til fire store kurs. Utvalget har på denne måten fått liten eller ingen tid til arbeid med de mer prinsipielle spørsmål i tilknytning til det faglige innhold i almenmedisinen og hvordan en kan få bedret formidlingen av kunnskapsstoff blant medlemsmassen.

Etter utvalgets oppfatning bør dette forhold nå endres. Med dette mener utvalget ikke at Aplf's fagutvalg skal droppe arbeidet med store kurs. Derimot tror utvalget at disse i



antall bør reduseres, bl.a. fordi det krever for mye innsats for å gjøre tilbudene gode nok og en for stor spredning av interessen på dette felt kan få negativ innvirkning på alle kurs i foreningens regi.

Utvalget mener at Aplf fortsatt bør arrangere to "fanekurs". Disse er med på å styrke foreningsbevisstheten i medlemsmassen fordi de kan samle svært mange og være forbeholdt Aplf'ere. Fagutvalget forutsettes fortsatt å ha ansvaret for disse men bør oppnevne ved sin side en ad hoc kurskomite. Derved trekkes en også inn i dette arbeid flere verdifulle tillitsmenn som gjennom arbeidet kanskje også kan dyktiggjøres for videre oppgaver innen foreningen.

På disse felter vil utvalget foreslå at fagutvalget blir styrets permanente rådgivende organ. For at det skal kunne fungere som slikt bør oppgaver og spørsmål av denne karakter alltid forelegges til uttalelse hos fagutvalget før styret sluttbehandler sakene. Herved vil styrets arbeidskapasitet kunne frigjøres noe til mer å konsentreres om de såkalt politisk betonte oppgaver som f.eks. forhandlingsspørsmål, spørsmål om organisering av distriktshelsetjenesten o. s.v. og fagutvalgets opp-

gave blir mer meningsfylt for dets medlemmer.

Fagutvalget bør også i større utstrekning enn nå kunne fungere som et konsultativt organ for landsrådsrepresentantene i deres arbeid med utvikling av kurs lokalt. Muligens vil også de lokale kurskomiteer oppnevnt i avdelingenes regi kunne hente verdifulle impulser fra fagutvalget hvis det får utvikle seg som foreslått til å bli et mer faglig almenmedisinsk "spesialistutvalg på undervisningsspørsmål". En slik utvikling vil forhåpentligvis også kunne stimulere til et nærmere samarbeid mellom Lægeforeningens VEAP-råd og Aplf's fagutvalg. Hvilken utvikling en vil få på dette felt er det imidlertid på dette tidspunkt noe vanskelig for utvalget å si noe definitivt om i det VEAP-rådets tanker om sin egen virksomhet og Lægeforeningens om dette organ kanskje også vil være ved å endres i tiden fremover. Et nærmere samarbeid mellom de to organ vil imidlertid under enhver omstendighet måtte forventes å komme til Lægeforeningens og dens avdelingers/spesialforeningers beste.

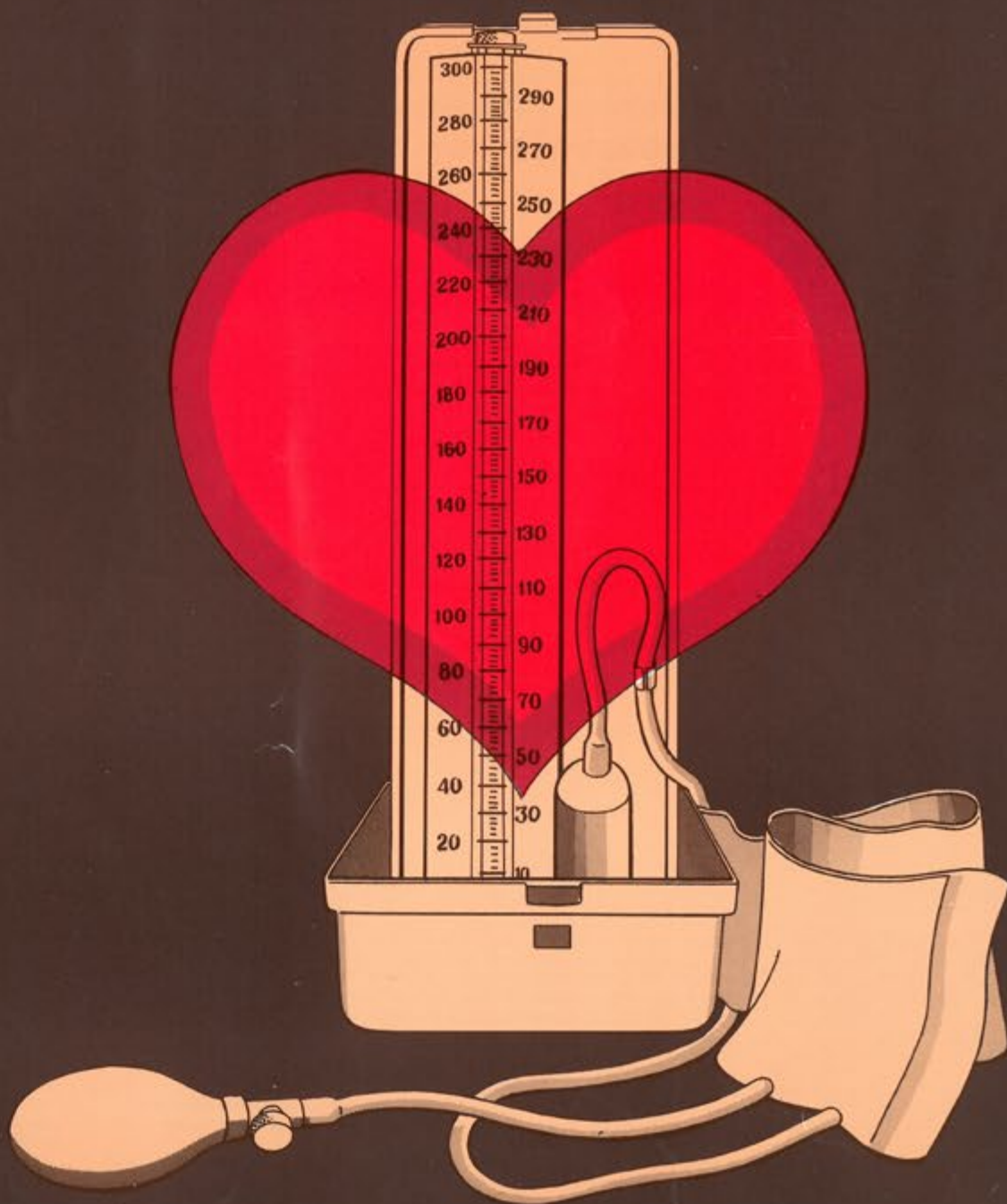
Det er en helt vanlig organisasjonsmessig praksis at rådgivende organ for et styre oppnevnes av dette. Etter Aplf's någjeldende lover, er fagutvalget an-

Seloken[®]

(metoprolol)

ved HYPERTENSJON

- Høy grad av β_1 -selektivitet
- Verdens mest benyttede selektive betablokker.



Enkel dosering: Kan doseres 1 gang pr. dag.*

* Dosering 1 gang pr. døgn vil, i likhet med andre β -blokkere medføre større svingninger i plasmakonsentrasjonen hvilket kan medføre forandringer i effekt og bivirkninger.



Härtle
hjerter kar

Seloken®

(metoprolol)

Original substans fra Hässle

- Effektiv blodtrykkskontroll
- Ingen endring i doser eller doseintervaller ved nedsatt nyrefunksjon

I seg selv en forenkling for lege og pasient fordi:

Sitat:

»... selv aktuell serumkreatinin kan være misvisende og derved et ubrukelig grunnlag for doseberegning ved akutt nyresvikt, ved ustabil nyresvikt, ved hemodialyse og delvis hos eldre pasienter.»

P. K. M. Lunde
Medisinsk Årbok 1978.

Kontraindikasjoner: Absolutte. Ikke kompensert hjertesvikt. A.V.blokk grad II og III. Relative: Metabolsk acidose, hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerotic obliterans. Raynauds syndrom. Graviditet (se forsiktighetsregler).

Bivirkninger: Lette tilfeller av gastro-intestinale besvær, tretthet, depresjon og sovndyrrelser kan opptre. Kalde hender og føtter kan forekomme. Nedsattelse av lungefunksjonen kan opptre. Allergiske hudreaksjoner er sett i sjeldne tilfeller.

Forsiktighetsregler: Seloken kan gis til pasienter med obstruktive lungesykdommer. Også β_1 -selektive substanser kan imidlertid gi en økning i luftveismotstanden hos enkelte pasienter, og slike bør ha β_2 -stimulerende medikamenter (f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol) tilgjengelig og bør instrueres i bruken av dem hvis symptomer på bronkialobstruksjon skulle tilstøte.

Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt.

Pasienter som står på betablokkere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkelse med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Betablokkere påvirker imidlertid ikke digitalis' positive inotrope effekt på hjerte-muskelen. Pasienter med hjertesvikt må derfor digitaliseres på forhånd og/eller behandles med saluretika. Betablokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrio-ventrikulære overledning økes når medikamentene gis sammen slik at pasientene da må følges nøye. Forsiktighet bør utvises ved ukontrollert eller vanskelig innstillbar insulinkrevende diabetes mellitus. Hypoglykemi antas å forekomme sjeldnere ved bruk av β_1 -selektive blokkere enn ved ikke selektive. Man bør imidlertid være oppmerksom på muligheter for hel eller delvis maskering av føling-symptomer. Seloken kan benyttes ved nedsatt nyrefunksjon uten endring av doser. Kan med fordel kombineres med hydralazin ved sterkt nedsatt nyrefunksjon. Dersom man ønsker å seponere preparatet for f.eks. kirurgisk inngrep, bør seponering skje gradvis i løpet av 7-10 dager.

Interaksjoner:

Betablokkere C01D

β -stimulerende adrenergika

antidiabetika

antihypertensiva/diuretika

digitalis

disulfiram

generelle anestetika
sekalealkaloider

kolinesterasehemmere

verapamil

blokkerer β -adrenerg effekt (VIb)
økt hypoglykemisk effekt (VIa)
økt BT-senkende effekt (VIa)
bradykardi, arytm (VIa VII)
dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
myokard-depresjon (VI)
økt risiko for perifer karspasm (VIa)
økt risiko for bradykardi (VIa)
økt risiko for myokarddepresjon (VIa)

svarlig overfor styret og styret utpeker et fast medlem og tre varamenn. Det synes derfor både ulogisk og tungvint å opprettholde gjeldende ordning om at to av fagutvalgets faste medlemmer forøvrig skal velges av generalforsamlingen.

Det presiseres at dette forslag fra utvalget ikke endrer det forhold som nå gjelder, nemlig at fagutvalget er ansvarlig overfor styret, men det poengterer ytterligere denne samhörighet.

Under henvisning til foranstående vil utvalget foreslå at fagutvalget for fremtiden fullt ut oppnevnes av styret.

Utvalget vil videre foreslå at fagutvalget består av fem faste medlemmer, en utvidelse på to, og med to varamenn, en reduksjon på en.

3. STYRET.

Om styret er i kommentaren til utvalgets mandat uttalt:

" Utvalget forutsettes for øvrig å vurdere om oppnevning og valg av tillitsmenn i Aplf skjer slik at demokratiske, organisatoriske og geografiske hensyn ivaretas".

Utvalget antar at det her ved særlig ønskes drøftet om valget på styrets medlemmer gjennom nåværende valgordning kan sies å skje på en hensiktsmessig måte eller om valget burde foretas av foreningens landsråd.

I de fleste av Lægeforeningens spesialforeninger foretas valget på styret av en generalforsamling som likesom i Aplf er åpen for alle foreningens medlemmer.

I Overordnede sykehuslægers forening derimot er det landsrådet som velger styret.

Etter utvalgets oppfatning er imidlertid det vesentligste argument for å beholde nåværende valgordning på styre innom Aplf at det enkelte medlem på denne måte har størst mu-



"No... I didn't hear anything!"

lighet for selvstendig innflytelse på foreningens politikk. En endring i valgordningen er utvalget redd for kan medvirke et mindre engasjement i foreningens virksomhet. Dette forhold vil særlig gjøre seg gjeldende så lenge foreningen er relativt liten og det lokale apparat, bl.a. som følge herav, ikke kan ha en tilfredsstillende utbygging.

De svakheter som en slik ordning kan ha og som kan medføre at demokratiske, organisatoriske og geografiske hensyn ikke tilfredsstillende blir ivaretatt er i en rekke foreninger søkt løst ved opprettelse av en valgkomite. Ved at en gruppe av en forenings medlemmer kan arbeide mot det å skulle foreslå kandidater til valg og senere koordinere sine synspunkter vil sannsynligheten for å få frem et avbalansert forslag øke.

Etter en nøye vurdering er utvalget kommet til at en slik valgkomitefunksjon bør tillegges et allerede etablert organ innen Aplf, nemlig landsrådet.

Utvalget tenker seg en slik ordning praktisert på den måten at det som en spesiell post på landsrådets program hver gang det skal holdes valg blir ført opp "innstilling til valg på styremedlemmer". I denne del av landsrådets møte skal ikke styret og fagutvalget møte.

Under den gjennomarbeiding som i dette forum vil finne sted er samtlige geografiske enheter innen Aplf



representert og det gis mulighet for bearbeiding av forslag som i rimelig grad ivaretar dette spesielle hensyn.

Utvalget vil ikke se det som noen ulykke om landsrådet i-ke skulle kunne komme frem til en enstemmig innstilling på forslag til kandidater, men det antar at forslag gjennomarbeidet av landsrådet vil fremstå i generalforsamlingen med en viss tyngde.

Det presiseres at denne nyordning ikke forutsettes å hindre det enkelte medlem i generalforsamlingen å fremkomme med egne forslag.

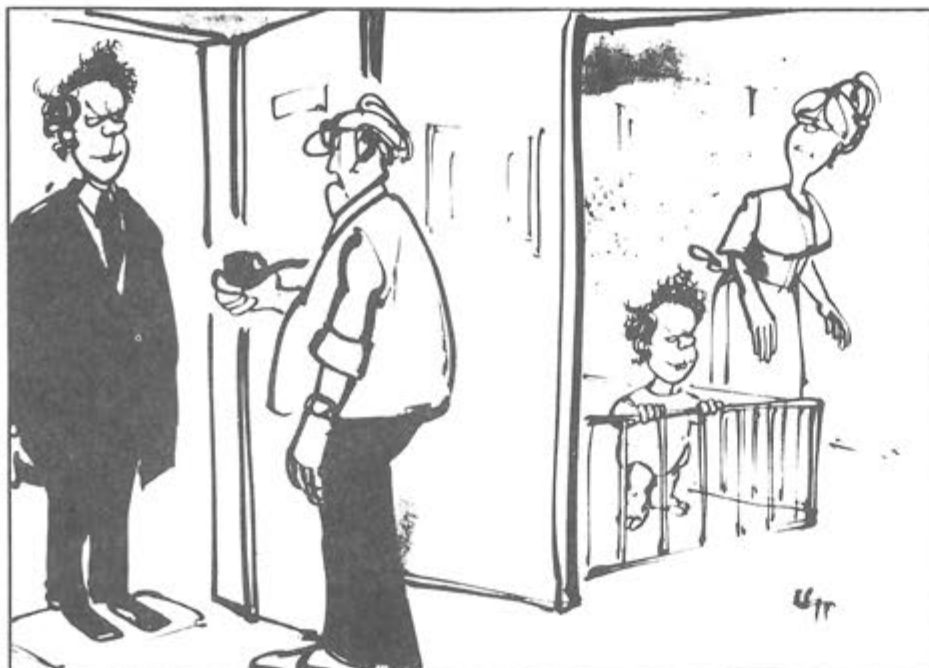
Utvalget har drøftet om styrets medlemmer burde økes i antall. Utvalget er kommet til at dette, spesielt hensett til den forandring som foreslås for så vidt angår fagutvalget, ikke synes nødvendig.

For at styret skal kunne få et kontinuerlig og fruktbart samarbeid med fagutvalget, er det nødvendig å sikre at fagutvalget fortsatt er representert i styret.

Det følger imidlertid av hva som foran er uttalt om fagutvalget, som nå foreslås som et rent sakkyndig organ for styret i alle saker som angår det faglige innhold i almenmedisinen, at fagutvalgets mann i styret ikke bør ha stemmerett. Han skal møte i styret med tale- og forslagsrett som rådgiver og han bør avlastes for å måtte ha to funksjoner, nemlig både styremedlemsfunksjonen og fagutvalgsfunksjonen. Etter utvalgets oppfatning utpeker formannen for fagutvalget seg som den naturlige deltager i styrets møter.

4. LANDSRÅDET.

Utvalget viser til hva det foran har uttalt under behandlingen av styret om den nye funksjon for landsrådet. Utover dette har ikke utvalget funnet det naturlig å foreslå forandringer i landsrådets funksjon ei heller i dets sammensetning.



„Sie wünschen?“

Utvalget vil også peke på at det er vesentlig at Aplf's landsrådsrepresentant blir valgt til Den norske lægeforenings tilitsmann for praktiserende leger og det anmoder foreningsmedlemmer å støtte opp om dette.

5. GENERALFORSAMLINGEN.

I denne bestemmelse uttales innledningsvis at generalforsamlingen skal holdes om høsten, fortrinnsvis i oktober måned.

Det har i mange år vist seg nokså vanskelig å arrangere generalforsamlingen i oktober og i tråd med de fleste andre, både avdelinger og spesialforeninger, holdes generalforsamlingen i Aplf i november.

Utvalget vil foreslå at §8 i lovene får slik endring at den samsvarer med hva som har innarbeidet seg som en naturlig praksis.

Utover dette kan ikke utvalget se at det er behov for å gjøre endringer i generalforsamlingens funksjon m.v.

For øvrig vil utvalget fremheve at generalforsamlingen minst hvert annet år bør holdes utenfor Oslo.

6. MEDLEMSMØTER.

Det har gjennom årene blitt tradisjon at fagutvalget har arrangert også visse medlemsmøter. Dette er imidlertid ikke medlemsmøter av den karakter som omtales i lovenes § 9. Denne bestemmelse omtaler derimot et møte som nærmest har karakter av en ekstraordinær generalforsamling.

I tråd med mange andre spesialforeningers lover finner utvalget at det i lovenes § 9 omtalte møte bør få benevnelsen ekstraordinær generalforsamling, idet det i visse spesielle saker vil ha anledning til å treffe vedtak, nemlig i saker som ikke angår valg, styrets beretning, regnskap og budsjett.

7. SEKRETARIAT.

Et økt aktivitetsnivå innen foreningen vil bety et økende behov for styrking av foreningens sekretariatsfunksjoner. Dette må imidlertid til enhver tid sees i sammenheng med medlemmenes villighet til økte kontingentkrav.



HUSK APLF'S ÅRSMØTE I MOLDE 21. og 22. nov. 1980

A short Textbook of General practice

Denis Craddock. Lewis & Co. LTD. London 1976

3. utgave. ISB 07186 0414 8. 741 s.

Denne boken så dagens lys i 1953 og er derfor for en av klassikerene å regne i faget almen medisin.

Med sine 741 sider må den tredje utgaven plasseres i midtfeltet hva gjelder omfang og innhold.

Denis Craddock skriver godt, i klar uttrykksform kommer hans mangeårige erfaring som G.P. og lærebokforfatter til uttrykk.

Boken er bygget opp på en noe gammeldags måte med en almen del og en mere omfattende synapse over daglige helseproblemer i almen praksis.

Den første delen gjør oss kjent med praksis-oppbygging, administrasjon og drift, deretter den normale utvikling av mennesket fra spedbarn til aldrende pasient. Noe snaut, men likevel en god innføring for kolleger som ikke har beskjeftiget seg så meget med denne type lærebøker.

I et kapittel beskriver han holdningsproblemer med lege-pasientforhold på en interessant måte. Kapitlet om forebyggende arbeid er omfattende og streifer borti meget av det vi burde komme borti som almenleger.

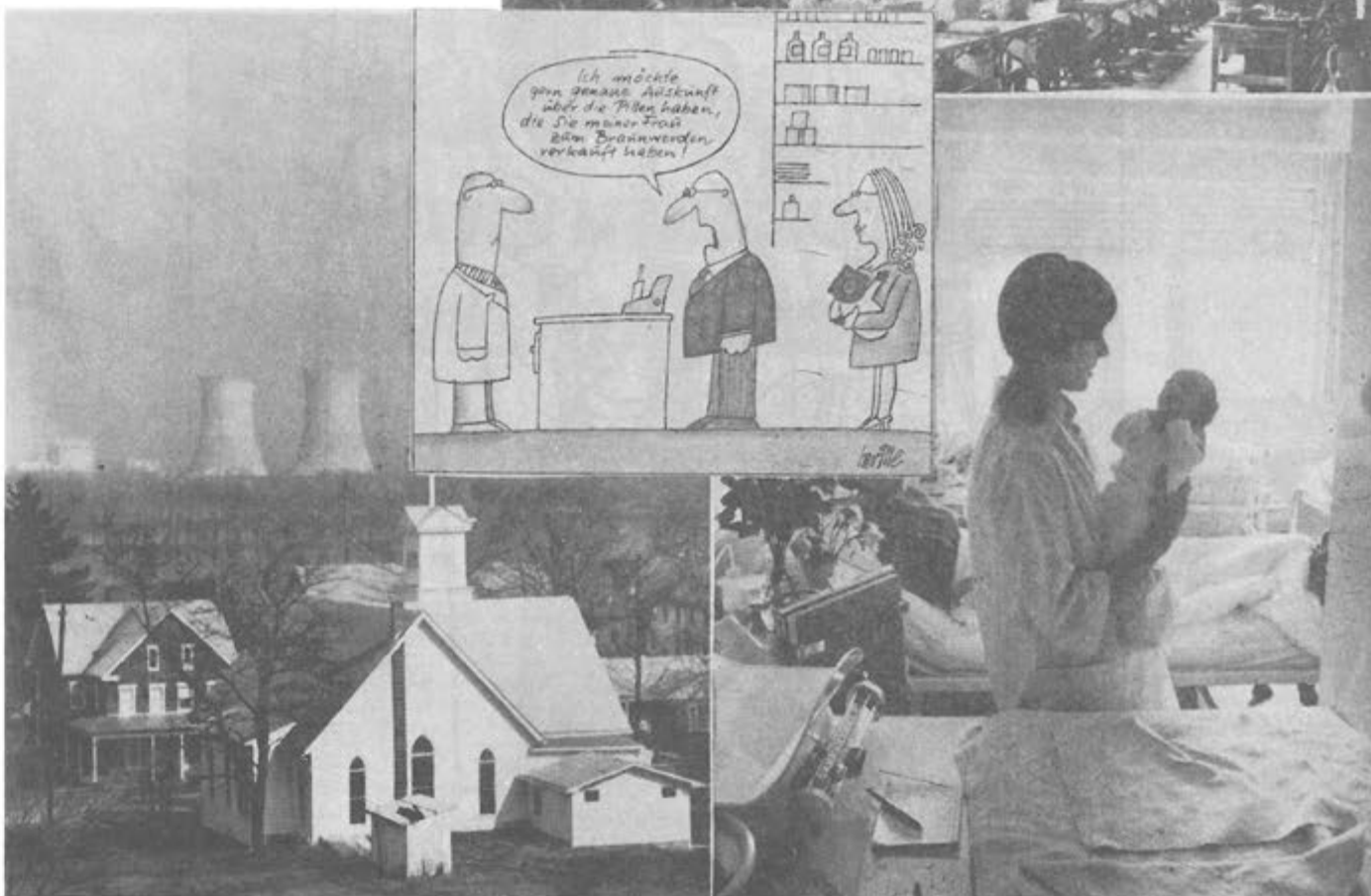
De øvrige 450 sider med vanlige helseproblemer i almen praksis er bygget opp mere som en tradisjonell lærebok med vekt på beskrivelse av kliniske funn og diagnostikk. Denne delen er mere kompendium-preget og har vel mest nytte for den som er uerfaren.

Alt i alt, boken er godt redigert og fornøylig lettlest. Den burde være en kilde for de som står ved inngangen til faget. Etter hvert kapittel har en også en rik referanse-liste med henvisning til fordypningsstoff for den som vil gå videre.

Boken anbefales alle som vil bli almenpraktikere.

Aage Bjertnæs.

Boken fås hos Bruns bokhandel, 7000 Trondheim. Pris er ikke oppgitt.



Hva hindrer og hva fremmer utviklingen av primærhelsetjenesten

Referat fra seminar ved Nordisk hälsovårdshögskola, Göteborg,
ved ass. fylkeslege Hans Knut Otterstad, Østfold

I tiden 2.-13. juni 1980 ble det holdt et seminar i Göteborg med tittel: "Methods and experience in planning for health". Det var 30 deltakere, hovedsakelig fra U-land, men også en nordisk kontingent hvorav 3 var fra Norge.

En av gruppeoppgavene ved seminaret var: "Utviklingen av primærhelsetjenesten. Faktorer som hindrer og faktorer som fremmer". Gruppene var sammensatt geografisk og følgende et resymé av besvarelsen til den nordiske gruppe. Innledningsvis må det nevnes at i Sverige går 90% av helsebudsjettet til sykehus.

Faktorer som hindrer utviklingen av primærhelsetjenesten.

- Utdanningssystemet for helsepersonell, trening og etterutdanning. Knyttet til universiteter og store spesialiserte sykehus. Målsettingen blir bestemt og definert ut fra spesialisthelsetjenestens verdiskala.
- Holdning, avansementsmuligheter og avlønning for helsepersonell, særlig leger. "Status".
- Sykehusene er allerede etablert. Sysselsetting - og vekst av helsesektoren.

- Pasienter og politikere har tro og tillit til medisinsk teknologi og spesialistbehandling. Spesialisthelsetjenesten har stor påvirkningskraft.
- Også sykehus tilbyr primærhelsetjeneste. Åpen poliklinikk- legevakt ved sykehus.
- Mangel på samarbeid og koordinering mellom helse- og sosialsektor.
- Allokering av ressursene til primærhelsetjeneste med en fordeling som avspeiler forholdene i spesialistmedisinen. Det vil si kurativ, teknologisk preget primærhelsetjeneste med avansert



utstyr, dominerer i forhold til forebyggende helsearbeid og "samfunnsmedisin".

Faktorer som fremmer utviklingen av primærhelsetjenesten.

- Pasientenes holdninger. Ønsket om kontinuitet, personlig kontakt, nærhet i geografi og integritet i forholdet pasient-helseservice.
- Primærhelsetjenesten representerer det optimale nivå for helsetjeneste. (Leon prinsippet?)
- Politisk vilje(?) til å prioritere primærhelsetjenesten. Alma Ata - deklarasjonen i WHO-regi, 1978.

Som det fremgår av oppstillingen vil det ikke automatisk komme en utvikling eller ekspansjon av primærhelsetjenesten.

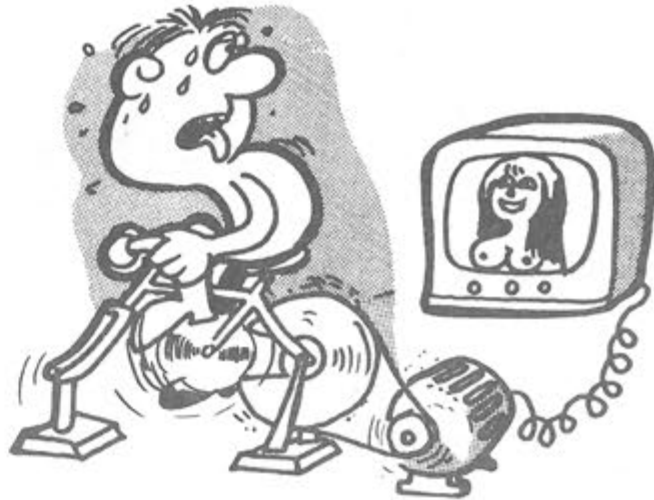
Kreftene som hindrer utviklingen virker betydelige, ikke minst innenfor de profesjonelles rekke. Politikerne vil komme i en nøkkelposisjon, og argumentasjonen for å prioritere primærhelsetjenesten vil mere bero på almene politiske og økonomiske synspunkter.

At det er mulig å omprioritere helsebudsjettet på nasjonalt nivå viser en oversikt som Helsedirektoratet i Finland har gitt ut.

Den nederste figuren viser at investeringene til primærhelsetjenesten (Health centres) siden 1977 har passert spesialisthelsetjenesten (Hospitals). Dette skyldes at den finske lov om primærhelsetjeneste ble vedtatt i 1972.

I begynnelsen av 70-årene gikk 90% av det finske helsebudsjett til sykehusene.

Når får vi en norsk lov om primærhelsetjeneste?



Tanker etter kurs nr. 2 i almenmedisin for almenpraktikere

Ved Berit Tveit, Legesenteret, 5033 Fyllingsdalen

I Utposten nr. 3-4/80 bringer Kristian Hagestad videre noen av sine inntrykk fra kurs nr. 1 i mars-80. Neste kurs ble holdt 27-29/8, med samme innhold. Mitt inntrykk er også positivt, men jeg vil fremheve noen andre aspekter enn Hagestad, og

forfølge noen av ideene.

Deltakernes kunnskaper og evne til å uttrykke seg ble satt på interessante prøver, ikke minst ved den lille bit Tore Koksvik lot oss gjennomgå av eksamen ved Royal College of General Practitioners. Det var tydelig at vi ikke

hadde tilstrekkelig trening i å uttrykke oss klart og konsist. Vi kastet bort tiden med detaljer, og gapende huller viste seg i våre kunnskaper. Her nyttet ikke med diffuse uttrykk som "systolisk bilyd" eller "trøste pasienten".



Kurset ga likevel oppmunt- ring. Våre kunnskaper og erfaring er slett ikke lite- når vi bare slipper dem løs. Det føltes om- trent som å bli kastet ut på dypt vann. Vi kavet og gispet, men oppdaget at vi kunne svømme- selv om olym- piadeltagelsen var noe fjern.

Mitt inntrykk fra de siste årene ble bekreftet: Almen- praktikerne i Norge har en dobbelt-oppgave. Vi prøver å betjene en stor og stadig mer krevende pasientmasse. Samtidig forsøker vi å stu- dere og definere vårt eget fag, og gjøre idealene til realiteter.

Dobbelt-oppgaven er tung. Men resultatene hittil er oppmuntrende. Mange unge leger er med, mange gamle river seg løs og prøver å gi sin erfaring videre, og vi har studentene med oss.

Det norske systemet er frem- deles slik at mange av de ivrigste må gå ut av praksis for å få arbeidsro til un- dervisning og forskning. Dermed risikerer de miljø- skade, både innen universi- tets- og administrasjons- miljø.

Forsiktige røster hevet seg om muligheten for deltids- arbeid. Kvaliteten av prak- sis blir vel ikke dårligere om legen har halvparten så mange pasienter, og bruker resten av sin arbeidstid til annet- fra forskning og un- dervisning til å oppdra egne barn?

Dette var et gjennomgangs- tema i pausene, ikke minst blant de kvinnelige deltag- ere. En av de sikreste prog- noser vi har, er vel at sta- dig flere leger blir medlem av familie-team, hvor begge ektefeller har utdannelse de ønsker å bruke. Almenprak- sis er ifølge sin karakter særlig velegnet for deltid. Det kan være et ubevisst (?) fremtidsrettet skritt at deltidspaksis teller for å bli almenpraktiker DNLF.

Kurset var en "brainstorm". Jeg tar fatt på høstens for- kjølelser med litt større mot, selv om etterdønningene etter stormen fremdeles lar- ger kaos i mitt hode. Tariffer og statistikker, familiedynamikk og enkeltpa- sienters bitre skjebne- et hav av inntrykk. Den viktig- ste trøsten er at jeg ikke er alene. Kolleger svømmer

ved siden av, og selv om de peser og kaver like mye som meg, kan vi tydeligvis lære hverandre ganske mye.

I kurs-vurderingen kom det frem tydelige signaler: Selv de beste forelesere minner oss om studiet og dosering ovenfra og ned, og gir oss dårlig samvit- tighet. La oss få mere gruppearbeid, mere disku- sjon- og krev gjerne mere egeninnsats.

Eksamen var jo egentlig en nytelse. Vi svarte rett på endel spørsmål. I dag- liglivet er det jo ofte slik at pasientene blir borte- og vi får aldri vite om det er fordi vi gjorde dem friske eller fordi de var misfornøyd.

Sjelden er vel overhead- plansjer blitt fulgt med større intensitet enn da Tore Koksvik presenterte fasiten. Jeg skulle gjerne hatt en kursdag ekstra for å utdype svarene. Men da var kurset slutt.

Likevel: "Alle var enige om at det hadde vært et fint kurs".

REVISJON AV NORMALTARIFFEN 1980

Ved distriktslege John Leer, Askøy

Det vises til brev av 23/6 og 18/7 hvor jeg som til-litsmann for APLF i Hordaland inviteres til å komme med synspunkter.

Det er beklagelig at det også denne gang er gitt så korte tidsfrister at det ikke har vært praktisk mulig å avholde medlemsmøte lokalt for å drøfte det framlagte notat.

Mitt svar er basert på inntrykk fra diskusjoner i Forum for almenmedisin i Hordaland, og spesielt de synspunkter som kom fram etter "1/4-oppgjøret".



Normaltariffen må forenkles.

Det sentrale takstpunkt må være konsultasjonen. En rekke takster må utgå og sees som en del av konsultasjonen. Legen står da mye friere mht. om han vil ta/ikke ta prøver osv..

Konsultasjoner kan inndeles slik:

1. Enkel konsultasjon
(f.eks. intil 1/4t. og en del vanl. prøver og us og beh. når nødvendig).
2. Lengre konsultasjon.
(mer omfattende, både i tid og evt. prøver etc.).
3. Meget langvarig og krevende konsultasjon.

Det gis et tillegg i alle konsultasjoner for alle spesialister (inkl. Almenprakt. Dnlf.)

Alle som ikke har almenpraksis som hovedbeskjeftigelse, eller spesialister som ikke driver privatpraksis som hovedbeskjeftigelse gies bare anledning til å benytte takst 1 ("Enkel konsultasjon").

Spesialtakstene komprimeres til et minimumstall og honoreres forholdsvis lavt i relasjon til konsultasjons-

honoraret (som jo må settes høyt i et slikt system).

For sykebesøk opereres med en takst. Den må være betydelig høyere enn i dag og være lik for alle. Det bør vurderes om konsultasjonstakstene kan benyttes også som tillegg ved sykebesøk.

Forslaget om prosentvis tillegg for almenpraktikere og priv.prakt.spes. basert på den årlige refusjon er dårlig og bør utgå.

Bedre er faste tilskudd og/eller rimelige lån som tilbys i etableringsfasen - f.eks. de første 5-6 år.

Det gies faste vaktgodtgjørelser for faste leger.

Viktige prinsipper som må slås fast:

Vi ønsker å være med å utvikle helsetjenesten.

Vi ønsker en helsetjeneste til beste for brukerne og for helsepersonalet.

Vi må vokte oss for å la utelukkende de økonomiske forhold styre utviklingen av helsetjenesten.

Normaltariffen har mer og mer blitt en slik styringsfaktor i det lab.prøver og spesielle undersøkelser og behandlinger har blitt bra honorert mens konsultasjonen - samtale om problemer og forsøk på problemløsninger ikke honoreres.

Brukerne trenger i dag - i større grad enn noensinne - en helsetjeneste som gir mulighet for samtale, hjelp i vanskelige situasjoner i livet, svar på konkrete spørsmål osv..



Fastlønnssystemet er kommet for å bli.

Det kan utmerket godt eksistere ved siden av normaltariffen. Begge systemer må utvikles videre.

Leger i Primærhelsetjenesten må gies reell valgmulighet mellom de to oppgjørsformene.

Leger i faste stillinger i Institusjonshelsetjenesten må fortsatt ha anledning til å tjene ekstra når de arbeider som leger, men det må gjøres klart for alle at det er primærlegene som kan det arbeidet som skal gjøres i PHT og det er Primærlegene som påtar seg oppfølging, vaktbelastning osv..

Normaltariffen skal derfor først og fremst være en oppgjørsform for primærlegene. Det bør ikke lages en egen normaltariff for institusjonsleger, men de må gies visse begrensninger i anvendelsen av normaltariffen (som før beskrevet). Prinsippet lik lønn for likt arbeid er stadig dekkende: En insitusjonslege som tar en mer eller mindre tilfeldig tilleggsjobb i PHT gjør ikke likt arbeid med en Primærlege! !

Det er vanskelig å si noe konkret om hvilke takster som skal utgå og som skal "bygges inn i" konsultasjonstakstene og evt. sykebesøktakstene.

Dette må vurderes nærmere etter økonomiske beregninger og faglige/fagpolitiske retningslinjer. Mye arbeid bør legges i dette. Forenklingen bør være meget omfattende!

Hvis det ikke gies rom for en skikkelig oppjustering og omforming av normaltariffen i de kommende forhandlinger, og hvis for-



handlingsmotparten møter med tilsynelatende fasttørrede rammer er det eneste riktige å si opp hele avtalen som normaltariffen baserer seg på og alle leger i Norge går sammen i kravet om fast lønn!

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 5x100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

ET NYTT HJELPEMIDDEL FOR BEHANDLING AV DAG- OG NATTEVÆTERE



- helt nyt
bærbart
miniapparat

URISTOP

URISTOP er et bærbart apparat som virker direkte
på blærefunksjonen ved transkutan stimulering av
lukkemuskelen. En liten elektrisk impuls utløses
når varmen fra de første urindråpene registreres
av en termostat.

NB! Impulsen vil ikke vekke pasienten, og i våken
tilstand merkes den kun som en svak prikking.

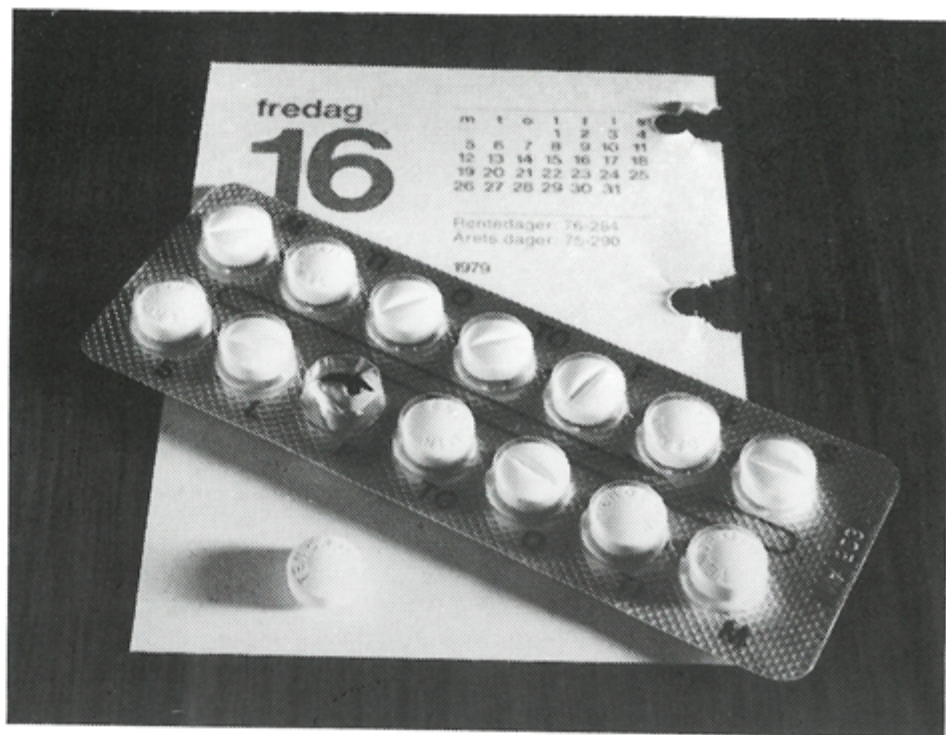
Be om nærmere opplysninger.



URI-MED A-S

1458 Fjellstrand
Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

Tenormin kalenderpakning for optimal sikkerhet mot medisinforsømmelse.



Den tablett som ikke tas har ingen virkning.

Tenormin

atenolol

KONTRAINDIKASJONER:

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

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

BIVIRKNINGER:

Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter. Gastrointestinalt ubehag, sovnsvanser, 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-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

Beta-stimulerende adrenergika	blokkerer beta-adrenerg effekt (VIb)
antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (VIa)
antihypertensiva/diuretika	økt BT-senkende effekt (VIa)
digitalis	bradykardi, arytmi (VIa, VII)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasm (VIa)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (VIa)
verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (VIa)



ICI-Pharma

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

Surmontil

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

1. Myren, J. et al, Scand. J. Gastr., 10 (8), 817-819, 1975
2. Wetterhus, S. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 33-38, 1977
3. Guldaal, M., Scand. J. Gastr., 12 (43), 27-31, 1977
4. Bohman, T. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 7-17, 1977
5. Nitter, L. et al, Scand. J. Gastr., 12 (43), 39-41, 1977
6. Myren, J., Tfdnlf., 5, 259, 1977
7. Bohman, T. et al, Scand. J. Gastr., 13 (48), 1-49, 1978
8. Valnes, K. et al, Scand. J. Gastr., 13 (4), 497-500, 1978



Medisinsk Informasjonskontor
Skårerveien 150
Postboks 20-1473 SKÅRER
Telefon: 1021 70 55 20

- hemmer syresekresjonen (1, 4, 7)
- gir rask sårtilheling (2, 3, 5, 8)
- lindrer fysiske smerter og demper psykiske symptomer (2, 3, 8)
- tolereres godt (3, 6)

Enkel dosering:
1-2 tabletter à 25 mg SURMONTIL® i en enkel dose, om kvelden, i 4-6 uker.
Ved å gi SURMONTIL® om kvelden, 1/2-1 time før sengetid, oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikkelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen.

T EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml: 1 ml inneholder Trimipramin embonat, resperidon, trimipramin 5 mg, sorbitol 0,35 g, Methyl p-oxibenz 0,6 mg, Propyl p-oxibenz 0,2 mg, Constatil, q.s., aqua purif. ad 1 ml. (Fargestoff: Para-oranger, tartrazin, fjerntes i løpet av 1978).

T TABLETTER: Hver tablett inneholder Trimipramin malesat resperidon, trimipramin 25 mg, resp. 50 mg, constatil, q.s. **EGENSKAPER:** Klassifisering: Trimipramin har antidepressiv, sedativ og anxiolytisk virkning. Kraftigere histaminantagonistisk, sedativ og antiemetisk virkning enn imipramin. Trimipramin hemmer hvilesekresjonen i ventrikkelen med ca. 50%, mens den stimulerende sekresjon blir mindre nedsett.

Virkningsmekanisme: Hemmer gjenopptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerge midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. I ulcus duodeni og pylori kan effekten være en kombinasjon av virkningen på sekresjonen og det nervøse apparatet. Ved kveldsdosering oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikkelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen. Absorpsjon: Resorberes godt ved peroral administrasjon av både embonat og maleat.

Metabolisme: Hovedmetabolitter i urin er derivater av iminodibenzyl og dibenzazepin. I serum uodannet trimipramin og monodesmetil derivatet.

Utskillelse: I urinen. Overgang i morsmelk i så små mengder ved terapeutiske doser at det som regel ikke er noen risiko for barnet.

Indikasjoner: Alle former for depressive tilstander som endogen, involutiv, organisk, neurotisk, reaktiv og klimakterisk depresjon, spesielt når disse ledsages av insomni-

anxieta eller agitatio. **Ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor.**

BIVIRKNINGER: Ekstrapyramidale: Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Dosereduksjon og tillegg av antiparkinsonmiddel i begrenset tidsrom bedrer som oftest symptomene. Psykiske: Lett morgendøighet kan forekomme, som oftest av kort varighet. Toksisk-deliriose reaksjoner i sjeldne tilfelle. Vegetative og kardiovaskulære: Lett munntørhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, Hodepine og gastrointestinale forstyrrelser er iaktatt. Dermatologiske: Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. Hematologiske: Ingen betydningsfulle eller vedvarende avvik rapportert. Levekomplikasjoner: Noen få tilfelle av variasjon i fransaminase verdiene sett.

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Ubehandlet glaukom. Samtidig behandling med MAO-hemmere. Preparatet bør ikke gis før tidligst 2 uker etter MAOH-behandling er avsluttet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemningsløsende virkning innføre farer den depresjonsløsende virkning, og dette kan føre til økt suicidalitet. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f.eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser og sinusstykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet bør utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjerteledelse.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende takésyn, regnbuesyn og øyesmerter krever hurtig øyeblikkontroll og utelukkelse av anfallsglaukom før be-

handling fortsettes. Forsiktighet ved leverlidelse, epilepsi og hjerneskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskap.

INTERAKSJONER: Tricykliske antidepressiva kan gi interaksjon med adrenalin, MAO-hemmere, metylenidol, noradrenalin, barbiturater, betandrin, efedrin, guanetid, metaradin, metyldopa, reserpin og tyroidea-preparater.

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

Sterke dose fortrinnsvis til pasienter med uttalt søvnforstyrrelser. Ved å gi helle døgnosen om kvelden vil man hurtig oppnå en normal søvnrhythme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemedler. Behandling må fortsette i minst 4 uker. **Ulcus duodeni og pylori:** 25-50 mg om kvelden 1/2-1 time før sengetid. Behandlingen bør fortsette i 4-6 uker. Sykehus: Initialt 100 mg (2 tabletter à 50 mg eller 15 ml embonat mikstur) om kvelden. Dosen økes gradvis til terapeutisk effekt er oppnådd. i enkelte tilfelle til 400 mg/dag. Dosen beholdes til remisjon inntrer. Deretter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsnivå, vanligvis 100-200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Man bør være oppmerksom på intoksikasjons-symptomer. Behandling av intoksikasjoner med tricykliske antidepressiva omtales i intoksikasjonsavsnittet bak i Felleskatalogen.

UTLEVERING: 50 mg tabletter kun til sykehus.

PAKNINGER: Embonat mikstur: 250 ml, 10 x 250 ml. Tabletter: 25 mg: 30 stk., 50 stk., 100 stk., 10 x 100 stk., 50 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.