

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 7-8

NOVEMBER/DESEMBER 1980

ÅRGANG 9

AV INNHOLDET:

MARTIN HOLTE:
Referat fra Landsråds-
møte i APLF Molde
november 1980 3

AAGE BJERTNÆS:
Referat fra general-
forsamlingen i APLF
Molde nov. 1980 5

KJELD MALDE:
WONCA/AAFP New
Orleans oct. 1980 ... 8

GEIR JACOBSEN:
Norsk bedriftslege-
forenings faglige
konferanse i Skien
nov. 1980..... 9

Leserbrev: 11

**OLE BJØRN
HERLAND:**
Almenmedisin som
fullverdig spesialitet .. 13

BERIT TVEIT:
Normaltariffen 23



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

GODT NYTT ÅR!

Året ebber ut og vi kan se tilbake på 9 årganger av Utposten. 9 innholdsrike årganger hvor nær sagt alle ting innen distriktshelsetjenesten har blitt debattert og viet oppmerksomhet. Som redaktør kan jeg gledelig fastslå at interessen fortsatt er stor for Utposten.

Bladet har nærmere 1400 abonnenter på adresselisten, men vi håper selvsagt at dette tallet kan økes betraktelig.

Dessverre må vi innrømme at tilgangen på stoff i året som var har vært noe begrenset. Det synes som at debatten om etableringsloven mobiliserte stor skrivelyst hos leserne, men at vi nå har vært inne i en debattløs tid.

Redaksjonen har derfor tenkt å endre bladets form og innhold noe når vi nå går inn i vår 10-års jubileumsårgang. Fra tidligere å være et rent debattblad i distriktshelsetjenesten vil vi nå avse en del av plassen til stoff av mere faglig interesse.

Vi har tenkt oss en del temanummer hvor vi vier fagområder som spesielt skulle interessere almenmedisineres oppmerksomhet. Bladet vil også få andre nye karakteristika som vi

foreløpig ikke vil røpe. I det hele tatt, leserne har mye å se frem til i året som kommer.

Samtidig vil vi be om lesernes assistanse og hjelp slik at vi fortsatt kan være et debattblad. Uten innlegg og kommentarer kan vi ikke opprettholde denne funksjon.

Derfor kjære leser! kvess blyanten og la oss få høre din mening.

Vi er takknemlig for alle bidrag, store og små, sinte og blide, uansett innhold.

Aage Bjertnæs Martin Holte



REFERAT FRA LANDSRÅDSMØTET

den 20/11-80, under APLF's Landsrådsmøte i Molde

Etter værømslag til mildvær med derpå følgende forsinkelser både med fly og bil, så var det et reisetrett men dog bevisst og diskusjonsvillig landsråd som tok sete i festsalen på hotel Alexandra.

Foruten representanten fra Nord-Trøndelag, Per Ivar Strugstad så var det et fulltallig Landsråd som møttes til å diskutere kveldens hovedtema "Innstilling fra APLF's organisasjonsutvalg". Denne har vært referert i Utpostens nr. 5-6, likeledes har den vært sendt ut til alle APLF's medlemmer, slik at innholdet forutsettes kjent.

Landsrådets representanter er som følger:

Oslo	Per Hjortdal, Oslo.
Akershus	Axel Valen-Sendstad, Kløfta
Østfold	Johan Fauske, Fredrikstad.
Hedmark	Tord Asak, Kongsvinger.
Oppland	Lars Grimstad, Brandbu.
Buskerud	Kari Nygaard
Vestfold	Roar Berg, Larvik.
Telemark	Gunnar Åsheim, Bø i Telemark.
Aust-Agder	Kjell Molde
Vest-Agder	Jan O. Lindebø, Vågsbygd.
Rogaland	Ole K. Dale, Stavanger
Hordaland	John Leer, Kleppstø.

Sogn og Fjordane	Kjell Kjørslaug Sogndal
Møre og Romsdal	Bjørn Røynealand, Ulsteinvik.
Sør-Tr.lag.	Bernt E. Østensen Jakobsli.
Nord-Trøndelag	Per I. Strugstad Steinkjer.
Nordland	Tor Anvik, Bodø.
Troms	Jon Vold, Tromsø.
Finnmark	Bjørn Tansem, Alta.

Videre møttes også Styret, Fagutvalget og Rådet til diskusjon.

Fra Styret møtte Jan Otto Syvertsen, Moss formann. Arne Ivar Østensen, Trondheim, viseformann. Finn Nilsson, Manstad Arne Svilås, Kongsberg Jacob Prytz, Horten

Varamenn: Geir Jacobsen, Trondheim, Jan Anker Nilsen, Oslo.

Fra Fagutvalget møtte: Jacob Prytz, Horten (formann) Grettir Schwarze, Bergen Martin Holte, Trondheim Herman Anker, Oslo Eli Berg Bratlie, Kongsvinger, Jan Anker Nilsen, Oslo.

Fra Rådet møtte: Ernst Ernø, Moss, og Tore Koksvik, Oslo.

Det var fra utvalget foreslått forandringer i de enkelte lovfestede organers funksjonsområder som:

1. Rådet
2. Fagutvalget

3. Styret
4. Landsrådet
5. Generalforsamlingen
6. Medlemsmøter

Organisasjonsutvalget har bestått av: Tore Koksvik, Jacob Prytz og Johan Fauske.

Tore Koksvik presenterte hovedtrekkene i innstillingen. Det viste seg at diskusjonen i hovedsak kom til å dreie seg om Rådet, Fagutvalget og Landsrådet.

Forsamlingen uttrykte usikkerhet hvorvidt Rådet burde oppløses eller ikke.

Landsrådet ropte om en bedre kontakt med APLF's styre og savnet sterkt økt aktivitet i Landsrådet i form av flere samlinger enn 2-3 timer en gang pr. år.

Et sukk fra tidligere tider, men uttrykket nu nærmest i kravsform. At det har kommet til en bevisstgjøringsprosess i Landsrådet, viste seg fredag ettermiddag da Landsrådet på nytt ble samlet utenom programmet til 1½ times diskusjon om andre aktuelle temaer. La oss håpe at denne prosessen fortsetter. La oss håpe at Styret har oppfattet disse signalene om behovet for å utbygge kontakten med Landsrådet, våre lokale tillitsmenn, for å bygge opp aktiviteten på almenpraktikerfronten på lokalplanet (grass-rot).

Dette gjelder såvel rent faglig almenmedisinsk virksomhet som fagpolitiske forhold.



Landsrådet som valgkomité.

Man har valgt å foreslå en tilleggsfunksjon til Landsrådet i form av valgkomitearbeide for APLF's tillitsmannsapparat. Dette ble positivt tatt imot nærmest enstemmig i forsamlingen og fremhevet meget sterkt. Dette for å ha muligheten til bedre å kunne finne frem til egnede kandidater til de forskjellige verv.

Det var også bred enighet om at et slikt valgkomitearbeide ville virke engasjerende på grasrotplanet.

Fagutvalgets fremtid.

Kveldens hovedsak ble likevel Fagutvalgets fremtidige stilling i forholdet til Styret. Man kom ikke utenom å nevne et eventuelt "Norsk selskap for almenmedisin".

Av rent faglige og fagpolitiske saker uadskillelige eller bør de skilles? Ifølge innstillingen og enkelte landsrådsrepresentanter og deler av Styret så er fag og fagpolitiske saker så sammenvevet at det er upraktisk å skille lag og går derfor inn for at fagutvalget skal oppnevnes av Styret.

En klar majoritet i Landsrådet derimot uttrykket meget sterkt en annen oppfatning - den at fagutvalget bør velges av generalforsamlingen. Det kom klart fram at man ønsket et mer "frittstående" fagutvalg. For å kunne fremme faget almenmedisin på alle felter ble dette sett på som en styrke.

Gjennom et styrket fagutvalg med kanskje representanter fra VEAP-rådet, instituttene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, samt OLL, vil kanskje behovet for et Norsk selskap for almenmedisin forsvinne.

På Landsrådsmøtet fredag ettermiddag ble det tatt opp følgende saker:

1. Legevaktsordningen
2. Lønnsforhandlinger
3. Lov om distriktshelsetjenesten
4. Lov om legers rettigheter og plikter
5. Landsrådsrepresentanters erfaringer fra avdelingsstyrene.
6. Helsepolitikk
7. "Soria Moria" (legeforeningens pedagogiske senter i Oslo)



Legevaktsordningen.

Det er nylig vedtatt en overenskomst om legevaktsordninger i kommunene.

Fra representanten fra Rogaland, Ole Kristian Dahle, ble det referert sterk misnøye i Rogaland til denne overenskomsten. Største innvendingen var avlønningen. Forøvrig ble prinsippet om at kommunen tilpliktet å administrere og holde kontor og hjelpepersonell til legevakten, samt prinsippet om vaktgodtgjørelse motatt positivt.

Overenskomsten vil bli bredere omtalt i referatet fra Generalforsamlingen.

Lønnsforhandlinger.

Representanten fra Hedemark, Tord Asak, tok opp spørsmål om muligheter til frivillig overgang fra normaltariffen over på fast lønn. Det ble i Landsrådet fattet flertallsvedtak om å legge dette frem på Generalforsamlingen, for å få Generalforsamlingens tilslutning, hvilket også skjedde etter en noe mere intens debatt.

Bakgrunnen for at dette forslaget ble fremmet, var ønske fra 90% av primærlegene i Hedemark om å kunne gå over på fastlønnsstillinger. Lov om distriktshelsetjenesten.

Representanten fra Vestfold, Roar Berg, la frem synspunkte om en tenkt funksjonsmodell i den fremtidige primærhelsetjenesten, hvor vi som primærleger må markere oss og finne vår plass så vi ikke blir spilt ut over sidelinjen av kommunale og offentlige representanter.

Det ble ikke tid til å gå inn på alle sakene, men det ble gitt en kort redegjørelse fra Tore Koksvik, om at utbyggingen av Soria-Moria ikke skal gå på bekostning av den pedagogiske utviklingen i videre og etterutdannelse ute i distriktene.

Dette er jo en meget stor fare på grunn av de voldsomme ressurser som blir sentrert på dette pedagogiske senteret i Oslo. Vi må være våkne slik at også de andre regionene som Bergen, Trondheim og Tromsø også får sin del av "kaka".

Fredagens kurs.

Kursdagen for Årsmøtet samlet ca. 50 deltagere samt deler av Landsråd, Styret, Fagutvalg og Rådet.

Forelesningene ble holdt av spesialister ved Fylkessykehuset i Molde - gode foredrag på et høyt faglig nivå og med tildels filosofiske betraktninger.

Det var foredrag til ettertanke men et tankekors imidlertid melder seg om dette er typen kurs som almenpraktikere er mest tjent med.

Kursformer som: "Almenmedisin for almenmedisinere" holdt for og av almenmedisinere er bl.a. meget aktuelt. Denne kursformen har vært avholdt i Oslo og Rogaland, og har blitt meget godt mottatt.

Kursdagen under Årsmøtet kan i denne sammenheng f.eks. avholdes som et minisymposium som omhandler almenmedisin.

APLF's prisoppgave og prisutdeling.

Fredag kveld var det presentasjon av prisoppgaven "Almenmedisin som fullverdig spesialitet" og 1.prisen gikk til Ole Bjørn Herland fra Telemark, og 2.pris til Dag Pedersen også fra Telemark.

Ole Bjørn Herland presenterte så sin besvarelse og gjennomgikk hovedpunktene. Etterpå gjennomgikk Dag Pedersen hovedpunktene i sin besvarelse med derpå følgende diskusjon. Ole Bjørn Herlands besvarelse blir gjengitt i sin helhet i Utposten etter tillatelse fra forfatteren.

Utposten vil oppfordre Dag Pedersen om å publisere sin besvarelse i Utposten i neste nummer slik at dette kan danne bakgrunnen for en

Forts. s. 25

GENERALFORSAMLINGEN I APLF

MOLDE 22. NOV. 1980

Generalforsamlingen hadde samlet ialt ca. 60 deltagere stort sett jevnt fordelt fra alle kanter av landet. Når man tar med i betraktning at foreningen pr. 30.9.80. hadde ialt 1.127 betalende medlemmer så må man si at fremmøte så må man si at fremmøte var beskjedent. Der er å håpe at flere i fremtiden finner veien til Generalforsamlingen da det er her mange viktige vedtak vedgjørende norsk almenmedisin fattes.

Etter at formannen Jan Otto Syvertsen hadde ønsket delegater og deltagere velkommen gikk man over til å gjennomgå årsmeldingen.

Generalplanen for faget almenmedisin.

En komite sammensatt av APLF og OLL har arbeidet iherdig med denne innstillingen som ventes ferdig utpå våren 1981. Man kom ikke inn på innholdet og omfanget av denne innstillingen.

Organisasjonsutvalget innen APLF.

Roar Berg fra Larvik understreket betydningen av å ha et lokalt kontaktutvalg i hver kommune som kunne behandle viktige spørsmål vedrørende distriktshelsetjenesten når loven kommer i 1982.

Den norske Lægeforenings president Harald E. Hauge opplyste at Norges kommuners Sentralforbund ikke var innstilt på å opprette lokale organer mellom kommunene og legene. Han understreket betydningen av tillitsmannsapparatet i legeforeningen. Den norske Lægeforening må arbeide videre med dette tillitsmannsapparatet slik at tillitsmennene i fylkene som har meget viktige oppgaver å ivareta



kan fungere best mulig.

Geir Jacobsen, Trondheim, ga en kort redegjørelse for primærlegerådet som er opprettet i Trondheim og som består av valgte representanter fra Sør-Trøndelag legeforening, Statselegens kontor og politisk valgte representanter. Et slikt utvalg kan neppe oppnevnes overalt i landets 500 kommuner da forholdene de fleste steder vil være for små til det.

Finn Nilsson, Alta, mente at et lokalt kontaktutvalg kunne bygges opp omkring et sentralsykehus slik at man derved unngikk å få for mange utvalg.

Presidenten i Den norske Lægeforening, Harald E. Hauge, understreket at det er viktig at Den norske Lægeforening stadig arbeider for å utvikle distrikts-



helsetjenesten. Loven om distriktshelsetjenesten lar stadig vente på seg og det kan ta lang tid, kanskje tre og fire år før man har tjenlige forskrifter. Han mente at politikerne hadde fått kalle føtter når det gjaldt rammebevilgninger for institusjonshelsetjenesten og at dette taler for at Den norske Lægeforenings forslag om gradert refusjonssystem vil få gehør når loven skal behandles.

Sykehustjeneste/hospitering i etterutdannelsen for almenpraktiker DNLF.

Det ble fra flere hold påpekt vanskeligheter medlemmer hadde med å få nødvendig etterutdanning for å opprettholde tittelen. Mange steder i landet er det begrenset adgang for almenpraktikere til slik sykehustjeneste.



Flere har også problemer med å skaffe vikarer. Enkelte debattanter hevdet at sykehustjenesten burde kuttes ut i etterutdannelsen. Dette ble sterkt tilbakevist. Sykehustjenesten er en nødvendig ingrediens i den kontinuerlige etterutdanning for almenpraktikere DNLF forplikter seg til.

Jo Telje, Vinstra, snakket om Opplandsmodellen, hvor

man har fått til en ordning hvor lønnsmidlene til almenpraktikeren tas fra budsjettposten videre og etterutdannelse og studiereiser i sykehuset budsjett.

Finn Nilsson kunne med sin statistikk bevise at man i fremtiden ville trenge ca. 200 stillinger på landsbasis til nødvendig etterutdannelse.

Arne Ivar Østensen og Aage Bjertnæs, Trondheim, understreket behovet for at slike stillinger forefinnes i alle fylker og at den beste vei å gå for å skaffe slike stillinger er å gjøre om en del underordnede stillinger i sykehusene til almenpraktikerstillinger.

Den norske Lægeforenings president Harald E. Hauge støttet dette, det er her ressursene ligger og det er opp til stillingsstrukturutvalget å se nærmere på dette. Det ble fra møtedeltagernes side understreket at dette må skje fort da det er i de nærmeste år fremover man har behov for flest videre- og etterutdannelsesstillinger da vi årlig vil få et overskudd på 200 leger som skal ut i almenpraksis.

Generalforsamlingen vedtok deretter enstemmig at styret i APLF skulle arbeide for like videre- og etterutdannelsesforhold overalt i

landet og at det i hvert fylke bør opprettes øremerkede stillinger for almenpraktikere.

Mediterende verdi av almenpraksis ved søknad på assistentlegestilling.

Innstilling til legestilling etter et års legetjeneste innen et hvert fagområde til-



svarende et års ansinitet innen vedkommende disiplin. Dersom legetjenesten har knyttet seg til almenpraksis inklusivt forebyggende helsearbeid, gis ytterligere et ½-års ansinitet tilsammen 1½ år. Generalforsamlingen syntes å være fornøyd med dette vedtak.

Regler om legers rett til å bruke betegnelsen almenpraktiker DNLF.

Styret la fram et forslag om at almenpraktikere som er ansatt som lektorer i almenmedisin ved våre universiteter samt almenpraktikere i administrative stillinger på heltid kan bibeholde betegnelsen almenpraktiker DNLF under følgende forutsetninger:

- a. Krav om kursdeltagelse og sykehustjeneste som under reglens spesielle krav - etterutdannelse, oppfylles.
- b. Krav om at minimum 6 timer selvstendig almenpraksis pr. uke oppfylles.

Eli B. Bratteli, Roverud, minnet forsamlingen om at almenpraktiker DNLF er en feltkompetanse som kun kan opprettholdes ved at legen er i aktiv almenpraktikertjeneste.

Meldesystem for legevaktlegene.

Jan Otto Syvertsen, Moss, fortalte om gode erfaringer fra et system som har vært utprøvet i Moss og Oslo. Resultatet av dette vil føre til at et nytt mer omfattende skjema skal utarbeides og at dette kanskje kan nyttes på landsbasis. Etter vakt vil legevakslegen sende melding til pasientens egen lege om sykebesøk, behandling og diagnose. Omkostningene for dette bør betales av rikstrygdeverket og kommunene.

Overenskomst om legevaks-

ordningene i kommunene.

Vedtaket vedrørende forhandlingsprotokollen angående legevaksordninger i kommunene mellom Den norske Lægeforening og Norske Kommuners Sentralforbund fikk en blandet mottagelse i generalforsamlingen. Det virker som om mange leger ennå ikke forstår at privatpraktiserende leger og distriktsleger samt overordnede leger ikke er omfattet av arbeidsmiljøloven. Dette er naturligvis et handikap i vår forhandlingsposisjon.

Presidenten i Den norske Lægeforening, Harald Hauge, understreket at det var et overordnet mål for Den norske Lægeforening at normaltariffen ble oppjustert slik at distriktsleger og praktiserende leger kunne ha kontoret stengt dagen etter vakt. Dette målet er nådd ved forhandlinger for distriktsleger i fast lønnet stilling og bedriftsleger i fast lønnet stilling med vaktplikt. Forhandlingsprotokollen som var blitt vedtatt går i prinsippet ut på at aktivt arbeid lønnes av normaltariffen, at beredskap lønnes med 1/4-dels time i lønnstrinn 27, pr hvilken de vakttime. I helgene blir beredskapen bedre betalt.

Sentralstyret i Den norske Lægeforening har gått inn for å gi myndighetene frist til 1.1.1981 om å organisere legevakten i samtlige av landets kommuner. Om ikke så skjer vil legeforeningen kollektivt si opp sin del av avtalen.



Man må kunne forvente overgangsordninger for de fleste kommuner i noen måneder, men om intet skjer i løpet av vinteren, vil legefóringene gå mere militant til verks å forby sine medlemmer deltagelse i legevakt..

Presidenten, Harald Hauge, mente at legefóringene i denne saken ville få befolkningens sympati. Det er myndighetene som har påbydd oss denne plikt og de må også sørge for organisering av denne tjenesten slik at den kan utfóres.

Generalsekretær, Harry Martin Svabø, opplyste at man i den nærmeste fremtid vil få legefóringens evaluering av erfaringene med fastlønnsstillingene nordpå og vaktordninger i disse kommunene.

Normaltariffen.

Presidenten redegjorde for Den norske Lægefóringens krav ved årets tariffórhendinger. Legefóringens samlede krav, takstókning og oppnormeringsbehov ligger på godt og vel 40%. Mótet med legefóringens forhandlingspartner har ialt blitt utsatt 3 ganger. Deres avtalen ikke er klar innen 1.12 1980 kan legefóringene gå til søksmål mot Staten for avtalebrudd. Slik det ser ut nå er det lite realistisk å tro at avtalen vil være ferdig 1. desember. Legefóringene vil derfor forlange tillegg på det medlemmene taper ved forsinkelsen av avtalen.

Den interne fordeling av forhandlingsresultatet i legefóringene har sentralstyret ennå ikke tatt standpunkt til. Sikkert er det dog at legefóringene vil legge stor vekt på at de medlemmer som lever av normaltariffen som hovedgesjeft skal gis prioritert når midlene skal fordeles. Formannen i APLF, Jan Otto Syvertsen, Moss, understreket betydningen av at samtalerapi, sosialmedisinsk arbeid og psykiatrisk arbeid som ofte er svært langvarig, må ivaretas i normaltariffen selv om sentralstyret i legefóringene hadde lite til overs for tidsrelaterte konsultasjoner.

Berit Tveit, Fyllingsdalen, minnet forsamlingen om at også de unge nyetablerte legene måtte få sin del av

vekstókningene i normaltariffen. Det var kanskje de som trengte det mest, mente hun.

Debatten om Normaltariffen ble kort og innholdsrik og på en grei måte styrt av formannen. Man hadde fryktet at Normaltariffen ville ta det meste av tiden og det var derfor gledelig at denne post på programmet ble unnagjort på 3 kvarter.

I tilslutning til denne debatten fikk Tor Dasak, Kongsvinger, tilslutning til sin resolusjon at APLF vil arbeide for frivillig overgang fra normaltariff til fastlønnsstillinger for de som ónsker det.

Etter gjennomgåelse av regnskapet som viste et driftsoverskudd på 30 tusen kroner gikk man over til å behandle innstillingen fra APLF's organisasjonsutvalg. Viseformann Arne-Ivar Østensen, ga en kort redegjørelse for betydningen av en felles organisasjon for APLF og OLL's medlemmer. Begge foreninger har nå så mange felles arbeidsoppgaver, positiv erfaring fra felles møter mellom de to foreningene gjør at man må sette fortgang i arbeidet for å få dette til.

Dag Andreasen, OLL, var enig i dette og mente at det felles samarbeide måtte fortsette og forsterkes. Han understreket at OLL nok hadde en del spesielle problemer, bl.a. med arbeidet for å opprette samfunnsmedisin som egen spesialitet og prinsipper i loven om distriktshelsetjenesten. Dette er dog saker som må finne sin løsning og ikke være til hinder for samarbeid. Elers vedtok styret

i APLF at samtlige medlemmer i fagutvalget skulle velges av generalforsamlingen. Dette betyr at fagutvalgets selvstendighet varetas og at det kan arbeide fritt uten å dirigeres av helsepolitiske motiver.

Hermann Anker, Oslo, som er formann i arrangementskomiteen for den 2. Nordiske Kongress i Almenmedisin i Bergen, som skal finne sted i slutten av Juni 1981, oppfordret alle almenpraktikere som kunne tenke seg å være foredragsholder ved Kongressen å sende inn kort resymé av foredraget. Spesiell invitasjon blir sendt alle almenpraktikere i Norden i disse dager.

Til slutt vedtok generalforsamlingen gledelig å henlegge neste generalforsamling i Bodø.

Det er første gang i foreningens historie at en generalforsamling henlegges til Nord-Norge og vil bety noe nytt og spennende for de fleste.

Vi ónsker arrangórene lykke til og håper at oppslutningen om arrangementet vil bli stor.

Alt i alt fikk man et meget positivt bilde av årets generalforsamling. Det er tydelig at det på mange måter er kommet enkelte holdningsendringer i den norske almenpraktikerstand.

Vi vil gi arrangórene i Molde Legefóring samt styret i APLF, spesielt ved dets formann Jan Otto Syvertsen, ros for godt arrangement og en velredigert generalforsamling.

Aage Bjertnæs



REISERAPPORT:

WONCA/AAFP World Conference on family medicine

October 4-9, 1980 New Orleans Louisiana

Av Kjeld Malde, 4890 Grimstad

Omkring 25 nordmenn befant seg i begynnelsen av oktober i jazzens hjemby New Orleans for å treffe kolleger fra hele verden. At det amerikanske selskap for familiemedisin (AAFP) samtidig hadde sitt årsmøte gjorde at omkring 5000 leger var forsamlet. Med ledsagere, foredragsholdere, studenter og utstillere ble deltagerantallet vel 9000, passende for USA hvor man ikke er ukjent med begrepet "the biggest in the world".

Undertegnede som ikke var med på charterreisen fra Gøteborg kan derfor ikke fortelle om den strabasjose turen deltagerne hadde. På toppen av alt var der ikke nok hotellrum ledige når skandinaverna ankom flere timer forsinket sent på natten. Vel, hotellet gjorde opp for miseren ved å by alle på en meget god middag siste kvelden. Så det ble en slags "happy ending". Til og med avsluttet med en jazzkonsert i klarinettisten Pete Fountains klubb i hotell Hilton. Hva ellers i jazzmetropolen New Orleans?

Samme Pete Fountain spilte for oss alle da vi mandagskvelden var i verdens største (!) innendørs idretts-hall og fikk fremført et Mardi Gras opptog. Med blålysblinkende politimotorsykler og fulle sir-ner i spissen, kom flotte, pyntede vogner og taktfast marsjerende korps i lang prosesjon. Selve idretts-anlegget kunne romme ca. 100.000 tilskuere, så de 9000 monnet ikke stort. Men alle fikk mat og drikke, og man kunne danse og trefte folk.

Onsdag kveld da valg og annet offisielt program var over, holdtes Presidents Reception and Dance. Også denne gang med berømt orkester. Bob Crosby's band i ett rom, mens et annet orkester spilte mer moderne disco-toner i et annet Grand



Ball-Room i Hiltons rommelige selskapsavdeling.

New Orleans!! Selve navnet vekker assosiasjoner om blues og jazz. Gatene bærer navn som alle er kjente jazz-komposisjoner. Canal Street, Basin Street, Rampart Street. Og hovedgaten for kveldslivet og hvor man hører jazz i annet hvert

hus: Bourbon Street. Alle gatene i det Franske kvarter et ganske velbevart område i centrum.

I en tverrgate ligger Preservation-hall hvor de riktige gamle gubbene holdt til. Halvsovende inntil de begynte å spille. Men da ble det liv i både musikere og tilhørere. Et nærmest fal-leferdig lokale med kun stå-plass. Men et "must" i New Orleans.

Byen ligger ved munningen av verdens lengste vannvei Mississippi. Og bærer naturligvis preg av det. Hele byen ligger lavere enn vannflaten og rundt byen finnes store sjøer og rikelig sumpmark. Angivelig med slanger, alligatorer og andre uhumskheter.

Veiene ut av byen går derfor på pæler og er milelange. Inbefatter naturligvis verdens lengste (!) bro over vann. Ut i omegnen finner man fordums storhet i plantasjene. Bomullsmarker så vi ikke. Nu var plantasjene omgitt av oljeraffinerier og industri.

Landskapets høyeste punkt var dikene mot Mississippi, så først når vi forlot New Orleans i fly fikk man et inntrykk av slettelandet i Louisiana.

På vår utflukt til plantasjene fikk vi også se de meget spesielle kirkegårdene. P.g.a. grunnens beskaffenhet begraver man sine døde i kistelignende marmorbygg over jorden. Kirkegården så ut som en miniatyrby i marmor.

Den faglige delen da? Tilbudet på foredrag, demonstrasjoner, seminarer og kurs var overveldende. Ved registrering ble det utlevert et kurshefte som var som 1/3 av den norske kurskatalogen. Det var bare å velge og vrake. Ved Hilton lå Rivergate Convention Center hvor medisinske firmaer og organisasjoner hadde utstillinger. Her var daglig

demonstrasjoner via TV, men også "live". Taping av idrettsskader, bruddbeh., suturteknikk. Man kunne forsøke seg på diagnose/ behandling av sykehistorier tatt opp på videobånd, eller sammen med 20 andre delta i et seminar. Kolleger hadde stands hvor de redegjorde for forskning i sin egen praksis, andre om arbeidsmodeller og metoder. Videre var det muligheter for foredrag i større forsamlinger. Og foredragsholdere var personligheter innen medisinen. Så her var mulighetene legio. Paralelt med det faglige hadde både Wonca og AAFP sine forhandlinger hvor delegatene møttes. Valg var

det også, og amerikanerne forneker seg jo ikke i valgkamper. Her var buttons og slagord. Lørdag og søndag kveld hadde hver stat sin suite i hotel Hilton hvor de serverte mat og drikke typisk for sin stat. Så kunne delegatene gå fra rom til rom for å la seg bespise og bedrikke. Og samtidig ble man påminnet om hvem man skulle stemme på. "Hospitality rooms" ble disse suiteene kallet, og på gjestfrihet er amerikanerne uslåelige. Louisiana som vertsstat hadde naturligvis det største og flotteste. Her fikk man prøve creole-kjøkkenets delikatesser, servert av personale utkledd som til Mardi Gras feiring.

Hjemreisen gikk via Washington D.C. og New York. Begge

steder med vel forberedte sight-seeing turer med "skandinavisk-talende" guider. Mellom disse byer kjørt vi buss. På lunsjstopp i Philadelphia fikk vi innføring i USA's historie. Her sto vuggen for de forente stater. Her ble konstitusjonen underskrevet. Og selv om amerikanerne er meget opptatt av sin opprinnelige hjemstavn i den "gamle" verden, er de også nasjonalister og opptatt av sin historie. Alle historiske minnesmerker tas godt vare på.

New York er så overveldende i størrelse og folkeliv så tre dager her bare blir en smakebit. Alt er som man har hørt og lest om bare enda mer. Her er luksus og rikdom side om side med ytterste fattigdom.

Neste gang møtes vi i Singapore!! Om man ikke vil delta i AAFP's neste årsmøte i Las Vegas i 1981.



REISERAPPORT:

NORSK BEDRIFTSLEGEFORENINGS FAGLIGE KONFERANSE I SKIEN

12.-14. november 1980

Av Geir Jacobsen

Programmet for konferansen.

Onsdag 12. november

Landbrukets yrkesmedisinske problemer.

Torsdag 13. november.

Helsekontroller i bedriftshelsetjenesten, hva skal en legge vekt på?

Synskrav og øyenskerer i bedriftshelsetjenesten.

Medlemsmøte.

Fredag 14. november.

Frie foredrag.

Lungefunksjonsundersøkelser i bedriftshelsetjenesten.



Hovedpunkter i enkelte av programpostene:

Landbrukshelsetjenesten.

Landbruket har både ergonomiske og yrkesmiljømessige problemer som berettiger en helsetjeneste. Organisasjonsform på denne tjenesten er et problem. Det kan også oppfattes som et problem at bonden er sin egen arbeidsgiver.

Norges Bondelag har anbefalt sine 800 medlemslag en prøveordning, etter sigende i forståelse med Løgeforeningen. Dette medfører ikke riktighet.

Primært ønsker Bondelaget å etablere en ordning innenfor distriktshelsetjenesten i motsetning til i Sverige der det er organisert en særomsorg (Landbrukshälsa A/B)

Subsidiært kan andre grupper leger kobles inn der-

som distriktshelsetjenesten ikke kan avse ressurser til tjenesten.

Det ble fra enkelte hold reist tvil om muligheten for å evaluere en slik prøveordning på tilfredsstillende måte når prøveordningen omfatter hele målgruppen tjenesten senere er tenkt å dekke. Det ble også advart mot at en legger for stor vekt på fikserte helsekontrollopplegg for de ansatte i jordbruket. Dette kan lett overskygge de yrkeshygieniske og ergonomiske oppgaver.

Helsekontroller.

Helsekontrollenes innhold ble undergitt en grundig analyse og debatt. Det ble poengtert at bedriftshelsetjenesten må velge sin filosofi.

Primær profylakse:

Oppsporing og eliminering av helsefarlige forhold i bedriftene.

Sekundær profylakse:

Tidlig diagnostikk av sykdom før symptomstadiet, foruten at behandling er tilgjengelig og bedre enn når sykdommen debuterer.

Det er vanskelig å skille helsekontroll fra miljøkontroll. Hyppigheten av kontroller vil avhenge av kjennskapet til arbeidstakeren og arbeidsmiljøet. Det ble stilt følgende spørsmål:

Hvis en velger den primærprofylaktiske filosofi, er det ikke da mest naturlig å knytte flest kontroller til de unge arbeidstakerne? Motsatt: Er ikke hyppig kontroll av eldre og risikoutsatte arbeidstakere først og fremst knyttet til den sekundærprofylaktiske filosofi? Klart skille mellom de to filosofier lar seg ikke trekke og den ene utelukker ikke den andre.

Det bør foregå et nært samarbeid mellom bedriftshelse-tjenesten og vernetjenesten. Kanskje bør vernetjenesten administreres av helse-tjenesten i bedriften?

1. gangs helsekontroll må brukes som utgangspunkt for utvikling av evt. senere sykkelighet. Det er lite ønskelig med en "pre-employment"-undersøkelse for å sile bort "ufriske" fra "A"-menneskene.

Helsekontrollens utgangspunkt må være den sykdomsrisiko som kjennetegner vedkommende arbeidsplass. Helsekontrollen må lede til en konklusjon mht. behovet for intervensjon. Helsekontrollen må ikke bli en en-gangsforeteelse, men systematiseres i et helsekontroll-program.

Synsundersøkelser.

Det ble gitt en oversikt over aktuelle synsundersøkelser, med henblikk på visus, synsfelt, akkomodasjon, samsyn og farvesyn.

I yrkesmessig sammenheng anføres at godt lys ikke nødvendigvis er det samme som sterkt lys: samstemt lys og farvesammensetning

kan bedre arbeidssikkerheten. Blending kan være ubehagelig og synssvekkende. Mye nærarbeid vil kunne resultere i øyeplager. Faktorer som spiller inn, er: akkomodasjon, presbyopi, samsyn og konvergens.

Arbeid med data-terminaler vil kunne gi ergonomiske plager knyttet til øynene. Det gjelder f.eks. allmennbelysningen, farvebakgrunnen på skjermen, kontrasten mellom skjerm og tegn og refleks fra skjermen p.g.a. dens plassering. De presbyope er særlig utsatt. Det bør evt. innføres tidsbegrenset opphold foran skjermen, evt. i form av en avløserordning eller jobbrotasjon. Det vil kunne oppstå exanthermer eller conjunctivitter ved terminalarbeid. Det er ikke indikasjon for fast, regelmessig øyelegekontroll av alle terminalarbeidere. Terminalarbeid er ikke farlig for øynene. Personer som sitter med nærarbeid og har plager med øynene utgjør unntakene.

Avslutningsvis ble det gjennomgått endel spesielle synskrav knyttet til bestemte yrkesgrupper.

Øyeskader.

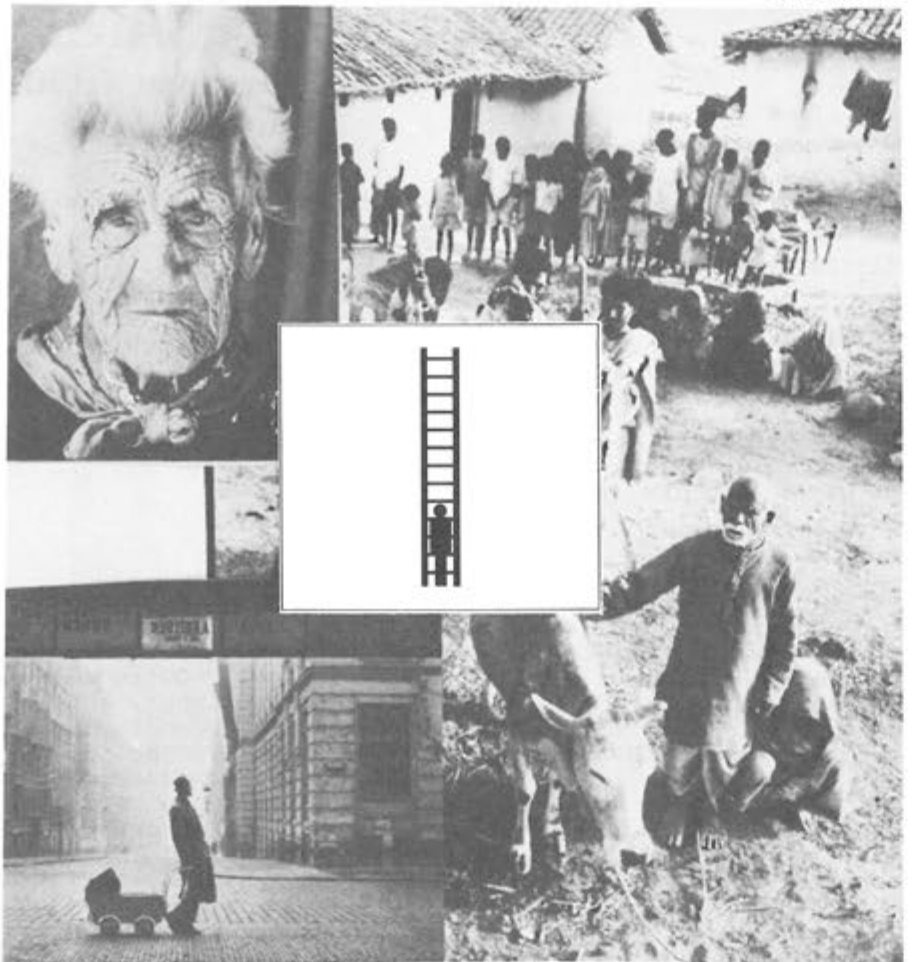
Organisering av øyeskadebehandling i anleggsperioden på Rafnes 1974 -79 ble referert. Tilsammen var 20.000 mennesker innenfor gjerdene én eller annen gang i løpet av denne tiden- Helsekontoret ved Norsk Hydro tok seg av 1.800 øyeskader på dagtid i løpet av perioden. Kvelds- og nattetid gikk alle skader direkte til øyeavdelingen. Det var 2/3 fastsittende fremmedlegemer, 17% conjunctivitter i.n.a. og 8% sveiseblink som de hyppigste. 5% av de primært vurderte skader ble henvist enten øyelege eller øyeavdeling. Resten ble behandlet av Helsekontoret med oppfølging.

Et øye gikk tapt i anleggsperioden. Muligens fikk en også færre alvorlige sequelae takket være den primære service enn om alle akadene skulle vært tatt hånd om annet sted. Til sammenligning var det hele 5 dødsfall p.g.a. ulykker i perioden.

Medlemsmøte.

Siste sesjon 2.dag var medlemsmøte med gjennomgåelse av resultat av tariff-forhandlinger.

Forts. s. 25





Newsletter

BEDRIFTSLEGER BØR FRITAS FRA LEGEVAKTORDNINGEN

Bulletin fra Statens arbeidstilsyn

På initiativ fra Direktoratet for arbeidstilsynet over Lægeforeningen ble det holdt et møte for å drøfte bedriftslegers deltakelse i legevaktordninger. Arbeidstilsynet tok utgangspunkt i en konkret sak der en bedriftslege i heldagsstilling er blitt pålagt å delta i legevaktordning.

De kollegiale regler som gjelder for legevaktordninger ble vedtatt av Lægeforeningens landsstyre i 1967. Det er den lokale avdeling av Den norske Lægeforening som i første rekke treffer avgjørelse om legenes deltakelse i slike kollegiale ordninger.

Fra Lægeforeningens side ble det redegjort for hvordan ordningen praktiseres. Det har vært vanlig å søke å unngå å påby andre enn almenpraktiserende leger å delta, dersom legedekningen på stedet har vært slik at en tredelt vaktordning kunne etableres.

I Oslo og Bergen der det er opprettet kommunale ordninger for legevakt-tjenesten, har det vært lite aktuelt å praktisere de nevnte kollegiale regler for legevaktordninger.

Det ble opplyst at de kollegiale regler er på vei ut fordi ny lov om legers rettigheter og plikter er under behandling. Lægeforeningen uttrykte som sitt synspunkt at bedriftsleger i heltidsstilling blir å betrakte som leger med spesialoppgaver, og at bedriftsleger på heltid dermed i regelen fritas for å delta i legevakt.

Man ble i møtet enige om at Arbeidstilsynet i slike saker henstiller til bedriftslegen å søke den lokale avdeling av Den norske

Lægeforening om fritak, gjerne vedlagt begrunnelse fra den aktuelle bedrift, eventuelt det lokale arbeidstilsyn. Ved eventuell anke er det en fordel om Direktoratet for arbeidstilsynet avgir uttalelse før anken blir behandlet.

Nytt incitament til å etablere heltids bedriftslegeordninger, der man bl.a. også etter eget ønske og behov må kunne få behandle pasienter, men der ansvaret opphører ved kontortidens slutt.

Andre enn meg som reagerer?

DAG BRUUSGAARD

DEBATTINLEGG — EN APELL

Atomnedrustning — det angår oss

Politisk engasjement preger i liten grad leger og medisinsk debatt.

Dette tiltross, er vi vel flere offentlige tilsatte leger med særlig samfunnsmedisinsk ansvar i Norge enn de fleste andre land. I dag står vi ovenfor et særskilt samfunnsmedisinsk problem av dimensjoner ingen andre kan måles mot.

Behovet for Atomnedrustning.

Problemet angår alle, og oss primærleger spesielt.

Oss fordi:

Svært mange av oss vil primært få ansvaret for sivilbefolkningen i en krisesituasjon. Den vil i størst grad rammes.

Vi har et spesielt ansvar for hvorledes miljøskader vil påvirke befolkningens helse og ansvar for hvorledes vi vil møte disse problemene.

Vi har også et spesifikt forebyggende ansvar, og vet at idag eksisterer ikke sterkere helsetrusel enn atombomben.

Vi har også et særlig ansvar som premissleverandører for politiske beslutninger. I dag stjeler rustningsbudsjettet fra helsebudsjettet. En sultende og syk verden kunne velernæres og tilbys hjelp på en fraksjon av militærbudsjettene. Også lokalt gjelder denne tankegang. F-16 og forhåndslagring henter sine penger i kamp med sykehjem og helse-tjenesten generelt.

Skal vi sloss for midler til bedre primærhelsetjeneste, kan vi ikke konsentrere kampen om ressursene innad i helsetjenesten og la militærbudsjett være en hellig ku som får gresse vilt.

Hva kan vi som leger gjøre? I andre land er det en gryende legeaktivitet i nedrustningskampen. Hvorfor ikke hos oss?

Vi kan starte opp med å skaffe oss viten om atomkrigsføring helsemessige konsekvenser i et lokalmiljø som vårt eget og viderebringe denne til vår lokalbefolkning og fortelle om hvor hjelpeløse vi er til å møte konsekvensene.

Atomalderen er nå i en ny og farlig fase, terskelen senkes og truslen øker, politikerne virker hjelpeløse.

En bred folkeopinion i kamp mot atombomben kan bli eneste redning. Vi har en lønnet plikt som samfunnsmedisinere til å delta særskilt i denne kampen.

Nils Johnsen

Distriktslege i Ringerike

Bokanmeldelse:

Scientific foundation of family medicine

John Fry, Eric Gabriel, Robert Smith.
William Heineman Medical Books Ltd., London.

Boken utkom i 1978 og er i sitt omfang på 600 sider meget omfattende.

Boken har tre hovedredaktører og ialt 90 underredaktører har skrevet kapitlene.

I regel er det en almenpraktiker og en spesialist eller en almenpraktiker alene som har videnskapelig bakgrunn innen fagområdet som har skrevet kapitlene.

Boken er lagt opp i 22 seksjoner. De 3 første omhandler særtrekkene ved family medicine, forskning og vitenskapelig arbeid i faget. Dette er kanskje de mest spennende kapitlene.

En stor del av stoffet har John Fry presentert tidligere i flere av hans øvrige bøker i faget.

De øvrige seksjonene er lagt opp som en tradisjonell lærebok og omhandler kapitler om lidelser i sentralnervesystemet, mentale lidelser i munologi, microbiologi, cardio-vaskulære sykdommer, rheumatologi etc..

Kvaliteten av disse kapitlene er noe forskjellig. Enkelte er grundig gjennomarbeidet med henblikk på almenpraktikerens behov for viden.

Her vil jeg spesielt trekke kapitlet om utvikling og aldring, samt kapitlet om urinveisinfeksjoner frem.

Samtlig kapitler har rikelig med litteraturhenvisninger til artikler vedrørende forskningsarbeider innen fagområdene.

Flere av disse er skrevet av almenpraktikere og omhandler forskningsarbeider. Boken gir derfor almenpraktikere nyttige opplysninger om almenmedisinsk forskning man i dag har kjennskap til.

Boken er på mange måter pre-matur. Ved systematisk gjennomgang ser man at store

delar av det arbeidsområdet almenpraktikerne beskjeftiger seg med, er upløydd mark. hva gjelder forskning fra almenpraksis og av almenpraktikere.

Arbeider gjordt av klinikere og skrevet av klinikere, brukes forsøksvis for å lappe på dette.

Almenmedisin er fortsatt i en oppstartingsfase men om en del år vil man ha tilgjengelig videnskap ved områder hvor vi idag må "låne" viden, og med det for øye vil en senere lærebok kan-

skje gi et bedre inntrykk.

Boken anbefales almenpraktikere spesielt de som er engasjert og interessert i almenmedisinsk forskning. Mange inspirasjoner og impulser kan unngås ved lesing av denne boken.

Boken fås ved bestilling hos Bruns Bokhandel i Trondheim.
Pris ca. 350,- kroner.

AAGE BJERTNÆS



Almenmedisin som fullverdig spesialitet

APLF's Prisoppgave

1ste pris.

Ole Bjørn Herland, Siljan

Almenpraktiker Dnlf

Innledning - historikk.

Den tid er forbi da man umiddelbart nikket bifalende til utsagnet om at det i navnet almenmedisin lå en selvmotsigelse til å kalles egen spesialitet. Man kunne da ikke bli spesialist i alminnelige lidelser. Det ligger nok en viss semantisk motsetning i utsagnet, da almen og spesiell jo betegner motsatte ting i vanlig språkbruk. I enkelte land unngår man denne ufruktbare diskusjon ved å kalle fagområdet familiemedisin.

Almenmedisin kan defineres som den generelle, forebyggende og behandlende medisin, kfr. "Tenkekomiteens" innstilling om morgendagens primærlegetjeneste (1). Almenmedisin drives av almenpraktikere som har en forpliktende rolle med kontinuerlig og personlig omsorg overfor individer, familie og befolkningsgrupper som sogner til ham/henne. Almenmedisinen har en posisjon overfor befolkningen, et innhold og en tilnæringsmåte som skiller den klart fra de andre spesialitetene innenfor medisinen.

Ved århundreskiftet var nærmest alle leger generalister. Etter siste verdenskrig fikk man økende spesialisering og subspecialisering som resultat av den raske økende viten også innenfor medisinen. Det lå langt større prestisje blant medisinerne og hos legmenn i dette å bli ekspert på et avgrenset område. I USA opplevde man da dette i 68/69 at bare 4% av de medisinske kandidater valgte almenpraksis.

WHO anbefalte i 1963 "Technical Report no. 257" (25) at "family practice" burde få en selvstendig plass i videreutdannelsen av leger.

Dette var for lengst innsett i Storbritannia og Østerrike som fikk egen spesialitet henholdsvis i 1948 og 1949.

Innen EF har en som er statsborger i ett av medlemslandene og i besittelse av anerkjent eksamensbevis som lege, i prinsippet rett til å sette seg ned som almenpraktiserende lege i et av de andre medlemslandene. EF's rådgivende utvalg for legeutdannelsen har utarbeidet en egen betenkning om utdanning til almenpraktiserende lege. I deres konklusjon heter det: "I folkesunnhetens interesse ... henstilles til medlemsstatene med henblikk på anvendelsen av artikkel 8 i direktiv 75/362/EØF å se almen praksis som en særlig disiplin svarende til de øvrige anerkjente spesiallege-disipliner (4)".

Her i Norge opplevde vi utover i 50- og 60-tallet at antallet almenpraktikere sank mens gjennomsnittsalderen steg. Mathisen-utvalget ble oppnevnt 23/1-65 av Sentralstyret i Den norske Lægeforening for å utrede spørsmålet om systematisk videreutdanning for almenpraksis. Utvalget forsto sitt mandat dithen at man skulle ha for øye "en bedring både av den praktiserende leges faglige nivå og av rekrutteringen til almenpraksis" (18). Fra denne utred-

ningen har man fått begrepet "Almenpraktiker av D.n.l.f.". Man la opp til en videreutdanning helt analogt med de krav som da gjaldt for de medisinske spesialiteter på den tiden. Det ble også foreslått en avsluttende eksamen, men man tok ikke skrittet fullt ved å foreslå fagområdet ansett som full spesialitet. Hovedargumentene mot dette lå i vansker med trykerefusjonen, og farene for et skille mellom almenpraktikere med og uten spesialitet.

Som en konsekvens av Mathisen-utvalgets utredning, ble Larsen-utvalget oppnevnt av Landsstyret i D.n.l.f. 24/6-1967. Larsen og medarbeidere la frem sine "retningslinjer for den videre- og etterutdanning som ansees ønskelig for utøvelsen av god almenpraksis" (15).

I denne innstillingen møter man første gang ideen om et spesielt grunnkurs for almenpraksis. Utvalget mente videre at sykehustjeneste var av større viktighet under etterutdannelsen for å "sikre almenpraktikeren de korrektiver og den kollegiale inspirasjon og kontroll som er nødvendig"... "Man finner ikke grunn til å foreslå eksamen innført før det er avklart hvordan dette spørsmål blir løst for spesialistenes vedkommende" (15). Utvalgets konklusjon



munnet ut i et forslag til regler for tittelen "Almenpraktiker Dnlf" som i prinsippet er dem vi har i dag. Den største forskjell ligger i utvalgets forslag om grunnkurs for almenpraksis, mens vi i dag har de obligatoriske organkurs samt 200 kurstimer utover dette. Det ble videre foreslått opprettet et "Råd for videre og etterutdannelse av almenpraktiserende leger" - nå bedre kjent som VEAP-rådet.

Vi var nå kommet så nær en egen spesialitet som vel mulig - uten å bli anerkjent fullt ut som dette.

DE ENKELTE LANDS BESTEMMELSER.

Almenmedisin er nå opprettet eller tenkt opprettet som egen spesialitet i mange land. For å gi en oversikt over hvordan tjenesten er sammensatt fram til ferdig spesialist, har jeg laget et stolpediagram, (fig.1) For de nordiske land er utarbeidet en mer detaljert oversikt i fig.2.

Forhold som ikke lar seg fremstille i stolper, er summarisk gjengitt i tabell 1.

Belgia, Frankrike, og Italia.

Belgia, Frankrike og Italia har ingen formell utdannelse i almenmedisin. Belgia og Frankrike krever bare ett års tjeneste i sykehus etter eksamen før selvstendig praksis opprettes.

Jugoslavia.

Jugoslavia har vært en av almenmedisinens pionerer. Allerede i 1930 begynte landets leger å arbeide i helsesentre (12). Almenmedisinen fikk her sin spesialiststatus i 1959, og man har siden hatt en treårig videreutdannelse ved hospitalene med avsluttende eksamen.

Nederland.

Nederland har gode tradisjoner og ikke minst store personligheter å vise til i sin almenmedisin, eller familiemedisin som de helst vil kalle den. Det er derfor litt underlig at de da kun har ett års obligatorisk utdannelse. Disse kurs er også meget varierende i innhold. Utrecht var første



"There's no need for that, nurse—just let Dr Jimpson breathe over him for a few minutes."

universitet ut. Der har man lagt vekk den delen som var knyttet til sykehus. I Nijmegen har man aldri forsøkt å legge inn klinikketid i programmet for videreutdannelse. Imidlertid arbeider man i Nijmegen med å utvide tiden til to eller helst tre år. På samme måte som i Storbritannia, har man i Nederland det man kaller Rückkehrtag (day-release course). Der hvor skoen i øyeblikket trykker mest, er på antall kvalifiserte eksterne lektorer i almenmedisin. Alle institutter har derfor laget spesielle etterutdannelsesprogram for slike (11).

New Zealand.

Dette landet er i sin utdannelse av almenmedisinere selvfølgelig preget av sin samhörighet med Storbritannia. Hvorfor New Zealand skal fremheves spesielt her, er at de to siste år i praksis godt kan være legens egen. Som i andre anglosaksiske land er man meget nøye med eksamen for medlemskap i The Royal New Zealand College of General Practitioners. Eksamen er spesielt interessant med del 1 midtveis i videreutdannelsen. Den består av et essay om utvalgt emne samt multiple-choice spørsmål og en simulert pasientundersøkelse. De som har hatt praksis mere enn 10 år, må bare delta i del 2 som består av tre seksjoner:
a: Kortfattet pasientlogg først fortløpende på 200 pasienter.
Spesielt interessante kasus.

20 sider skriftlig kommentar av dette materialet.

b: Praksisvisitt.

Sensor kommer på besøk i din praksis og vurderer din generelle behandling av pasienter og hvordan praksisen totalt fungerer.

c: Medisinsk artikkel, undervisning i almenpraksis, drift av praksis, samfunnsengasjement, tilknytning til hospital, undervisningsprogram for annet helsepersonell. Dette er elementer som kan gå inn i den totale eksamensbesvarelse.

Man må samle et bestemt antall poeng innenfor seksjonene a - c før man da får sitt endelige medlemskap ved oppnådde 60 poeng (21).
Storbritannia.

Formelt har man i Storbritannia hatt krav om tre års videreutdannelse for å bli general practitioner (GP) siden 1948. I 1965 var det i hele Storbritannia bare ca. 200 leger under slik utdannelse. Den obligatoriske praksisdel ble sagt å være til nytte for én gruppe - nemlig de GP's som eide disse praksisene, hvor man fikk være assistent under opplæring. Man begynte så med Regional Advisers fordelt i 19 regioner som overvåker og leder videreutdannelsen. Dermed har man fått tre aktive og spennende år for dem som utdanner seg (vocational training). Rammen er ett år som assistent i almenpraksis og to år med sammensatt sykehustjeneste.

I denne tjenesten er pediatri og geriatri rangert høyest, mens psykiatri og gynekologi kommer som god nr. to. På sykehusene har disse legene dels spesielle stillinger for dette. Under de tre årene har man ukentlige "day-release-courses" der man holder seminarer/diskusjoner. Sensitivisering av hverandre er en viktig del av dette (10). For å bli medlem av Royal College of General Practitioners må man gjennom en eksamen der sensor vurderer din praksis gjennom uanmeldt besøk, man må legge fram en logg fra praksis, og man må gjennom muntlige og skriftlige prøver.

Sveits.

Her har man ingen spesifiserte krav til almenmedisin enda. Man har utarbeidet målene for hva som skal læres i en periode over minimum fem år, derav er kun seks måneder tenkt i almenpraksis. En umiddelbar kommentar til deres "normalplan for almenpraktikere", er at planen er funksjonell i sitt innhold. Tjenesten som skal føre dit, synes tradisjonsbundet til kliniske avdelinger og med liten tilknytning til almenpraksis (8).

Ungarn.

Ungarn er det land som synes å legge størst vekt på almenpraksis som basis for spesialiteten med fem års praksis, seks måneder indremedisin, tre måneder pediatri og en måned hygiene samt et kurs i almenmedisin (7). Videreutdannelsen avsluttes med en praktisk og teoretisk prøve.

USA.

Det er først i 1980 man er kommet så langt også her at man må ha gjennomført det spesielle treårige "resident-program" i familiemedisin før man kan melde seg til eksamen. Et særtrekk ved utdannelsen i USA er Family Practice Center tilknyttet hospitalene. I det første året har man ½-1 dag ved senteret ukentlig, mens hovedtjenesten foregår ved forskjellige, relevante kliniske avdelinger. Den kliniske tjeneste omfatter stort sett alle relevante spesialiteter.. Den er flettet inn i et stadig hyppig-

ere engasjement ved familientsentret. Da man er ved det samme sted i tre år, gir det anledning til å følge spesielle pasienter og familier gjennom denne tiden. Under utdannelsen legges økende vekt på adferdsfag og geropsykiatri. Mens 4% av medisinerstudentene valgte almenmedisin i 69, er man nå med de nye programmene kommet opp i 15%. Eksamen er for amerikanerne en naturlig del av en utdanning. Almenmedisin er imidlertid den første spesialitet i USA som forlanger fornyet prøve hvert 7.år (14).

Vest-Tyskland.

Her har man siden 69 hatt en frivillig fireårig videreutdanning som fører til tittelen "Arzt für Allgemeinmedizin". I 1978 fylte kun 20% av de praktiserende leger de krav denne tittelen stiller. Sykekassen krever kun tre måneders tjeneste som assistent hos almenpraktiker for direkte oppgjør. 44% av dem som har tittelen har dette minimum. Hos 83% av disse igjen fungerte denne tjenesten kun som vikartid, ikke som underordnet. Forøvrig er tjenesten innen de tradisjonelle sykehusspesialiteter. Sterke røster hevder at man må la minst to år være i almenpraksis av de fire årene i videreutdanning. Til dette kreves en fundamental

oppbygging av egnede læresteder for almenpraksis (23).

Øst-Tyskland.

Her har man over halvparten av tiden utenfor sykehus under de obligatoriske fem års videreutdanning. Med i bildet hører også etterutdanning av dem som leder videreutdannelsen i almenmedisin. Man sier at snart 20 års erfaring med systemet har gitt en tydelig nivåheving av kvaliteten på legearbeidet (9).

Østerrike.

Allerede 1.mai 1949 hadde man i Østerrike klare regler for "Prachtischer Arzt". Man satser sterkt på en sammensatt sykehustjeneste med indremedisin (minst 9 måneder), kirurgi, gynekologi/obstetikk og pediatri (minst seks måneder av hver) samt ØNH og hud (minst tre måneder hver). Man arbeider der med å utvide kravene til en slik sammensatt turnus på 45 måneder til å omfatte de siste tre måneder i en undervisningspraksis (24).

Danmark.

Danmark er det første land i denne oversikt med turnustjeneste. For å bli almenpraktiker må man videre ha 12 måneder i sykehus som inkluderer gynekologi og psykiatri, samt 6 måneder som assistent i almenpraksis. I tillegg



"Let me through, I'm a doctor."

har man et teorikurs av fem ukers varighet. Man har stor mangel på leger som kan undervise i almenmedisin (17).

Finland.

Den almene toårige videreutdanning eller turnustjeneste består av seks måneder ved sykehus og seks måneder utenfor. De siste 12 måneder kan deles opp i inntil 4 spesialiteter (13). For å bli spesialist i almenmedisin kreves så ett års tjeneste ved helsestasjoner, to år med minst seks måneder i tre av spesialitetene indremedisin, kirurgi, gynekologi/obstetrik, pediatri, psykiatri og geriatri. Seks måneder kan benyttes i valgfri tjeneste. På toppen av dette har man ett år i en av følgende tjenester: folkehelse, primærhelsetjeneste, geriatri, helsestasjon, bedriftshelsetjeneste, hygiene. Av kurs legges frem bevis for 60 timer systematisk utdanning samt 20 timer i administrasjon. Med dette som bakgrunn får man melde seg til spesialisteksamen (20).

Norge.

Her i landet ligger vi omtrent midt på treet når det gjelder tjenestetid for å oppnå vår tittel "Almenpraktiker Dnlf". Vi legger som kjent vekt på almenpraksis med fulle dager i minst to år samt ett år ved godkjent sykehusavdeling, det vil si alle vanlig forekommende kliniske avdelinger. Spesielt for Norge er kravet om så

mye som 300 kurstimer, derav 100 timer med minst fem av nå snart 12 obligatoriske emner.

Spesielt for Norge er også kravet til etterutdanning. Vi må da hvert femte år gjøre fyldest for gjennomsnittlig ½-dags praksis i femårsperioden, 200 timer kursdeltagelse og tre måneder ved poliklinikk eller sykehusavdeling. Dette gjelder inntil fylte 60 år (26). Også i USA har man krav om fornyet eksamen hvert syvende år. Forfatteren har ellers ikke sporet opp andre land med spesifiserte krav til etterutdanningen.

Sverige.

Her preges utdanningsprogrammet av svenskenes tro på spesialmedisinen. Uvanlig sterk vekt er lagt på indremedisin med 18 måneder. Psykiatri med 6 måneder og pediatri med 3 måneder er også obligatorisk hospitaltjeneste. Den som fortsatt er glad i sykehuset kan gå over i ni måneder valgfri spesialitet eller almenpraksis. Etter avrundning med 6 måneder almenpraksis og 6 ukers kurs skal man være rede til spesialisteksamen (2).

Ut fra ovenstående burde det være godt gjort at vi i Norge også bør anse faget almenmedisin som et fag på linje med det vi benevner spesialfag, indremedisin, pediatri, kirurgi osv. Det bør da være naturlig at man utdannet spesialister i faget. En akseptering av dette ligger i oppbyggingen av tittelen og kravene

til "Almenpraktiker Dnlf". Noen spesialistutdanning i egentlig forstand er ikke dette akseptert som på noe hold. Grunnene til dette skal her få ligge. Det er mer fruktbart å se på hvordan vi bør legge opp innholdet av videre- og etterutdanningen til en fullverdig spesialitet i almenmedisin. En annen sak er at innholdet i stor utstrekning må bygge på erfaringer vi har fra den tiden vi har hatt tittelen "Almenpraktiker Dnlf".

Videreutdanningen.

I denne sammenheng defineres videreutdanning som en videre opplæring av en lege med full autorisasjon (lic.pract.). Videreutdanningen har som oftest som mål å gi legen kompetanse i et medisinsk spesialfag.

I de nordiske land opererer vi med en total tidsramme for spesialistutdanning på 11-15 år (grunn- og videreutdanning sammenlagt). Inen EF krever man 9-11 års total utdanningstid (6). Med våre nåværende minimumskrav til sykehustjeneste og to år fulltids almenpraksis, gir dette totalt en minimum anvendt tid på 10½ år. Ut fra en minimumsnorm på 2 + 4 år (sykehustjeneste + almenpraksis), vil jeg i det følgende diskutere kravene til de forskjellige delene i videreutdanningen.

Krav til almenpraksis.

Tradisjonen blant norske almenpraktikere er at vi arbeider på like fot.

"Doctor can only see foot disorders today, I'm afraid."



Sykehusets hierarki er for oss stort sett ukjent. Det er derfor lite aktuelt å fremme krav om tjeneste som assistentlege i almenpraksis som del av videreutdannelsen til almenmedisin. Som nevnt kan man f.eks. i New Zealand få godkjent egen praksis som tjenestested i utdannelsestiden. Dette skjer under forutsetning av egen kontinuerlig evaluering, samt besøk i praksis (21). Det kan derfor ikke være noen grunn til å endre på at vi i Norge godkjenner egen praksis.

At denne praksis imidlertid må skje under en viss kontroll, må vi nok innse. Dette vil jeg diskutere nærmere nedenfor. Å sette krav om assistentlegetjeneste i spesielle lærepraksiser, er umulig i vårt nåværende system i primærhelsetjenesten. For utvikling av faget almenmedisin, bør vi imidlertid diskutere om ikke slike lærepraksiser bør opprettes.

Fra Bruusgaards og Koksviks rundspørring av norske almenpraktikere (3) vet vi at 82% av dem hadde annet legearbeid enn rent kurativ almenpraksis. Dette er som oftest bedriftslege, skolelege, helsestasjonslege og tilsynslege, nevnt etter hyppighet. Så lenge ingen av disse delaktiviteter enkeltvis overstiger 20% av samlet arbeidstid, mener jeg det må være rimelig å si at legen driver full dags praksis.

I alle spesialiteters krav om tjenestetid for videreutdanning utgjør tjenestetiden innenfor spesialiteten hovedtyngden. Det er ingen grunn til annet i faget almenmedisin heller. Denne likevekt opprettholdes om vi holder nåværende krav uendret,

full dags praksis i 2år

Krav til kursdeltagelse.

Vi har i dag et relativt strengt krav om kursdeltagelse både hva angår kvantitet og kvalitet.

De såkalte organkurs har befestet sin posisjon gjennom årene. Kravet om minst 5 kurs á minimum 15 timer innenfor de lo emner som er satt opp i dag, bør bli stående. Jeg vil også

støtte forslaget som er fremmet om å la emnekurs i hud bli nr. 11 og almenmedisin bli nr. 12 på listen. Vi bør kreve at de 5 organkursene er gjort i spesialiteter utenom dem man har fra sin sykehustjeneste.

Et fag som blir stadig viktigere å kjenne, selv for almenpraktikeren, er administrasjon. I Finland har man tatt konsekvensen av dette og forlanger nå minst 20 kurstimer i administrasjon for alle spesialiteter (13). I almenmedisin er arbeidet spesielt avhengig av å kunne samarbeide kontinuerlig i relativt nært fellesskap med andre faggrupper. Som en konsekvens av dette er det naturlig å kreve administrativ skoleing av en spesialist i almenmedisin. I Larsen-utvalgets innstilling (15) var del 1 av det planlagte obligatoriske kurs i almenmedisin i stor grad administrative emner. Dette kan kanskje blåse nytt liv i en modifisert utgave av de kursene Dnlf. og PAD avholdt i fellesskap i årene 1977-79. Tidsrammen bør være minimum 30 timer skal de gi deltagerne nevneverdig utbytte.

Kursene og deres innhold er i dag underlagt relativt streng kontroll gjennom godkjenningen av VEAP-rådet. Denne kontrollfunksjon må ikke bli så sterk at den viktigste kursaktivitet, den regionaliserte, blir vanskeliggjort. Vi har lite som forteller oss i hvor stor

grad de gjennomførte kurs fører til positive endringer i legenes daglige virke. Når jeg da foreslår kurs-tiden forkortet til 200 timer totalt, er det med bakgrunn i at almenpraktikeren skal bruke mer tid til evaluering av seg selv og løpende forberedelser til avsluttende prøve. Krav til kursdeltagelse blir dermed:

200 kurstimer totalt, hvorav 5 organkurs og minimum 30 timer i godkjent administrativ opplæring.

Krav til sykehustjeneste.

Det er gjort rede for at flere land har øremerkede stillinger for leger under utdanning til almenmedisin. Dette er underordnede stillinger der arbeidsoppgavene er lagt opp med tanke på at den tjenestegjørende skal over i almenpraksis. Samtidig utfører legen arbeid som gjør at sykehuseieren kan utbetale lønn på vanlig måte.

Vi er nå inne i en tid da det er vanskelig, for ikke å si umulig å foreslå innført en ny type assistentlegetillinger. Disse skulle være øremerket for dem som utdanner seg til almenmedisin. Jeg mener imidlertid at man også i ordinære assistentlegetillinger kan få et adekvat utbytte for dem som senere går inn i almenmedisin.

Et tiltak som medfører økonomiske og administrative endringer, er å innføre



"I'm afraid we're going to have to operate again, Mr Grubly. I think I may have left my bottle of gin inside you."

"day-release-cources". Det er ikke lett å finne et dekkende norsk navn, men jeg har valgt å kalle slike ukentlige møter "seminar-treff". Slike seminartreff kunne omfatte underordnede leger generelt. En løpende vurdering av faget og ens egen rolle kan vel ikke være uinteressant selv om en fortsetter livet ut i sykehuset. Det må være en sentral oppgave for instituttene for almenmedisin/samfunnsmedisin å virke for utforming av mere egnede assistentlegestillinger, samt å utdanne lærere til de ukentlige seminar-treff.

Det best for en almenpraktiker ville være å tjenestegjøre ved forskjellige avdelinger i langt større grad enn møsteret gir anledning til i dag. I dag godkjennes tjeneste i nær sagt alle kliniske spesialiteter som tellende sykehustjeneste. Etter ordinær turnustjeneste i de nordiske land, kan jeg vanskelig se at det er i indremedisin eller kirurgi man trenger ytterligere ferdigheter. For en som tar sikte på å bli almenpraktiker, vil det være større behov for utdyping av geriatri, gynekologi/obstetrikk, pediatri eller psykiatri - nevnt i alfabetisk rekkefølge. Jeg ser det derfor som et uomgjengelig krav å sette minimum 6 måneder tjeneste i en av disse 4 nøkkelspesialiteter.

Dette korresponderer godt med de disipliner norske almenpraktikere selv føler for komplettering av sine kunnskaper (3), mangeårig anglosaksisk tradisjon (10) og de nordiske lands syn på spesialiteter relevant for almenpraksis (2,17,20). Tjenester som ikke teller i dag, er stillinger i administrativ helsetjeneste, epidemiologi, hygiene og sosialmedisin. Det er naturlig å la slike tjenester telle med inntil 6 måneder som del av en tjeneste i institusjon. På samme måte bør full dag som bedriftslege telle med inntil 6 måneder.

Forøvrig finner jeg det lite formålstjenlig å spesifisere krav om kliniske spesialiteter så lenge man holder seg innenfor den liste av spesialiteter man



"I demand a twenty-third opinion."

har godkjent for videreutdanning pr. i dag (26). Imidlertid er jeg redd for å forsterke tendensen av munnhullet: "Det er kun i almenpraksis man lærer almenmedisin". Hvor mye vi enn framholder at andre spesialiteter er sykdomsorientert mens almenmedisinen er pasientorientert, har enhver spesialitet noe å gi almenmedisinen. Her skal bare nevnes momenter som teoretisk innhold relatert til klinikk, klinisk erfaring og skjønn, spesiell undersøkelsesmetodikk, spesialitetens muligheter og begrensninger. Man skal heller ikke forsmå den verdi kollegene legger i dette at du har trakkert i andre sirkler enn de engere rundt egen praksis. I hvilken innbyrdes rekkefølge praksis og sykehustjeneste kommer i videreutdannelsen, finner jeg ingen grunn til å sette krav om.

Ut fra hva andre land krever av sykehustjeneste for spesialister i almenmedisin, men ikke minst ut fra den mangeartede almenmedisinske hverdag, ender jeg opp med følgende krav til sykehus og institusjonstjeneste:

Minimum 2 år totalt i minst 2 spesialiteter med minimum tjenestetid på 3 måneder, derav minst 6 måneder i geriatri, gynekologi/obstetrikk, pediatri eller psykiatri.

Etterutdannelsen.

"Medicine - a life long study" er en etterhvert forslitt, men ikke mindre sann parole. Larsen-utvalget slo fast at almenpraktiserende leger må holde seg ajour med fremskritt innen alle deler av medisinen (9). Almenpraktikere er den første og fortsatt eneste legergruppe i Norge som har egne bestemmelser om etterutdannelsen. Gjennom undersøkelsen til D. Bruusgaard og T. Koksvik fant man at over halvparten (54%) har 0-39 timer på kurs årlig, dvs. under det man må ha av etterutdanning som Almenpraktiker Dnlf. Imidlertid var gruppen som hverken var godkjent eller under utdanning på hele 40%. Man har ingen sammenlignende norsk studie mellom almenpraktikeres og spesialisters deltagelse i etterutdanning.

I Sverige vet man at distriktslegene deltar noe mer på kurs enn motsvarende gruppe på sykehus, nemlig overlegene (19).

Krav til almenpraksis.

En Almenpraktiker Dnlf. må i dag legge frem bevis for 200 kurstimer/5 år for fornyet godkjenning. Om godkjenningsperioden utvides til 7 år (se nedenfor) mener jeg det er liten grunn til å utvide rammen på 200 kurstimer.

Et viktig moment innenfor kursvirksomheten er å stimulere til økt aktivitet utenfor lærestedene. Mange steder er de lokale legeforeninger godt i gang med kurs og møter. Ved siden av verdien som etterutdannelse, har de mere lokale aktiviteter sin store egenverdi i å skape et faglig og sosialt miljø.

Kontakter knyttes bedre mellom den primære og sekundære helsetjeneste. Dessverre har almenpraktikerne vært altfor beskjedne bidragsytere i denne sammenheng. Fortsatt bærer kurs og møter preg av at det er sykehuslegene som har noe å lære bort. Det er grunn til å tro at vi kan vekke opp almenpraktikerne til mer aktivitet når utplassering av medisinske studenter blir enda mer omfattende. Et selvstendig innlegg på 45 min. på kurs/møte bør f.eks. kunne godkjennes som 3 kurstimer.

Krav til sykehustjeneste.

Den største hodepine i nåværende regler for fornyet godkjenning volder kravet om 3 måneder sykehustjeneste. Larsen-utvalget mente at "Alle almenpraktiserende leger må derimot formodes å ha utbytte av en regelmessig tilbakevendende sykehustjeneste i særlig organiserte stillinger" (15).

Dette vil ingen bestride. Vi har bare ikke klart å skape disse særlig organiserte stillinger. Den utdannelsesmessige verdi av hospitantstillingene kan man sette et spørsmålstegn ved. Selvfølgelig vil de mest aktive ta med seg en del tilbake i sin daglige gjerning. Å titte over skuldren uten forpliktelser eller struktur over dagen som man hittil mye har gjort, er sløsing med ressurser. Går man derimot inn i et forpliktende arbeidsforhold på linje med kollegene ved avdelingen, blir utbyttet et helt annet. Det var vel heller ikke Larsen-utvalgets intensjoner at man skulle gå ved samme avdeling hver gang man hadde behov for sykehustjeneste.

Rent praktisk og økonomisk er det også denne delen av etterutdannelsen som byr på mest problemer. Det er farlig å gjette, men det er vel ikke urimelig å anta at



Host!



Host en gang till

— Hvor lenge har De hatt den hosten!

mange fornyede godkjenninger strander på det nåværende krav om sykehustjeneste. Uten å nedvurdere betydningen av sykehustjenesten vil jeg foreslå at den slettes som obligatorisk del av etterutdannelsen.

Annen meriterende virksomhet.

I de nyeste regler for Almenpraktiker Dnlf. har man fått bestemmelser for lektorater i medisin. Universitetslektorater teller som sykehustjeneste, mens lektorater i almenmedisin teller som kursdeltagelse. Disse reglene ser jeg som en åpning for at en almenpraktiker kan ha andre aktiviteter enn dem vi hittil har omtalt som kan krediteres han/henne ved søknad om fornyet godkjenning. Annen undervisning enn legers utdannelse må kunne vurderes individuelt (f.eks. sykepleierskoler o.l.).

Under kursdeltagelsen er det nevnt at egne forbedrede innlegg må krediteres. Videre bør forfatterskap av artikler, såvel rent medisinske som mer populærvitenskapelige telle med når status gjøres opp. Publikasjoner av egen forskning bør vel som regel gi større kreditt enn artikler med basis i litteraturstudier. En offentlig lege vil kunne krediteres for sine utredninger når de er av en viss tyngde.

Politisk eller sosialt engasjement blir f.eks. kreditert en almenpraktiker i New Zealand (21).

Jeg har her forsøkt å trekke fram at man blir ikke god almenpraktiker av alene å sitte inne med store mengder kunnskaper hentet fra kurs og sykehustjeneste. Dette vil jeg komme nærmere inn på i neste avsnitt.

Krav til almenmedisinsk virksomhet - supervisjon

Med sine 10 millioner pasientkontakter årlig står norske primærleger for et produkt som direkte koster samfunnet 1000 millioner kroner. Gjennom henvisninger og innleggelse styrer vi utgifter mange ganger dette beløp (22).

Vi må etterhvert finne oss i å gjøre rede for at produktet er så godt at prisen kan aksepteres. Den nye legeloven gir oss rettigheter og plikter. Her er også en rekke paragrafer om skikkethet som ved misligholdelse kan føre til suspensjon eller tap av rettighetene (16).

Vi må være innstilt på at det skjer en kontroll med måten vi driver på - innholdet i almenmedisin i videste forstand. En slik kontroll må også ha som mål å utvikle vår virksomhet i positiv retning. Den norske



"Resigned from the human race? Already?"

Lægeforening har egentlig ganske vide fullmakter til å utøve kontroll av sine medlemmer. Det er derfor grunn til å tro at myndighetene forlenger denne fullmakt så lenge denne form for selvkontroll skjer fyldestgjørende.

O. Rutle og P. Wium har skissert opp en metode for selvkontroll i almenpraksis (22) som vi bør arbeide videre med. Enten man er under videreutdanning eller etterutdanning er den løpende selvevaluering kanskje det beste instrument legen selv og samfunnet har til å utvikle almenmedisinen i pakt med ny viten og samfunnet den skal virke i. Supervisjon kan lett bli et negativt ladet begrep. Dersom legene forpliktet til å samle inn sine data fra egen praksis og siden diskutere resultatene med kolleger, blir dette det viktigste element av det livslange studium. De data man samler inn skal ikke bare gå på om behandlinger og kontormessige forhold er i pakt med tiden. Det viktigste er at man i seg selv har en kontinuerlig prosess som vurderer egen rolle overfor pasienter og medarbeidere, almenmedisinen plass i samfunnet - kort sagt kritisk gransking av egen atferd. Det å holde egen atferd opp til kontinuerlig gransking kan umiddelbart virke anstrengende. Jeg tror imidlertid at dette vil gjøre vårt engasjerende yrke mer givende. Vi har allerede innført atferdsfaget i studiet som en erkjen-

nelse av dette. I USA legger man økende vekt på dette under videreutdanningen (14).

Å fastsette normer for god almenmedisin gir fort en tilstivnet form på et fag som i så stor grad skal preges av verden omkring. Det er vel likevel rimelig at vi rundt de almenmedisinske institutter får bygget opp almenpraksiser som kan egne seg som læresteder i almenmedisin. Kanskje vi drister oss så langt at vi kan forvente en standard over gjennomsnittet også i de praksiser som såkalte eksterne lektorer er forpliktet til å drive. Jeg vil ikke tøyne denne forventning så langt at disse praksiser blir egnede steder for assistentleger i morgen. Imidlertid må man forvente at de leger som har ganske nær tilknytning til instituttene, blir sentrale personer i legenes regionaliserte selvevaluering.

Spesialprøve - Eksamen.

Av de 10 land i tabell 2 som har obligatorisk videreutdanning er det Østerrike, Danmark og Norge som ikke har avsluttende prøve. Med Norden som et framtidig felles arbeidsmarked må vi anta at Sverige og Finland vil kreve dette av oss. En prøve som skal avgjøre om man er spesialist i almenmedisin kan ikke ta utgangspunkt i en prestasjon alene. En spesialistprøve må bygges opp av flere seksjoner.

A. Løpende selvevaluering.

Denne bør skje både i al-

menpraksis og under sykehustjeneste.

Skjemaer må utarbeides slik at man kan tilstrebe en enhetlig vurdering.

B. Praksisoppgave.

En mer utførlig beskrivelse av opplegg for en bestemt pasientgruppe (alkoholistsorg, cytologiske prøver, diabetesbehandling osv.) med utgangspunkt i egen praksis.

C. Andre meriterende tjenester.

Kort beskrivelse av oppgaver man har som man mener kan ha verdi i arbeidet som almenpraktiker.

D. Praksisvisitt.

En sensor som selv er almenpraktiker, kommer på besøk og vurderer legens atferd mot pasienter og øvrig personale. Man diskuterer behandlingsrutiner, arkiv og andre administrative forhold. Oppgavene under A-C diskuteres med sensor.

E. Kunnskapsprøve - skriftlig eller muntlig.

- Multiple-choice oppgaver viser god korrelasjon mellom kunnskaper og score - dessverre vil mange si.
- Klinisk eksamen - pasientundersøkelse med etterfølgende diskusjon.
- Eksamen med utgangspunkt i A-D.
- Modified essay questions - korte kasuistikker som gir utgangspunkt for videre aksjon fra legen.

Det er ikke min mening at hver enkelt skal passere alle disse leddene. Denne oppsummering skal antyde at vi har mange måter å vurdere en kandidat for spesialiteten på. En fremgangsmåte kunne være at man skulle score 50 poeng. Innen hver seksjon kan man maksimalt oppnå 20 poeng, og hver kandidat må gå opp i tre seksjoner der A er obligatorisk for alle.

En Almenpraktiker Dnlf. må søke opp fornyet godkjenning hvert 5. år. En almenpraktiker med eksamen som ovenfor, bør gis en godkjenning på 7-sju - år.

Organisering.

Skal man få realisert de tanker som her er lagt fram, medfører det klart et økt

behov for personell til å ta seg av de forskjellige deler i videre- og etterutdannelsen.

De almenmedisinske/samfunnsmedisinske institutter vil i økende grad få personell å spille på i de eksterne lektorer. På samme måte som disse deltar i grunnundervisningen, bør de bli støttespillere i arbeidet med seminartreff og ved løpende selvevaluering. Ved å krediteres for egeninnsats ved møter/kurs bør flere bli aktivert i slikt arbeide. Mange lokale legeforeninger viser allerede stor aktivitet med selvstendig utarbeidet utdannelsevirksomhet. Denne er minst på høyde med de sentrale kurs. Lokalt har man større mulighet til å få trukket læreren ned fra kateteret og deltagerne aktivt med i læringsprosessen. Mønsteret skal være mest mulig autonomiregionalt, lægeforeningens forskjellige organer osv.

Den skisserte spesialistprøve virker omfattende. Ved utformingen er det lagt vekt på at man ikke bare er ute etter faktiske kunnskaper, men vel så viktig, almenpraktikerens holdning til sitt fag. Ved bedømming/eksaminering ser jeg det som viktig at sensor er en almenpraktiker i vanlig virksomhet. Eksaminator bør være fast tilknyttet et av universitetsinstituttene. Sensor skal spille en likeverdige rolle med eksaminator.

I likhet med Mathisen-utvalget (18) mener jeg at spesialistprøven ikke bør være vanskeligere enn at en almenpraktiker som har interesse for sitt fag, blir godkjent. Det er ikke i Norge rimelig å legge det så strengt opp som f.eks. The Royal College of General Practitioners i Storbritannia, der ca. halvparten ikke passerer ved første forsøket.

Sensor og eksaminator utformer en samlet uttalelse som går til VEAP-rådet. Dette rådet beholder den endelige innstillingsrett overfor Sentralstyret. Ved avslag i Sentralstyret kan appelleres på samme måte som i dag.

En spesialist i almenmedisin mottar spesialisttakster etter Normaltariffen. Rent praktisk vil legen differen-

siere sitt mellomlegg, alt etter om det er en inpetigo han titter på eller pasienter han sitter lenge med. I lønns plasseringer på regulativ blir han å betrakte som enhver annen spesialist.

Spesialist - "vanlig" almenpraktiker.

Å fullføre en spesialistutdanning er en frivillig sak. I likhet med andre bygger den opp over lengre tid. Atter andre vil kanskje finne at dette var ikke noe for dem. Spesialistprøven legges opp slik at den som har evne og vilje til rimelig god virksomhet som almenpraktiker blir også spesialist. Det vil alltid være en gruppe som holder seg utenfor skisserte retningslinjer. Vi må bare ikke la slike hensyn være avgjørende for om vi skal legge opp en fullverdig utdanning eller ikke. Vi skylder våre pasienter at vi kontinuerlig holder hverandre i hevd.

Overgangsregler.

Når man innfører nye regler i en slik sammenheng, er det vanlig å benytte overgangsregler. I et tidsrom på omlag 3 år kan følgende overgangsregler benyttes:

1. Den som er Almenpraktiker Dnlf. eller har hatt full dagspraksis minst 7 år etter ovenstående regler, kan gå inn i normal selvevaluering over to år som ved ordinær videreutdanning.
2. Krav til kursdeltagelse som under videreutdanning.
3. Ordinær spesialitetsprøve.

Diskusjon.

Skal vi oppnå generell akseptering som spesialitet, må de spesialister som godkjennes borge for faglig tyngde. Den skisserte videre- og etterutdanning med avsluttende prøver skulle være på høyde med det som kreves i andre land vi kan sammenligne oss med.

Almenmedisin har allerede i dag mye å gi dem som er under utdanning til kliniske spesialiteter. Det opplegg som her er skissert, burde styrke dette forholdet slik at vi kan åpne mer for et gjensidig utvekslingsforhold mellom sykehusmedisin og almen praksis.

Forholdet til grunnutdannelsen er ikke berørt i denne utredning. Jeg føler meg sikker på at den økte tyngde almenmedisin får i studiet vil gi oss bedre leger. Vi vet allerede at dette har tilført almenmedisinen som fag verdier som er vanskelige å måle.

Andre land har begynt å merke følgene av en overproduksjon av leger. I en slik situasjon er det viktig at vi utdanner våre egne så godt at de er sterkere rustet i et arbeidsmarked som stadig blir strammere. I andre land har man sett at en opprustning av den faglige standard har trukket verdifulle krefter til spesialiteten (10,11,14,21,25).

Det faktum at 40% ikke starter med videreutdanning til Almenpraktiker Dnlf. (3) og at kanskje 25% ikke fornyer godkjenningen, er i seg selv så alvorlig at det anene er grunn til å gå oss selv etter i sømmene.

Sammendrag.

Tiden er moden til å få akseptert almenmedisin som fullverdig spesialitet. Idet man bygger på de erfaringer andre land har, og de vi selv har vunnet gjennom tiden med reglene for Almenpraktiker Dnlf, foreslås følgende regler for spesialiteten almenmedisin:

Videreutdanning.

- 1.-Full dags almenpraksis i 2 år.
 - Ett år av tjenesten må være sammenhengende og ingen tjeneste kortere enn to måneder.
 - Paralell tjeneste som bedriftslege, skolelege, helsestasjonslege, tilsynslege og sosiallege kan regnes med så lenge disse ikke enkeltvis ikke overstiger 20% av ordinær arbeidstid.
- 2.-Kursdeltagelse på min. 200 timer i medisinske fag.
 - Minst 5 av de obligatoriske organkurs må være i fag som ikke dekkes av tjeneste ved spesialavdeling.
 - Videre skal være gjennomgått godkjent kurs i administrasjon på 30 timer.
3. Minimum 2 års tjeneste

totalt i minst to spesialiteter ved godkjent poliklinikk eller sykehusavdeling. Ingen tjeneste må være kortere enn to måneder og seks måneder må være i en av spesialitetene geriatri, gynekologi/obstetrikk, pediatri eller psykiatri.

4. S sammensatt spesialistprøve med minimal score 50 poeng. Ved prøven legges fram dokumentasjon for løpende selvevaluering.

Godkjenning etter bestått prøve gis for 7 år.

Etterutdannelse.

1. Almenpraksis minimum halv dag gjennomsnittlig i 7-års perioden.
2. 200 timer kursdeltagelse eller utfyllende: annen meriterende tjeneste, sykehustjeneste, forskning, publikasjoner, politisk engasjement osv.
3. S sammensatt spesialistprøve med minimal score 50 poeng. Ved prøven legges fram dokumentasjon for løpende selvevaluering.

Konklusjon.

Det system som her er skissert burde styrke faget almenmedisin, den enkelte utøver - almenpraktikeren, heve vår anseelse blant kolleger og aller viktigst: tjene våre pasienter og samfunnet bedre.

Etterord.

Jeg vil hermed få rette min takk til Den norske Lægeforening for mitt almenpraktikerstipend. Dette stipend gjorde det mulig for meg å fullføre denne oppgaven.

Videre vil jeg takke førsteamanuensis Per Fugelli for kontinuerlig bistand og gode råd, endelig takk til sekretærene Karin Dolven og Karen Lie for hjelp til skriving og kopiering.

Institutt for almenmedisin
15. september 1980.



REFERANSER

1. APLF & OLL
Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste, 1978.
2. BJERTNÆS, Aa. & HOLTE, M.
Almenpraktiker DNLF - full spesialitet?
Utposten, 1978, 6 2-3.
3. BRUUSGAARD, D. & KOKSVIK, T.
Videre- og etterutdannelse av almenpraktiserende leger.
Tidssk. Nor. Lægefor. 1979, 99, 1157-1161.
4. Commission of The European Communities
Advisory Committee on Medical Training, 1980, 53 s.
5. Editorial
Spesialiteter och spesialist-utbildning i de nordiska länderna och EG (EF).
Nord Med, 1978, 93, 43-46.
6. Editorial
Weiterbildung in Europa und der Welt
Med Gen Int, 1980, 1 24-25
7. FARAGO, E.
Ungarn: Fachprüfung
Med Gen Int, 1980, 1 34-35
8. FLOCK, J.
Schwiz: Lernzielkatalog
Med Gen Int, 1980, 1 35-37
9. GARTNER, J.K.
DDR: Überwiegend ambulante
Med Gen Int, 1980, 1 31-32
10. HORDER, J.P. & SWIFT, G.
The History of Vocational Training for General Practitioner
J R Coll Gen Pract, 1978 6, 352-354.
11. HUYGEN, F.J.A.
Niederlande: Schulung der weiterbildende Artze
Med Gen Int, 1980, 1 39-42
12. JAKSIC, Z. et al.
"General Practice" as a Medical Speciality
Med Gen Int, 1978, 2 80-82.
13. JAASKELAINEN, M.
Nya finländska regler för specialistutbildningen.
Nord Med, 1980, 95, 3, 99.
14. KANE, W.J.
USA: The Training of Family Physicians.
Med Gen Int, 1980, 1, 42-47

Forts. s. 25.

NORMALTARIFFEN — EN GORDISK KNUTE

Av Berit Tveit, Fyllingsdalen

Ifølge min barnelærdom var den gordiske knute uløselig, helt til Alexander kom med nyslepet sverd og hugget den over. Normaltariffen er årenes løp blitt mer og mer lik en slik knute. Jeg har gått meg vill i takstnummere og imponerende lister over inngrep jeg ikke kan gjøre, og er henrykt som en unge når den finner mors gjemte kakeboks, hver gang jeg finner en takst jeg kan bruke.

Det er tydelig at andre har hatt samme følelsen, og i stigende grad ønsker å ty til Alexanders løsning: Når vi nå har et "sverd hengende over våre hoder" i form av "fast lønn for alle" - hvorfor ikke bruke det og bli kvitt knuten?

APLF's generalforsamling var ingen unntagelse. Den vedtok å begrense tiden for diskusjon om APLF-OLL's tariffanker, og å be foreningen se mere på fastlønn. Jeg var, mildt sagt, lite begeistret for det.

Når vi for første gang på - ja, iallfall lenger enn jeg har vært lege - blir presentert for et forslag som innebærer ny-tenkning, da burde vi iallfall studere saken før vi kommer dragende med sverdet. Det kunne jo hende komiteen har funnet en mulighet for å løse knuten, med almenmedisinske virkemidler istedenfor radikal kirurgi.

Komiteen presenterer oss for en slags grafisk oppstilling, den ligner en ligning med tre ukjente og fiktive tall. Ved første blick ser den ikke enklere ut enn nåværende tariff.

Men: Plutselig, som når problempasienten med ett faller på plass i et klassisk sykdomsbilde ("Hun har jo myxødem, for søren") føyer XYZ osv. seg sammen til et elastisk hele med reell mulighet for å dekke både pasienters og legers behov.

Noen engster seg for mangelen på kontrollmulighet overfor tidsrelaterte takster, og antyder at pasientene må "stemples inn

og ut". Jeg tror at trygdekontoene er flinke til å telle, ikke minst nå når de har datamaskiner. De er fullt istand til å legge kortene i bunker etter dato, legge sammen Y og Z og finne ut at så mange timer fins ikke i døgnet. Forresten bekymrer jeg meg lite for trygdekontoen.

Men almenmedisinen betyr mye for meg og jeg tillater meg endel sjelegranskning - min egen er brukbar, for jeg er almenmedisiner i mitt hjerte og hjerne og hvor nå sjelen måtte befinne seg.

Uansett overflate av pene idealer kjenner jeg "den onde lyst i mitt hjerte": Økonomiske forhold har betydning for mitt daglige arbeid, jeg har visse behov - de kan dekkes av penger og/eller av andre ting.

1. Selvrosens nødvendighet.

Almen praksis er så ensomt, og så variabelt. Ensomheten medfører at ros fra kollega ikke er mulig. I et fastlønns-system ville kanskje kollegene ta seg tid til gjensidig ros, og en klapp

på skulderen fra helsesjefen ville være god medisin. I mange yrker må de nøye seg med slikt.

Ros fra pasientene er også bra å ta med. Men jeg kan ikke vente det. De har rett til å være opptatt av seg selv og ikke måtte være snill med doktoren.

Og så er det "de dagene hvor altting skjer". Da er jeg for trett til å tenke over om det var god medisin jeg bedrev, og er lite mottagelig for ros eller ris. Da er det ytterst velbehagelig å telle kort og mellomlegg, og med god samvittighet kjøpe en blomst til dem som venter med middagen.

2. Dørklinkesyndromet.

Tids-relaterte takster vil medføre mindre stress for oss. Tenk bare på "dørklinkesyndromet": Når pasienten skal gå og så endelig kommer frem med noe viktig, da kan vi krysse av Z eller Y og høre på med velvilje istedenfor irritasjon. Pasientenes irritasjon kan også bli mindre. Vi er lite glad i å se i øynene hvor mye bitterhet det egentlig fins overfor "legen som aldri har tid".

3. Sofabonden.

Å stille godt med sine medisinnmenn og kloke koner er fornuftig samfunnspolitikk. Trett og sur doktor er lik dårlig doktor, så selv om disse personer skulle få litt mer av samfunnskaken enn de fleste andre, er det en lønnsom investering. Jeg liker en god levestandard. Både på de dagene hvor altting skjer og på de dagene hvor jeg bare roter, er det godt å kunne krølle seg sammen på en virkelig god sofa og drømme meg bort i en kriminalroman. Sjansene for å gjøre god jobb neste dag er noe større da.

4. Rentenevrosen og myten om frihet.

Vi etterkrigsleger har lite bekymring for egen sykdom og død i forhold til førkrigs-generasjonen. Da var et maleri og et hus hustrus pensjonsforsikring. Nå kan



"This is our economists' model. It guesses to fifteen decimal places."

vi forsikre oss gjennom vanlige kanaler alt fra første sykdomsdag. Med det er dyrt, og fastlønnen frister. En lav normaltariff gir velbegrunnet angst. Med fastlønn henger byråkrati og misnøye sjefer over oss. Trygghet eller selvstendighet? Så tenker vi: Hvorfor stilles valget opp i det hele tatt - hvorfor skal praktiserende leger være så forbistret selvstendige?

Jeg tror at almenmedisinen selv krever selvstendighet, og at vår eventuelle flukt fra komplikasjonene inn i fastlønnen er mangel på mot.

Legens selvstendighet er et mytologisk begrep. Som myter flest forteller den om grunnleggende sannheter - gjerne slike som er vanskelige å beskrive.

Almenpraktikerens frihet har iallfall ikke noe med muligheten for å kjøpe utstyr etter eget hode eller dra på kurs når man vil. Friheten består heller i at vi ikke er helt avhengige av en enkelt faktor. De medisinske idealer, pasientenes ønsker, samfunnets krav og mine personlige - disse fire bestemmer sammen over meg, og min frihet er at jeg i hver enkelt situasjon kan balansere dem mot hverandre.

Medisinen skal dominere - javel, men i hvilken hensikt? Pasienten i sentrum - *salus ægroti suprema lex*. Vil noen av oss overgi sitt dyreste eie - egen kropp og sjel - til noen som er avhengig av andre?

Det kan aksepteres at pasienten før og etter har rett til legen, og at legen har rett til fritid.

Men ønske om prestisje og karriere er ytterst mistenkelige, avhengighet av styresmakter og sjefer ennå mer destruerende for til-litsforholdet.

Pasienten trenger en viss makt - f.eks. ved å kunne gå til en annen lege. Både pasient og lege skal vite at dette er en realistisk trusel, med konsekvenser for legen - bare da får pasienten den del-makt han trenger. Hverken de eller vi selv stoler helt på blåøye idealister.

5. Det er forskjell på folk - også leger.

Ligningen med de tre ukjente kan få en herlig selv-juste-



"Why can't I have a sick note for a broken heart?"

rende effekt. Den tillater legene å innrette sin praksis etter eget temperament og tempo uten økonomisk tap. Noen leger er jevnt effektive og liker teknikk. De får mange konsultasjoner og har bruk for diverse hjelpere og utstyr. Ergo: Takst 1 og X dominerer. Andre leger virker som magneter på tidrøvende pasienter, enten det dreier seg om geriatri, gynekologi eller psykiatri. Noen leger arbeider også i distrikter hvor det ikke er mulig å be pasienten bestille time i neste uke for sin annen sykdom. Ergo: Mange takst Y og Z, men færre takst X. Rimelig nok, de har ikke bruk for så mye personale og utstyr når pasienttallet er lavt. Sluttresultatet: Begge kategorier leger tjener like mye, arbeider like lenge og yter like god medisinske.

6. Buffer-staten hos "søster"

Komiteen kommer med liten bemerkning utenom sitt skjema: Muligheten for en liten takst for hjelpepersonale og timebestilling. Endelig, -en oppmuntring til å gi service på et område som betyr mye for pasientene men hittil har vært u-honorert. Jeg vet ikke hvor mange 7 takster jeg går glipp av fordi mine flinke damer har ordnet opp. Men de gangene jeg våger meg ut i ekspedisjonens bufferstat virker antallet ganske stort.

7. Spill med mellomlegg.

Et forhold har komiteen glemt: Pasientens egenbetaling.

Det har vært mye snakk om siste halvåret om "mellomlegg" er godt - om ikke

annet som et symbol på at dette er en redelig utveksling av tjenester og ikke godgjørighet fra vår side. Når vi først begynner å løsne på systemet, kan vi godt gå videre, og la mellomlegget ha en øvre grense, men stille oss friere nedfor den.

Det fins pasienter som ønsker mer av legens tid enn de egentlig trenger, og som kan betale for den. På den annen side fins de som trenger tiden, men hvor vi har vansker med å innkreve tariffens kroner. Av og til kan det også være grei selvros å ta maksimaltakst - eller - så bakvendt det kanskje høres: Å straffe seg selv med å ta et minimum når vi inderlig vel vet at vi har gått på akkord med idealene.

Jaja, så forunderlig kan man komme avsted med sjelegranskning.

Det føles som sunn egenterrapi.

Jeg har lenge følt at normaltariffen er et dårlig system. Men først etter at APLF-OLL-komiteen begynte å løsne på vindingene i den gordiske knute, begynte jeg å ane hvorfor og hvordan.

Det grunnleggende prinsipp om honorar pr. ytelse er godt nok. Svikten er på fordeling og utforming av de enkelte takster.

Komiteen har vist at det går an å lage et system som passer bedre - både for mine menneskelige behov, pasientens velvære og de medisinske idealer. Hva skal vi da med fastlønn?

Med håp om en hyggelig jul, med innholdsrik pakke fra Den norske Lægeforenings forhandlingsutvalg - hilsen

Berit Tveit

Forts. fra s. 10.

Frie foredrag.

Siste formiddag var ifølge programmet viet frie foredrag foruten lunge- og luftveisproblemer i industrien. Det ble gitt råd m.h.t. anskaffelse av vitalograf. Vitalogrammetts betydning i relasjon til sekundær profylakse ble berømt. Boken "Aluminiumsindustriens lungefunksjonsundersøkelser", (fås ved Aluminiumsindustriens miljøsekretariat, Oslo) ble anbefalt.

Diskusjoner.

Diskusjonene var mange og ga et godt bilde av interessen for emnene som ble tatt opp.

Yrkesmedisin som spesialitet har en selvsagt plass innenfor bedriftshelsetjenesten. Likevel er det klart at langt de fleste bedriftsleger er deltidsansatte leger med ulik bakgrunn i hovedstilling (sykehus, almenpraksis, distrikt). Det var likevel en del heltidsansatte bedriftsleger tilstede uten at disse kom til å prege konferansen.

Det er nedsatt et utdanningsråd for bedriftshelsetjenesten med bl.a. representanter for OLL og APLF. Kursvirksomheten vil for en del bygge på tilsvarende kurs for "Almenpraktiker dnlf" -kompetanse.

Det kom i løpet av konferansen fra Norsk Bedriftslegeforening en henstilling til Direktoratet for arbeidstilsynet angående en informasjonsbrosjyre til arbeidslivets organer og lokalkontorene til Arbeidstilsynet. Den berører først og fremst bedrifter som er pålagt bedriftshelsetjeneste etter § 30 i Arbeidsmiljøloven. En hadde fra foreningen sterkt kritisk holdning til deler av innholdet, foruten kritikk fordi brosjyren ikke har vært til uttalelse hos noen faglig berørt instans. Det gjenstår å se om anmodningen etterkommes.

Grenselinjen mellom bedriftslegen og arbeidstakerens egen lege ("familielegen") var som ventet framme i diskusjonen gjentatte ganger uten at noe formelt vedtak ble truffet.

Avslutning.

Det var ingen evaluering på konferansen på stedet. Undertegnede har inntrykk av at deltakerne fant konferansen interessant og nyttig. Grenland med områdets tradisjoner og landets eneste sykehusavdeling innenfor yrkesmedisin dannet en fin ramme om konferansen som også hadde kulturelle og kollegialt sosiale ingredienser.



Forts. fra s. 22.

15. LARSEN, G. et al. Videre- og etterutdanning for almenpraksis. Tidsskr.Nor Lægeforen. 1969. Royal New Zealand College of General Practitioners. J R Coll Gen Pract, 1980 30, 28-32.
16. Lov nr. 42 av 13.juni-80 Lov om leger.
17. MABECK, C.E. Denmark:Theoretical courses. Med GenInt.1980,1,27-28
18. Mathisen, R. et al. Komiteen til utredning av spørsmålet om systematiskvidereutdanning for almen praksis. Tidsskr Nor Lægefor.1967, 4, 274-281.
19. Nämnden för läkares vidareutbildning. Läkares efterutbildning - principiella riktlinjer, 1979.
20. OLLILA, O.P. Finland: Weiterbildung im öffentlichen Gesundheitswesen. Med Gen Int, 1980,1,37-38
21. RICHARDS, J.G. Evaluation procedures for membership of the
22. RUTLE, O. & WIUM, P. Kvalitetskontroll av almenpraksis. Tidsskr Nor Lægefor., 1980, 100, 292,296.
23. STURM, E. Bundesrepublik Deutschland: In der Allgemeinpraxis fehlen Weiterbildungsstellen. Med Gen Int, 1980,1,29-31
24. TUTSCH, G.R. Österreich: 30 Jahre obligater Turnus Med Gen Int, 1980,1,26-27
25. WHO, Expert committee General Practice Technical Report Series No 257, 1963.
26. Årbok for Den norske Lægeforening 1976-1977
27. Nämnden för läkares vidareutbildning Specialistutbildning i allmänmedicin, sept.80.

Forts. fra s. 4.

positiv debatt om vår videre og etterutdanning og vår fremtidige spesialitet som almenpraktiker. Under den påfølgende diskusjonen så kom det frem en tydelig synspunkt på at såvel almenpraktikerdelen som sykehustjenesten i vår videre og etterutdanning mangler struktur når det gjelder innhold og form. Det ble fremhevet behov for praksislærere, evalueringsmuligheter og strukturerte innhold i sykehustjenesten. Når det gjelder sykehustjenesten i etterutdanningen så foregår det et forsøksprosjekt i Bergen, hvor man møtes i 2 gange 4 uker til intens seminarlignende virksomheter på sykehuset.

Utposten vil forsøke å få beskrevet prosjektet nærmere. Inntrykket etter fredagens debatt er at mye må avklares før vi kan regne vår videre og etterutdanning som kvalitetsmessig god. For å komme dit hen kreves det tankevirksomhet og diskusjoner og prosjekter. Så Almenpraktikere, bare klem i vei!

MARTIN HOLTE

Dopamet

l- α -metyldopa

i huskepakning til samme pris som før

Følgende pakninger er huskepakninger:

0,25 g med delestrek: Glass à 100 og 250
tabletter.

0,5 g med delestrek: Glass à 30 og 100
tabletter.

Tallrike undersøkelser viser at mange pasienter
ikke tar sin medisin som foreskrevet av legen.

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

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

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

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

DUMEX

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.

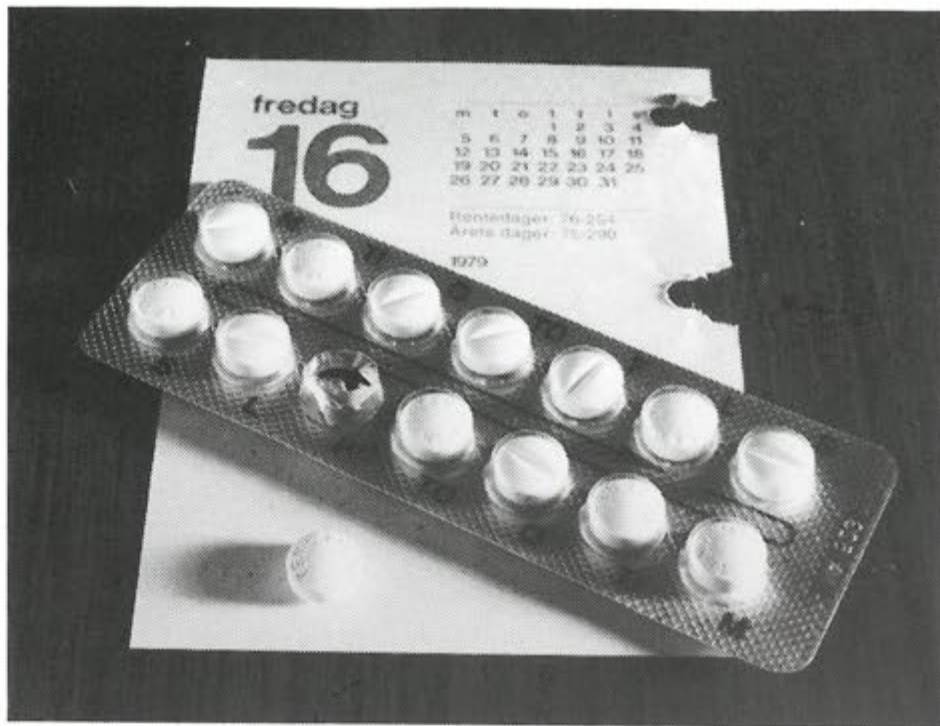
Be om nærmere opplysninger.



+ **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:

Absolute: Ukomplicert 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. Gastrointestinal 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 beta₂-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' positive inotrope effekt på hjertemuskel. 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 (V1b)
antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (V1a)
antihypertensiva/diuretika	økt BT-senkende effekt (V1a)
digitalis	bradykardi, arytmi (V1a, V11)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)
generelle anestetika	myokarddepresjon (V11)
sekalekaloïder	økt risiko for perifere karspasmer (V1a)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (V1a)
verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (V1a)



ICI-Pharma

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

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvøllan Legesenter
Boks 3618
7001 Trondheim

Surmontil® 50 mg

trimipramin



pakningsstørrelse à 30 tabletter godkjent
til bruk i ALMENPRAKSIS.

telex
surmontil tabletter - pakningsstørrelse 30 tabletter
til bruk i almenpraksis

telex
vi kan herved meddele at spesialitetsnemnda har godkjent
å oppheve den begrensede registreringen for surmontil
50 mg i pakninger à 30 tabletter til bruk i almenpraksis

telex
videre gjør vi oppmerksom på at surmontil er det eneste
antidepressivum som etter velkontrollerte kliniske arbeider
er godkjent ved ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at
depresjon er en etiologisk faktor

telex
telex
telex

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

