

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 6

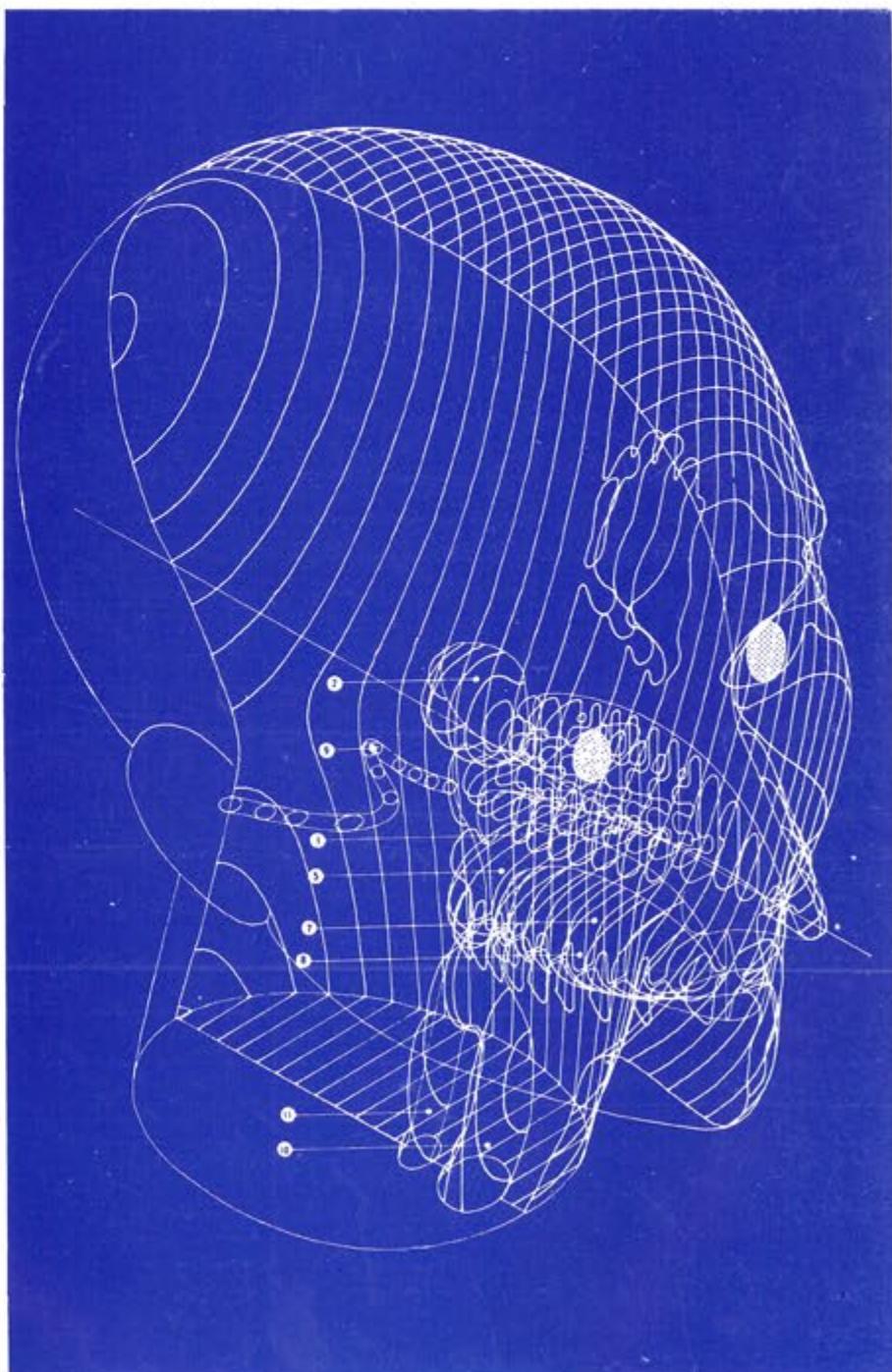
NOV. 1981

ÅRGANG 10



AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS: Tanker før Bodø	2
SIGURD HUMERFELT: Åpningshilsen 2. Nordiske kongress i almenmedisin Bergen 1981.....	3
HENRIK SEYFFART: Belastningssykdommer utdannelse og menneskets natur	5
GUNNAR WENNSTRÖM: Informasjon om ändrad utbildningsgång för blivande almenläkare	8
DAG BRUUSGAARD: Svenske tilstander, et obsolet begrep	9
KJELL JOHANSEN: Hva opptar våre tillitsvalgte	10
JO TELJE: Almenpraktikeren som bedriftslege	11
SOLVEIG ANDERSON: Skjult arbeidsledighet – legens nye hodepine?	13



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

Tegninger:
Knut Sveen

Abonnement:
Kr. 90,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

TANKER FØR BODØ

Aldri har et APLF-landsmøte vært lagt så langt nord som Bodø. For mange vil dette representere et nytt stykke Norge, samtidig vil en treffen den delen av norske primærleger som virkelig er faglig og fagpolitisk interessert. Forhåpentligvis vil vi også møte den nye distriktslegegenerasjon som praktiserer i Nord-Norge. Vi ser frem til møtet.

APLF har i sannhet mange viktige oppgaver foran seg. Samholdet i foreningen har flere ganger i den siste tid vært truet. Ikke minst etter at ytterliggående krefters forsøk på stiftet foreningen for privatpraktiserende leger og dertil provoserende aksjon i sommer.

Vi noterer med stor tilfredshet at APLF's styre og vår moderforening raskt så alvoret i aksjonen og distanserte seg fra den. La det være en påminnelse om at vi i fremtiden også bør stå samlet og fremme våre interesser via APLF og DNLF.

På DNLF's landsmøte i sommer ble stillingsstrukturutvalgets forslag til fremtidig spesialistutdannelses kapasitet lagt frem. Mye av dette er i tråd med UTPOSTEN'S tidligere kommentar. Det virker ikke lengre som om primærhelsetjenesten vil mangle rekrutter.

Snarere tvert imot. Fra vårt elfenbenstårn ser vi store problemer og fare for legearbeidsløshet, dersom ikke myndighetene satser på flere stillinger i distrikturene og byene. Det haster mer enn noen sinde å få loven om kommunehelsetjenesten ferdigbehandlet og satt ut i livet. Og dette må for all del skje før en opphever etableringsloven for leger.

En fri etablering nå vil bety en ytterligere økning av legedekningen i såkalte attraktive strøk på direkte bekostning av utkantsnorge. I værste fall vil en under de fremtidige rammer ikke ha råd til å bygge ut helsetjenesten perifert.

Dette må APLF's og DNLF's tillitsvalgte ikke lukke øynene for men fremheve for myndighetene.

Vi kan heller ikke vente stort lenger med arbeidet for å få almenmedisin godkjent som fullverdig spesialitet.

Utdannelsesskissen må fullføres og settes ut i livet. Vi går utfra at størstedelen av utdannelsen skal skje i primærhelsetjenesten som underordnet lege.

Til det trenger vi primærleger som er godkjent som supervicere. Utdannelsesapparatet må stå ferdig før oversvømmelsen av nyutdannede leger er et faktum. Ellers vil billige panikkartede strakslosninger bli

resultatet, som f.eks. situasjonen i Vest Tyskland.

Våre naboer i Sverige har for lengst innsett dette og har allerede sluttført de første "handledare kurs för distriktsläkare" som skal bli supervicere for kolleger som velger almenmedisin som spesialitet.

Fra flere hold har et norsk selskap for almenmedisin blitt etterlyst.

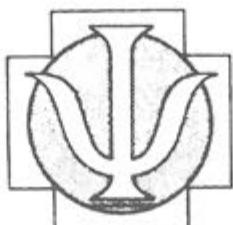
Dets grundleggere har latt vente på seg.

Vil et utvidet fagutvalg i APLF med større handlingsfrihet gi oss de samme utviklingsmuligheter? Neppe.

Inntil selskapet kommer er det derimot av vital interesse at APLF's fagutvalg jobber selvstendig med oppgaver som fremmer norsk almenmedisin.

Når gruppen av primærleger om noen år utgjør maktblokken i DNLF vil det være riktig at både APLF og Selskapet fremstår som sterke organisasjoner.

Aage Bjertnæs.



2. NORDISKE KONGRESS I ALMENMEDISIN

BERGEN 17.-20.6.1981

ÅPNINGSHILSEN 2. NORDISKE KONGRESS I ALMENMEDISIN 17. JUNI 1981

V/ Professor Sigurd Humerfelt, Institutt for almenmedisin,
Universitetet i Bergen

Kjære kongressdeltagere!

Erede gjester!

Det er en stor glede for meg på vegne av den Nordiske kontaktkomite og det norske kongressutvalg og på vegne av Institutt for almenmedisin som arrangør - i samarbeid med Studentsamskipnaden i Bergen (representert v/direktør Ragnar Johannessen) å hilse samtlige kongressdeltagere og gjester hjertelig velkommen til den 2. Nordiske Kongress i Almenmedisin!

Vi er overveldet over at så mange primærleger fra de 5 nordiske land slutter opp om kongressen og har klart å nå frem i tide tross diverse hindringer. Det er pr. i dag registrert 398 deltagere og 146 ledsgjester og gjester - tilsammen 544 personer!

Etter grundig overveielse, både i den Nordiske kontaktkomite og i det norske kongressutvalg, har vi valgt å koncentrere det faglige programmet omkring 2 hovedemner under mottoet:

"En bedre primær helsetjeneste" nemlig:

- Organisering av primærhelsetjenesten i dag og i morgen.
- Evaluering av primærlegens arbeid.

Begge emner er høyaktuelle for samtlige 5 nordiske lands primærleger og trenger en dypere analyse og debatt, nettopp i et forum som denne kongress representerer.

Vi har også invitert til frie foredrag. Hele 76 foredrag er antatt og her finner vi et brett spektrum av emner fra det primærmedisinske arbeidsfelt. Dette store antall frie foredrag avspeiler noe av den voksende forskningsaktivitet.

Det er av særlig interesse å merke seg at flere av de påmeldte frie foredrag kommer fra leger uten fast tilknytning til institutter eller faste institusjoner - et uttrykk for stigende motivasjon og interesse for forskning blant våre primærleger.

Hvilke problemer møter helsevesenet og da spesielt primærhelsetjenesten i våre 5 nordiske land i de nærmeste år?

Det er vel ingen uenighet om at helsevesenet i flere av de nordiske land befinner seg i en krisesituasjon både økonomisk og personmessig - og at denne krise gjør seg gjeldende også for primærhelsetjenesten.

Den kostnadseksplosjon som har funnet sted, har automatisk ført samfunnsdebatten inn på spørsmål om

effektiviteten i administrasjon og organisasjon, om styring og om virkemåten.

Jeg vil i det følgende presentere en del data fra norsk helsevesen som illustrerer visse sider av problemet.

Norsk helsestall har vist en formidabel nominell utgiftsøkning.

Således er utgiftene fra 1950: 485 mill.kr. 20 doblet til 1975: 10.400 mill.kr. og denne veksten fortsetter! (jfr. Waaler et al 1977).

Tisvarende utgiftsøkning har funnet sted i de øvrige nordiske land og andre land i samme kultirkrets.

En rekke faktorer gjør den reelle vekst atskillig mindre.

1. den norske krones kjøpekraft er betydelig redusert.

Med utgangspunktet i 1946 = 100, er levekostnads/konsumprisindeksen i 1975 380 (SSB 1977 iflg. Hofoss).

2. Befolkingens alderssammensetning med relativt flere eldre i 1970 enn i 1950.

Eldre mennesker bruker mere helsetjeneste enn yngre: I 1970 gikk 41% av årsverkene i helsekontorene til pasientene over 67 år, en aldersgruppe som bare utgjør 11% av befolkningen. (Grund 1978)

3. Befolkingen er økt fra 3.3 mill. i 1950 til 4.0 mill. i 1975.
Korrigeres for disse faktorer blir veksten i perioden 4.7 ganger.
Dette svarer til en økning på 7,4% pr. år, som er dobbelt så stor som den årlige økning av bruttonasjonalproduktet.

Selv om veksten er større enn gjennomsnittet har økningen i utdanningssektoren (målt i antall studenter) ekspandert betydelig mer, iflg. Waaler (1977).

Det samme gjelder visse sider ved levekårene, f.eks. personbilantallet.
Personellveksten

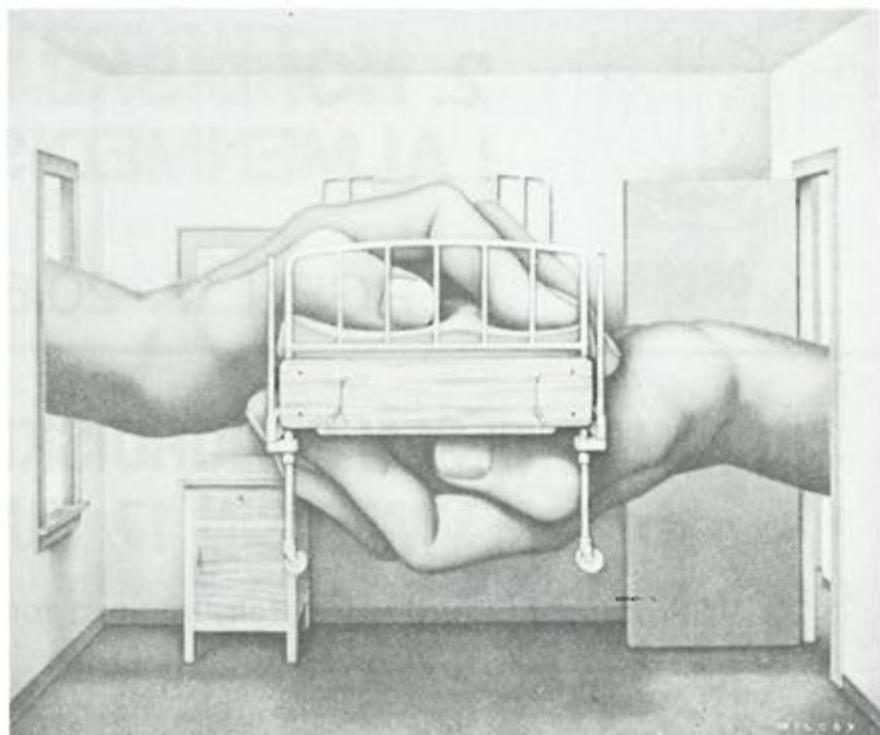
Helsesektoren i Norge sys-selsatte i 1946 33.400 personer. I 1979 var tallet økt til 110.000 iflg. Grund (1980).

Disse tall må som kjent korrigeres både for arbeidstidsforkortelser og innslag av deltidsstillingar. Allikevel innebærer dette større lønnsutgifter og ikke minst at helsevesenet suger til seg store deler av arbeidskrafttilgangen i landet - iflg. Grund vil hver 4. nye arbeidstaker havne i helsevesenet!

Selv om jeg i denne fremstilling har holdt meg til data fra Norge, vet vi at forholdene er parallele i alle de nordiske land. Våre samlede investeringer i helsesektoren ligger i øverste sjiktet blant de nasjonene i verden som det er rimelig å sammenligne oss med.

Går vi så over til å se på fordelingen innen helsetjenesten, finner vi store forskjeller i ressursfordelingen mellom institusjons-helsetjenesten, som tar på seg det alt vesentlige av det forebyggende helsearbeid og minst 90% av befolkningens helseproblemer, har like til det siste fått en stadig mindre andel av såvel de personellmessige som økonomiske ressurser.

Iflg. Mork (1980) fikk institusjonshelsetjenesten i 1974, 73,3% av de samlede utgifter til helsetjenesten, og dette tallet var i 1978 steget til 76% med tilsvarende fall for helsetjenesten utenfor institusjon og andre helsetiltak.



Denne utvikling er skjedd på tross av ønske og ærklæringer fra faglig og politisk hold om at primærhelsetjenesten skal prioritertes.

Iflg. Mork (1980) er de statlige tilskudd til institusjonshelsetjenesten i 1980 i gjennomsnitt kr. 1300,- pr. innbygger (i Oslo 2200,- kr. pr. innbygger).

For distrikthelsetjenesten 232,- kr. i 1977 varierende fra 1200,- kr. til under 100,- kr. pr. innbygger i en rekke av våre kommuner.

Nå skal man naturligvis være forsiktig med å trekke for vidt-gående sluttninger fra slike statistiske data, men (iflg. Mork) man må iallfall kunne trekke den sluttning at der er "langt igjen før vi har nådd målsetningen om et likeverdig helsetjenestetilbud for alle innbyggere hvor i landet de enn bor".

De økonomiske problemer og deres konsekvenser for helsetjenesten betyr at helsetjenesten står overfor hårdé prioriteringer i 1980-årene.

Det er vel neppe noen som tviler på at disse forhold

vil prege debatten om organiseringen, styringen og virkemåten av den primære helsetjeneste.

Det er et annet forhold at største betydning for utviklingen av vårt helsevesen og ikke minst for kompetansenivået innen primærhelsetjenesten, nemlig kunnskapseksplosjonen.

Veksten av den medisinske faglitteratur er formidabel og antall medisinske publikasjoner vokser eksponensielt.

Olle Hallén har illustrert dette på følgende måte:

Hvis vi anvender den medisinske kunnskap som rommes i hodet på en doktor som "enhet" kan utviklingen beskrives på følgende måte:
I midten av 1800-tallet representerte en doktor - "altså 1 hode" - den samlede medisinske kunnskap. I 1890-årene var den medisinske kunnskapsmengde dobrert, i 1920 15 ganger og i 1980 400-doblet!

Den kunnskapsskatt som menneskeheden har samlet i sin tid på jorden anslås i 1980 til omkring 150 mill. vitenskapelige dokumentasjoner. Den årlige tilvekst

Det kan være nok med 1! *)

Det finnes kanskje viktigere grunner enn den enkle doseringen til å velge Tenormin. Men enkel behandling synes å være en forutsetning for at pasienten skal gjennomføre en medikamentell behandling som forordnet av legen. Ikke minst gjelder dette behandling av kroniske sykdommer som hypertoni og angina pectoris.

Tenormin

atenolol



*) Dosering 1 gang daglig er doseringsmessig fordelaktig og har vist seg å gi tilfredsstilende klinisk virkning. Større svingninger i blodkonsentrasjonene må imidlertid forventes, og pasientene må overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger.

Tenormin

atenolol

Indikasjoner: Hypertoni. Angina pectoris.

Kontraindikasjoner:

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

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

Betablokkerere dessuten kontraindiceret hos pasienter på verapamil-behandling. Ønsker man å erstatte betablokkerer med verapamil eller vice versa, må den nye terapi ikke institueres før atskillige dager etter seponering av det tidligere preparat. Anbefales ikke til barn p.g.a. manglende erfaring.

Bivirkninger:

Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter.

Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunktjonen kan forekomme, likeledes muskeltrethet (særlig initialt).

I forbindelse med bruk av flere betablokkerere er det rapportert tilfelle av hudutslett og/eller tørre øyne. Den rapporterte hyppigheten er liten, og symptomer har i de fleste tilfelle forsvunnet etter seponering. Seponering bør overveies dersom de nevnte hud- og øyenreaksjoner ikke kan forklares på annen måte. Seponering av betablokkerer må skje gradvis.

Forsiktigheitsregler:

Tenormin kan med forsiktigheit 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 nøy. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og

utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Beta-blokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overleddning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerer - 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 renal, bør dosen og evt. doseintervallet justeres hos pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon. Hvor det er spesiell grunn til å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke. Hos pasienter på samtidig behandling med klonidin og betablokkerer, må eventuell seponering av klonidin ikke finne sted før atskillige dager etter seponering av betablokkeren. Betablokkeren må seponeres først for å unngå en sterkt "rebound" blodtrykksstigning etter seponering av klonidin.

Interaksjoner:

Betablokkerere COID

Beta-stimulerende adrenergika	Blokkerer beta-adrenergi effekt (Vib)
antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (Via)
antihypertensiva/ diureтика	økt BT-senkende effekt (Via)
digitalis	bradykardi, arytmie (Via, VII)
disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
etanol	risiko for nedsatt etanol-toleranse (VII)
generelle anestetika	myokarddepresjon (VII)
sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasmer (Via)
kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (Via)
verapamil	økt risiko for myokard-depresjon (Via)

Dosering:

Individuell dosering.

Hypertoni:

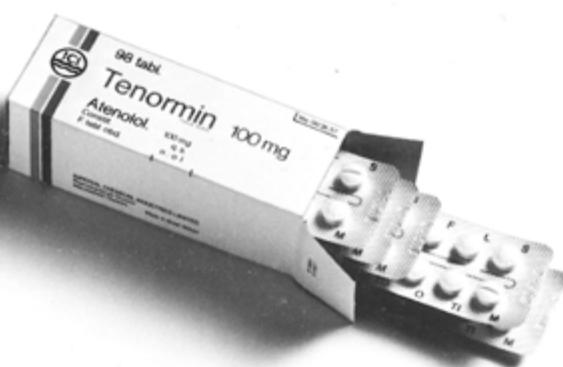
Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende virkning, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasienter må derfor overvåkes nøyere med hensyn til bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablett daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter 2 uker, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

Angina pectoris:

Initiat 50 mg x 2. Når anfall/smerter kontrolleres tilfredsstillende kan man forsøksvis gi hele doses 1 gang pr. døgn.

Pakninger:

Tabletter 50 mg: 100
" 100 mg: 28 98 250



 ICI-Pharma

Drammensveien 126
Postboks 173 Skøyen, Oslo 2
Tlf.: (02) 55 90 04

nder 1980-årene er beregnet til ca. 15%. Dette betyr at vår kunnskapsskatt allerede fordobles i løpet av 7 år!

va betyr dette for oss medisinere?

vilken betydning får dette for vår grunnutdannelse, idere- og etterutdannelsen og ikke minst i opplæringen av våre primærleger?

rimærhelsetjenesten har ansvar for hele individet. Primærlegen kan ikke som spesialisten splitte sitt dag opp i subspesialiteter. Primærhelsetjenesten må bygge sine kunnskaper og sine verdigheter fra alle spesialiteter.

et som blir poenget i læringssituasjonen, målrettet or primærleggen, er å finne rem til kjernestoffet med elevans til den praktiske egegjerning.

ike viktig som å erverve eg ny viden, blir det å forkaste gamle "sannheter" fr. Ibsens ord om de medinske sannheters levetid.

Det er her forskningen kommer inn og bidrar til ny viten og også til sanering av kunnskapsgoder som ikke lenger holder mål.

Uten en levedyktig forskning med utvikling av spesielle forskningsmiljøer innen primærhelsetjenesten, klarer vi ikke å følge med.

Den åpenbare kontrast mellom den hurtige kunnsapsvekst og stillstanden i ressursene er i dag et dilemma og en realitet som vi nok må innstille oss på å leve med.

Almenmedisinsk forskning vil stå overfor mange viktige utfordringer i 80-årene. Noe av det viktigste blir å stimulere til forskning som kan øke almenpraktikerens kompetanse og hans kliniske standard til beste for den befolkningsgruppe han skal tjene.

Primærlegens medisinske kyndighet blir avgjørende for primærhelsetjenestens troverdighet og pasientens trygghet.

Med disse ord takker jeg

for den tillit som er vist oss ved at vi her i Bergen ble spurta om å arrangere denne 2. Nordiske Kongress.

Vi kan ikke stille opp med de ressurser som København kunne by på som kongressby, (og med en bakgrunn av mange solide og veletablerede forskningsmiljøer).

Men - vi vil forsøke å gjøre det så godt som vi kan ut fra våre forutsetninger og med de ressurser vi har til rådighet.

I tillegg til det faglige program som er bygget opp med bidrag fra de 5 nordiske land, vil kongressdeltagerne få anledning til å se visse sider av Bergen som kultursenter - oppleve litt av dens atmosfære og kanskje fornemme litt av den helt spesielle karakter som preger denne Skandinavias utpost mot vest!

Takk!

**Mer stoff fra Kongressen
i neste nummer. RED.**

Belastningssykdommer, utdannelse og menneskets natur!

Av Dr. med. Henrik Seyffarth, Oslo

Nr. 4, juni 1981 var et meget interessant nummer, med hovedemne: "almenmedisinens plass i medisiner-undervisningen".

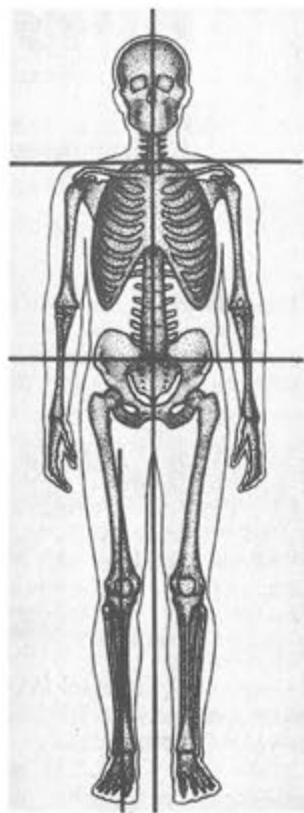
Jeg vil få lov til å ta mitt utgangspunkt i brev til redaktøren fra Erik Erichsen, Hamar, spesialist i yrkesmedisin.

Jeg må erklære meg helt ut enig i det han skriver, etter å ha snakket litt om senkning og hemoglobin. For meg står samtalens med hver enkelt som viktigere. Hva er ditt problem, hvis du har noe?

Han skriver også: "En erfaring har jeg som umiddelbart faller i øynene, en meget stor del av de plager og sykdommer som av "eksper-tisen" oppfattes som fremkalt i arbeidet, har sin opprinnelse utenfor arbeids-plassen".

Da jeg kanskje kan oppfatte som tilhørende eksper-tisen, må jeg få lov til å komme med følgende korri-gering: Allerede tittelen på min bok "Slapp av og bli frisk", 1954, viser jo tydelig at det er ikke bare arbeidsstillinger og arbeids-

utstyr som betyr noe for belastningssykommene. Jeg har senere mange ganger hevdet at de fleste av mine pasienter, ja den alt overveiende del, skyldes nervøs anspenthet. Det har alltid ligget meg på hjertet, slik som Erichsen skriver, "å få plassert årsakene riktig i sammenhengen og gi råd som kanskje kan være til nytte, uten å behøve å flytte på skrivebord og stoler i den enfoldige tro at feilstillinger er eneste årsak til såkalte belastningssykdommer".



Jeg har ikke sett noe skriv som legger vekt bare på arbeidsstillinger. Men jeg er enig at det ville være enfoldig å tro at dette er den eneste årsak.

På den annen side, selv om vi behandler pasienter hvor årsaken er nervøs anspennhet, så viser det seg at disse i større antall enn andre ikke nervøse pasienter har en uheldig arbeidsstilling, som opprettholder deres smerter og spenninger og derved bidrar til å vedlikeholde den nervøse anspennhet.

Her gjelder ikke enten eller men både og, idet vi må gripe fatt i det som er lettest å rette på i de fleste tilfeller, nemlig arbeidsstillinger og arbeidsmåten, og fremfor alt dette å kunne slappe av og unngå å være ständig spent.

Det viser seg jo dessverre at også psykiaterne stort sett står maktesløse overfor de mange tilfeller av kronisk nervøsitet. Her har det dog vært meg en glede å kunne holde disse mennesker arbeidsdyktige ved å lære dem riktig arbeidsmåter og å lære dem avspenning og riktig pustemåte, ved siden av at vi best mulig tar vekk alle de plagsomme arbeidssmerter, respirasjonsnevrose osv.

Det gjelder altså i høy grad å se på mennesket som en helhet med psykiske og fysiske funksjoner. Og her er vi ved noe sentralt. Når lærte de medisinske studenter for alvor å bedømme funksjonene sitte, stå, gå, puste og arbeide? I boken "For pasientens skyld", Cappelens Forlag, 1978, har jeg vist hvilke følger det har at ikke medisinske studenter får en ordentlig utdannelse i fysikalsk medisin. Det avgjørende blir å lære undersøkelsesmetodikken, nemlig å palpere muskler og ledd, og dessuten å bedømme pasientens funksjoner.

Men det er ikke nok å lære, det må oppleves. Forleden dag hadde jeg en meget interessant opplevelse i den måte.

Det gjalt en venn av meg, en meget klok og vennlig-sinnet lektor, 36 år gammel. Jeg hadde gitt ham bøkene mine, og han hadde lest dem med interesse sa han. Ikke desto mindre ble han uhyre overrasket da jeg påviste at han hadde tilstivnet nakke, særlig ved sidebøyning til venstre. At han hadde nedsatt kraft i høyre skulder mere enn i venstre, og fremfor alt at vi knep han i den feilfunksjon, som antagelig kan forklare en stor del av det hele, nemlig ikke bare en krampaktig skrivemåte, da han spente hele armen oppover også innbefattet skulderen da han skrev. Men når han da stoppet for å snakke litt, viste det seg at han alltid hadde for vane å henge på sine underarmer med oppheiste skuldre. Noe som har vist seg å være en avgjørende feilfunksjon for at det skal opptre det jeg har kalt funksjonskontraktur. Dette har jeg forresten vist i min bok "Ta vare på deg selv i yrket", Universitetsforlaget, 1970.

Jeg må nok en gang erklære meg enig med Erichsen når han sier at: "Er det ikke noen som kan ta et initiativ for å samle det norske medisinske liv til en enhet som taler samme språk?" Jeg er så enig i at dette må være et stort mål å arbeide etter. Jeg har forsøkt å gjøre det i mine bøker, ikke minst i boken "For pasientens skyld", Cappelens forlag, 1978, hvor

jeg stiller en lang rekke spørsmål til legene som jeg aldri har fått besvart. Derimot har jeg fått en anmeldelse av boken i Tidsskriftet for de norske leger som nærmest er for et eselspark å regne. Man oppnår neppe å samle det norske medisinske liv ved slike standpunkter som anmelderen der fremfører. Eller ved å nekte meg å opptre som foredragsholder og lærer, en tydelig motstand jeg merket allerede i 1970. Men kan vi ikke være enige om at en slik motstand mot det nye er noe som til alle tider har vist seg å være det sanne menneskelige.

Og hvorfor har aldri Erik Erichsen kommet og besøkt mitt kontor så vi kunne få en diskusjon?

Er det ikke her en medfødt uvilje mot det nye som kommer til syn?

Men Erik Erichsen skal ha ros for at han i hvert fall nevner problemet belastnings-sykdommer. Så langt har man ikke kommet blant alle de som skriver i juninummeret av Utposten.

Det gjelder som nevnt utdannelsen av medisinske studenter. Samtidig fikk jeg idag en større rapport skrevet av psykolog Arne Ebeltoft, "Arbeidsnotat om belastningslidelser, syklig-



het, registrering og årsaksmodell".

I forordet skriver Ebeltoft at en rekke omfattende arbeidsmiljøundersøkelser har vist at plager og lidelser i muskelskjellettsystemet rangerer høyest på listen over de helseproblemer arbeidstakere har i sin arbeidssituasjon.

Men allikevel, så vidt jeg kan se er det ingen av de tre professorer som skriver i Utposten som har nevnt

begrepet belastningssykdommer, og at det er et veldig behov for utdannelse blant primærlegene.

Det viser også det i bladets gjengitte problemkasus, nr. 3, 1981.

Det viser seg også fra alle de henvendelser jeg får fra forskjellige deler av landet at slike kasus er et problem for privatpraktiserende leger, og sykehusleger også, slik jeg har fortalt i boken "For pasientens Skyld".

Jeg skrev i Tidsskriftet norske leger for mange år siden en artikkel om respirasjonsnevrose, som ville være til nytte for å løse problemkasus nr. 3.

"Palper muskulaturen i epigastrikt og også over sternum, gjerne med et litt langvarig trykk når det gjelder sternums overflate. Se så på hennes (hans) pustemåte. Jeg vil vedde meget på at hun (han) puster på den måten at hun (han) heiser brystkassen opp og ned i kroppens lengderettning, dvs. heiser opp skuldrene hver gang hun puster inn. Hun kan også være av de mennesker som stadig holder pusten, ikke minst når de snakker. Slike pasienter blir som regel tungpustete, bl.a. når de skal gå i trepper. Men tar man å behandler den ømme muskulatur og lærer de avslapping og riktig pustemåte, vil pasientene, NB. hvis behandlingen lykkes, bli meget fornøyde. Men hvis pasienten lever i en stadig stresssituasjon, må naturligvis resultatene bli deretter, hyppige recidiver".

Når det gjelder betydningen av pasientens hund, må vi også ta i betrakting at hvis det var en litt stor hund, og hun hadde som oppgave å gå tur med den, så er det svært alminnelig at man får vondt i armen og

tilstøtende del av brystet når hunden vil dra sin vei og trekker i lenken.

Jeg vil her innskyte at det er påfallende hvor takknemlige mange pasienter blir når man injiserer med lokalbedøvelse over sternum, og delvis i epigastrikt, men vår forsiktig og ikke gå for dypt. For øvrig vet vi fra mange pasienter at smertene fra partiet rundt sternum og på forsiden av hjertet ofte ledsages direkte av angst. Som en pasient sa: "Smertene bak i ryggen de kan jeg holde ut, men

den smerten jeg får i brystet det fyller meg med sterkt ubehag og usikkerhet og er vanskelig å holde ut".

Men det er ikke av ond vilje legene ikke vil lære slike ting. Det er bare utslag av menneskets natur, har jeg funnet ut, og den samme natur gjør at har vi først fått den oppfatning at vi vet det vi bør vite om hjerter og lungesykdommer, så er denne oppfatning uhyre vanlig å rokke ved. Vi er slik vi mennesker. Jeg blir aldri trett av å undre meg over mennesket.



Information om ändrad utbildningsgång för blivande allmänläkare

Med anledning av en framställning av Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), i samband med att nämnden överlämnade en genomförd utredning om specialistutbildning i allmänmedicin, har regeringen nyligen beslutat att göra en ändring i de gällande tillämpningsföreskrifterna till lagen om behörighet att utöva läkaryrket i de delar som berör allmänläkarkompetensen. Socialstyrelsen har i anslutning härtill fattat vissa följbeslut.

Besluten innebär i sammanfattningsföljande:

- Begreppet allmänläkarvård ersätts med allmänmedicin som tillerkänns ställning som specialitet.
- Den fortsatta vidareutbildningen fram till allmänmedicinsk specialistkompetens omfattar 4,5 år mot nuvarande 4 år för allmänläkarkompetens.
- Utbildningsgången för blivande allmänläkare kommer att omfatta följande obligatoriske tjänstgöringsmoment.

Huvudutbildning.

2 års tjänstgöring inom allmänmedicin.
Högst ½ år av denna tid får bytas ut mot en eller två tjänstgöringar inom allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, öron-, näs- och halssjukdomar, soci-almedicin eller vid enhet för företagshälsovård. Inget utbytesavsnitt får understiga 3 månaders tjänstgöring.

1 års tjänstgöring inom allmän internmedicin.

6 månaders tjänstgöring inom allmän psykiatri.

Sidoutbildning.

4 månaders tjänstgöring inom långvårdsmedicin.

4 månaders tjänstgöring inom pediatrik. Högst 2 månader av denna tid får fullgöras i specialisthandledd öppen vård.

4 månaders tjänstgöring inom gynekologi och obstetrik. Högst 2 månader av denna tid får fullgöras i specialisthandledd öppen vård.

De nya utbildningsbestämmelserna gäller emmeller-tid att för läkare som legitimerats eller kommer att legitimeras före den 1. juli 1982 får de nuvarande utbildningsbestämmelserna tillämpas.

För läkare som legitimeras efter den 1. juli 1982 tillämpas de nya utbildningsbestämmelserna generellt.

I likhet med vad som allmänt gäller för vidareutbildningen ankommer det på sjukvårdshuvudmännen att, utifrån de sjukvårdsorganisatoriska förutsättningarna som gäller inom varje sjukvårdsområde, konstruera blocken på lämpligt sätt. Utnyttjande av utbytesmöjligheter blir således beroende av dessa sjukvårdsorganisatoriska förutsättningar. Vidare kan konstateras att några bestämmelser som reglerar den inbördes ordningen mellan de olika tjänstgöringsavsnitten inte finns. Huvudmannen har därmed möjlighet att konstruera FV-blocken i enlighet med det lokala behovet av underläkarbemanning vid olika berörda enheter och olika tidpunkter. Målsättningen vid blockplaneringen måste bl.a. vara att erhålla en så jämn underläkarbemanning som möjligt vid olika kliniker och att minimera behovet av vikarier.

Socialstyrelsen vill i samband med att den övergångsbestämmelse i socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter och anvisningar om vidareutbild-

LIBERIAMOCI DALLE DROGHE



ning av läkare SoS FS (M) 1979:51 punkt 30) som stadgar att uppehållande av tjänst, för vilken krävs allmänläkarkompetens, får tillgodoräknas som allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning i allmänläkarvård upphör att gälla i och med utgåenden av år 1982.

Vidareutbildningen inom primärvården måste därför ske på underläkarutrymme.

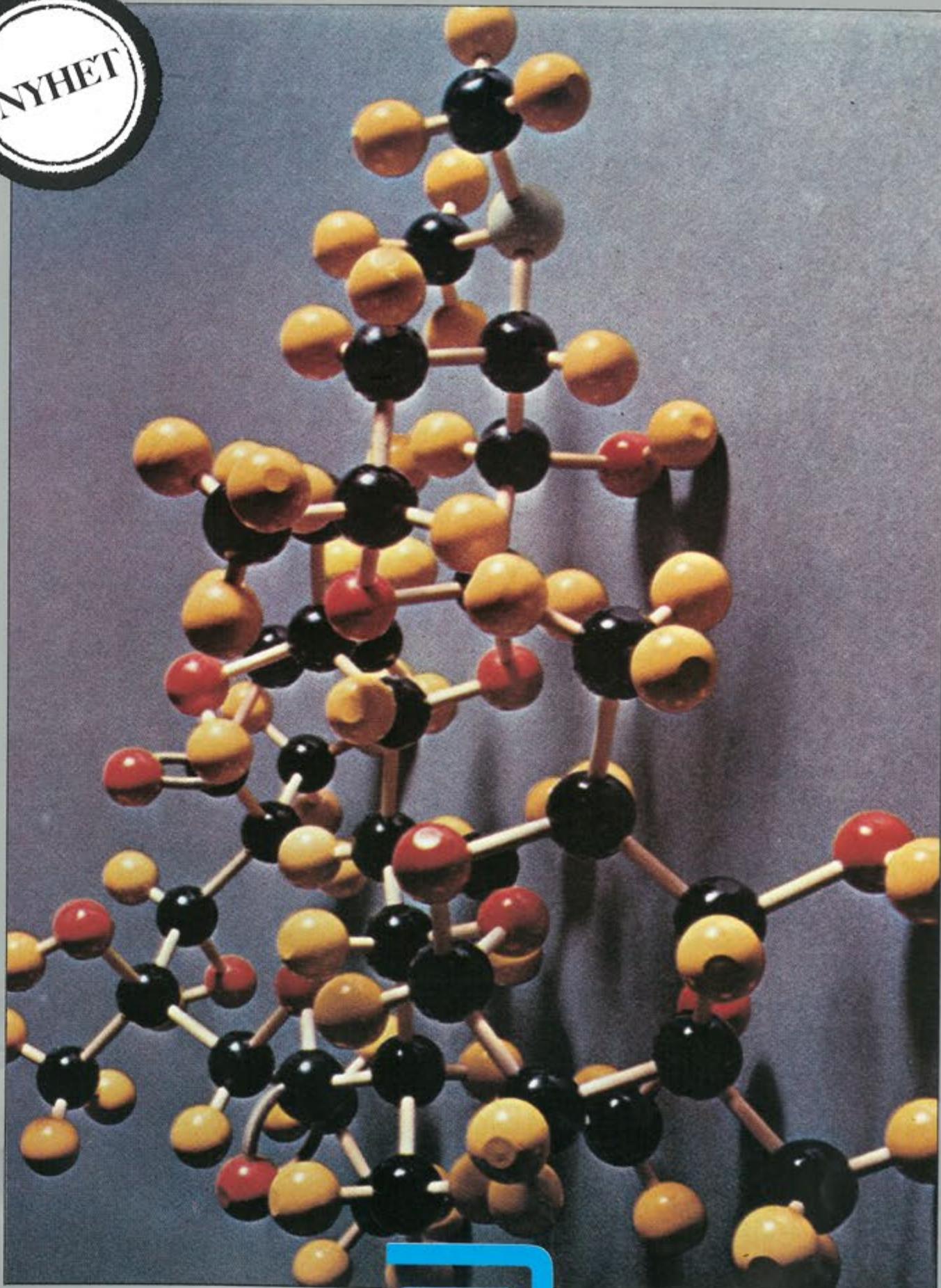
Den utredningsrapport "Specialistutbildning i allmänmedicin" som legat till grund för besluten att ändra utbildningsgången för blivande allmänläkare har tagits fram av en särskild arbetsgrupp (AgA) inom NLV. Ytterligare exemplar kan rekvireras från socialstyrelsen, byrå PB 1, 106 30 STOCKHOLM, tel 08/23 60 60. På detta telefonnummer kan också bl.a. Per-Olov Tålbo lämna ytterligare upplysningar.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektören Westerholm i närvavo av avdelningscheferna Alsén och Wennström, byråcheferna Hultin och Roos, sektionschefen Nicolausson samt avdelningsdirektören Stålbo, föredragande.

Enligt socialstyrelsens beslut

Gunnar Wennström.

NYHET



ABOTTICIN «ABBOTT»

Makrolidantibiotikum

Indeks: J01F A01

AD INJECTIONEM I.V.: Hvert hetteglass inneh.: Erythromycini lactobionas aeqv. erythromycin. 1 g alcohol. benzyl. 0,18 g.
GRANULAT: Til tilberedning av 100 resp. 200 ml oral suspensjon. **Glass for 100 ml suspensjon inneh.:** Erythromycini ethyli succinas aeqv. erythromycin. 4 g, sacchar. 30 g, corrig. q.s. Sukkerholdig.

DOSEPULVER: Hver pose inneh.: Erythromycini ethyli succinas aeqv. erythromycin. 200 mg, manitol. 1,5 g, constit. et aroma q.s.

TABLETTER: Hver tablet inneh.: Erythromycini stearas aeqv. erythromycin 250 mg resp. 500 mg. Filmdrasjert.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt spekter som omfatter grampositive bakterier samt visse gramnegative: Enterokokker, Corynebacterium diphtheriae, Bordetella pertussis. Har videre effekt mot chlamydier, mycoplasmer, rickettsier. Virksomhet mot aerobe gramnegative tarmbakterier, men kan påvirke den anaerobe tarmflora. Haemophilus influenzae viser varierende følsomhet.

Virkningsmekanisme: Bindes til bakterienes ribosomer og hemmer derved proteinsyntesen.

Absorpsjon: Erytromycinstearat disosierer i duodenum hvorved aktivt erytromycin frigjøres og absorberes. Erytromycinetylksinat er en ester av erytromycin som etter absorpsjon hydrolyseres til fritt, aktivt erytromycin.

Fordeling: Høy vevskonsentrasjon som er vedvarende hoyere enn konsentrasjonen i blod/serum (spesielt i lungevev). Passerer i liten grad blod-hjernebarrieren.

Halveringstid: 1,5–2 timer i serum.

Utskillelse: Konsentreres ved normal leverfunksjon i lever og utskilles hovedsakelig via galle og fæces. Bare en liten del (ca. 10%) utskilles i urinen og preparatet kan gis i uforandret dose til pasienter med nedsatt nyrefunksjon.

Overgang i morsmelk: Erytromycin går over i morsmelk med inntil 50% av serumkonsentrasjonen hos moren, men aktivt erytromycin gjenfinnes i så små mengder hos barnet at risiko for påvirkning ikke behøver foreligge ved terapeutiske doser.

Indikasjoner: Infeksjoner forårsaket av mikroorganismer følsomme for erytromycin, også når det foreligger penicillinallergi. Særlig egnet ved mycoplasmapneumonier. Anvendes ellers ved luftveisinfeksjoner som pneumoni, sinusitt, bronkitt, kikhøste, otitt.

Bivirkninger: Toksiske reaksjoner er ikke beskrevet. Gastrointestinale forstyrrelser, kvalme, diaré, overfolsomhetsreaksjoner i huden kan forekomme i enkelte tilfelle.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet bør utvises ved nedsatt leverfunksjon. De fleste stafylokokker er følsomme, men det bør vises tilbakeholdenhett i anvendelsen med tanke på risiko for resistensutvikling.

Interaksjoner: Erytromycinbehandling kan trolig føre til at teofyllininnholdet i plasma øker hos astmatikere, muligens p.g.a. hemmet metabolisme.

Prospektive studier kreves for å kartlegge interaksjonens kliniske betydning. Ved kombinasjonsterapi bør teofyllininnholdet i plasma følges.

Dosering: Tablett: Normaldose for voksne: 250 mg hver 6. time. 2 geller mer pr. dogn kan gis ved alvorlige infeksjoner. Senere studier har vist at optimal absorpsjon oppnås ved å innta dosen av tabletter, dosepulver eller mikstur umiddelbart før maten.

Oral suspensjon: Normaldose for barn: 10 mg/kg kropsvekt hver 6. time. 5 ml suspensjon = 200 mg erytromycin. For barn opptil 7 kg beregnes dosen i hvert enkelt tilfelle. Ved kropsvekter over 7 kg kan følgende skjema vanligvis anvendes:

Vekt kg	Døgn-dosering ml x 4	mg/kg/døgn	Passende pakning for 10 dagers behandling
7-14	2,5 x 4	29-57	100
15-24	5 x 4	33-53	200
25-34	7,5 x 4	35-48	100 + 200

Dosepulver: Normaldose for barn: 10 mg/kg kropsvekt hver 6. time.

Hver pose inneh.: 200 mg erytromycin. For barn opptil 7 kg beregnes dosen i hvert enkelt tilfelle. Ved kropsvekt over 7 kg kan følgende skjema vanligvis anvendes:

Vekt kg	Døgn-dosering dosepulver	mg/kg/døgn	Passende pakning for 10 dagers behandling
7-14	0,5 x 4	29-57	1 x 30
15-24	1 x 4	33-53	2 x 30
25-34	1,5 x 4	35-48	2 x 30

Torrampuller for intravenos injeksjon: Normaldose for voksne: 0,25 g hver 6. time. Ved alvorlige infeksjoner kan gis inntil 4 g pr. dogn.

Retteldning ved fremstilling av injeksjons-hht. infusionsvæske av torrampullen å 1 g: **Fortynning:** En 5% stamopplosning (50 mg erytromycin/ml) tilberedes ved at substansen i torrampullen opploses i 20 ml sterilt vann.

Intravenos korttidsinfusjon: Stamopplosningen fortynnes til 1% (10 mg erytromycin/ml) ved at den settes til 80 ml av et egnet opplosningsmiddel, f.eks. isotonisk natriumklorid. Denne 1% opplosning injiseres langsomt (ca. 5 ml/min.).

Intravenos infusjon: Stamopplosningen fortynnes til 0,1% (1 mg erytromycin/ml) ved at 20 ml stamopplosning settes til 1000 ml infusionsopplosning – eller til 0,2% (2 mg erytromycin/ml) ved at 20 ml stamopplosning settes til 500 ml infusionsopplosning.

Bemerk: Erytromycinets stabilitet påvirkes av infusionsopplosningens pH. Det bør ikke tilsettes opplosning med pH under 5. Er den under 5 bør den gis som injeksjon f.eks. i forgreningen på infusionssettet.

Infusionslösningar egnet för blandning med Abbotycin: Ringer, isoton natriumklorid. Blandinger med disse lösningarna bör brukas innan 12 timer.

Glukose 5% och 12,5% samt natriumkarbonat 14 mg/ml. Blandinger med disse bör brukas innan 6 timer.

Pakninger og priser: **Ad injectionem i.v.:** 1 hettegl. (1g) kr. 48,55. **Granulat til oral suspensjon:** 100 ml kr. 35,55, 200 ml kr. 65,60. **Dosepulver 200 mg:** 30 stk. kr. 73,30. **Tabletter:** 250 mg, 24 stk. kr. 50,40, 40 stk. kr. 78,75, 100 stk. kr. 182,40. **Tabletter:** 500 mg, 20 stk. kr. 87,15, 30 stk. kr. 128,40, 100 stk. kr. 413,90.

SVENSKE TILSTANDER, ET OBSOLET BEGREP

En bekjennelse fra Dag Bruusgaard, førsteamanuensis dr. med., instituttbestyrer Institutt for almenmedisin, Universitetet i Oslo

I norsk almenmedisinsk debatt kan vi være uenige i mangt.

Ett er imidlertid klart, om ett punkt kan vi enes. Vi ønsker ikke "svenske tilstander".

Med svenske tilstander mener vi en primærhelsetjeneste som i stor grad er sentralisert i sykehus, som er spesialisert, og der kontinuiteten for patientene er minimal.

Vi tenker på et helsevesen der hovedoppdelingen går midt gjennom sykehuset i "Åpen og sluten vård".

Vi tenker på et helsevesen der hjemmebesøk til pasienter anses som et prestisjetap for legestanden og derfor må begrenses til et absolutt minimum.

Også i internasjonale almenpraktikerfora er svenske tilstander etablert som et fy-ord.

Noen vil ha det til at dette skyldes at det svenske helsevesen er sosialisert. Etter min mening er dette ikke på noen måte korrekt, og de omtalte negative sider ved det svenske helsevesen har såvidt jeg kjenner til røtter langt tilbake i tiden før "sjukronan" og andre reformer.

Det har for oss nordmenn vært noe forsonende med forholdene i Sverige. For det første har det også fungert som et avskrekende og dermed for oss samlende eksempel. Dessuten, og det er viktig for oss nordmenn, har dere svensker innrømmet at primærhelsetjenesten deres har vært dårlig, og dere har vært villige til å lære, også av oss.

På den Nordiske sosialmedisinske kongressen i Uppsala i 1977 var det noen unge svenske distriktsleger som rørt takket nordmenn og dansker for verbal støtte i debatten om den fremtidige svenske primærhelsetjenesten. De ville så gjerne



få forhold mere lik Danmark og Norge, men følte at veien dit var lang og tornefull.

Hva skjedde så, da svenskene etterhvert bestemte seg til å styrke primærhelsetjenesten.

Jo, først fikk dere et professorat, ikke i almenmedisin, men i "Åpen vård", dere fikk store og upersonlige vårdcentraler, der spesialistene inntok en sentral plass.

Ved den 1. Nordiske kongress i almenmedisin i København i 1979 presenterte dere en rekke forskningsprosjekter som var ren sykehuskopiering. Til sist og ikke minst fikk dere en videreutdannelse i almenmedisin som kunne gjennomføres nesten uten å sette foten i almenpraksis.

At det går an å gjøre noe så dumt.

Svenske tilstander var også fortsatt et glimrende skrekens eksempel.

Hva skjer så?

Ytterligere noen år går. På den 2. Nordiske kongress i almenmedisin i Bergen i juni i år dukket igjen svensk almenmedisin opp, men denne gang blottet for den beskjedenhet og underdanighet som vi tidligere har satt så stor pris på.

Mens danskene fortsetter og lovprise sitt eget system og dyrke og dulle med sitt individorienterte lege-pasientforhold, iblandet aldri så mye psykososiale konflikter, og mens nordmennene driver en ørkesløs kringling om detaljer om hvorledes den fremtidige primærhelsetjenesten skal organiseres, har svensk almenmedisin utviklet seg med uant fart og styrke.

Den begredelige videreutdannelsen viser seg å være et nødvendig første skritt. Nå er den revidert, og svenske ligger plutselig langt foran både Norge og Danmark. Det opprettes almenmedinske lærestoler ved universitetene.

Spesialistene er i ferd med å vike plassen i primærhelsetjenesten og desentralisering til små enheter skrider frem.

I Bergen presenterte svenske leger glimrende praksis-relevante forskningsprosjekter, ofte med et vesentlig samfunnsperspektiv, basert på den gjennomførte geografiske ansvarsfordelingen i svensk primærvård.

Norske, og særlig danske leger har ønsket å foreta sammenligning mellom ulike former for primærhelsetje-

nesten for å finne ut "hva som er best". Svenskene har innsett at svaret på et slikt spørsmål ikke finnes. Dere ønsker i stedet å gjøre primærhelsetjenesten så god som mulig ut fra de forutsetningene som i dag finnes, og det gjør dere etter min mening godt.

Herved vil jeg derfor anmode norske og danske kolleger om å seponere betegnelsen "svenske tilstander" som værende obsolet.

Selv om svensk primærhelsestadig har store uløste problemer, tror jeg det er i

Sverige vi i dag har den mest dynamiske og spennende utviklingen i Norden. Vi kan bare håpe og tro at erfaringer fra Danmark og Norge har hjulpet dere i den prosessen dere nå er inne i. Selv vil jeg herved love aldri mer å fremholde Sverige som et eksempel på et land med dårlig primærhelsetjeneste, og ønsker svensk primærhelse lykke til videre!



"It's years since I had a man look at me like that."

HVA OPPTAR VÅRE TILLITSVALGTE?

Åpent brev til styret i Aplf



Vår forening har vel 1.100 medlemmer. Et fåtall av disse deltar på generalforsamlingene. Medlemsmøter ellers avholdes bare for østlandsområdet. I forbindelse med større kurser informerer styremedlemmene og andre tillitsvalgte om aktuelle foreningssaker. De kommer også gjerne hvis de blir invitert til lokale møter.

Landsrådsrepresentantene skal tjene som bindeledd mellom medlemmene og styret og bidra med informasjonsutveksling.

Blir medlemmene tilstrekkelig orientert om hva som skjer i foreningen på denne måten?

Etter mitt skjønn blir vi ikke det.

Et prisverdig tiltak er Aplf's spalter i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Men dette er heller ikke nok, særlig når de stadig blir sjeldnere:

1977 3 ganger,
1978 4 ganger,
1979 1 gang,
1980 2 ganger og hittil i
1981 1 gang.

Hvorfor ikke publisere styre- og Fagutvalgsreferatene i UTPOSTEN?

Rådet for videre- og etterutdannelse av leger (VEAP-rådet) distribuerer sine møtereferater til de lokale legeforeningers kurskomiteer. Referatene er omskrevet og anonymisert der dette er nødvendig av hensyn til enkeltpersoner. Likeså lar Norsk Bedriftslegeforening referater fra sine styre- og arbeidsutvalgsmøter trykke i foreningens tidsskrift Norsk Bedriftshelsetjeneste.

Informasjon er viktig.

Hvis det forventes at medlemmene skal være engasjert i foreningens arbeid og yte et bidrag når det er naturlig og ønskelig, så må de vite hva som er opp i tiden. Hvis styret og utvalg ønsker synspunkter og feedback på sine vurderinger og avgjørelser, må medlemmene informeres slik at de har muligheter til selvstendige vurderinger.

Jeg oppfordrer derfor styret i Aplf til å publisere sine og Fagutvalgets møtereferater i UTPOSTEN.

Med et opplagstall på 1.500 når den langt, til alle interesserte almenpraktikere.

Med hilsen
Kjell Johansen



"They only do them in a 42, squire."

ALMENPRAKTIKEREN SOM BEDRIFTSLEGE?

Av Jo Telje

debatt!



Sentralstyret har bedt meg innlede en diskusjon på legeforeningens landsmøte om bedriftshelsetjenesten, og da med utgangspunkt i min situasjon som distriktslege i en middelstor kommune på landsbygda.

Jeg vil si litt om hvorledes denne del av helsetjenesten fungerer hos oss i dag, hvorledes den planlagte utbygging vil kunne innvirke på og komme i motsetningsforhold til helsetjenesten for øvrig, og tilslutt skissere hvorledes jeg mener en fordeling av arbeidsoppgavene mest hensiktsmessig kan skje.

I min kommune har vi en rekke små og mellomstore bedrifter, ingen med over 150 arbeidstakere og ingen med alvorligere yrkesmedisinske problemer. Ca. en femtedel av kommunens arbeidstakere er knyttet til en bedriftshelsetjeneste av den tradisjonelle "en-gang-i-året-kontroll", dels ved leger lokalt og dels hos leger i andre kommuner.

Kontrollene foregår helt på tvers av det etablerte lege/pasientforholdet som er rimelig bra utviklet hos oss med stabil legedekning.

Karakteristisk nok er de bedrifter som har helsetjeneste av denne typen ikke preget av større arbeidsmiljøproblemer. F.eks. har både banker, likningskontor og trygdeetat en slik ordning, mens bygdas største møbelfabrikk ikke har.

Virksomheten skjer uten plan og prioritering, mer etter den enkelte leges overskudd og villighet til å bruke sin fritid.

Arbeidet er til dels ulystbetont, med tvilsom nytteverdi, manglende kontinuitet og oppfølging og stort sett løsrevet fra arbeidsplassen.

Det er et paradoks at denne dårlig fungerende bedriftshelsetjenesten og da særlig helsekontroller betraktes som et gode i seg selv, noe man nærmest har rett til på linje med feriegodtgjørelse og liknende, - men dels også fordi primærhelsetjenesten ikke har maktet å imøtekjempe eller faktisk har neglisjert et sterkt ønske og behov i befolkningen om å bli tatt vare på.

For oss i distrikten er det frustrerende å oppleve dette presset fra relativt friske grupper arbeidstakere med liten yrkesmiljøbelastning, når vi til daglig ser et større behov hos andre grupper i befolkningen. Jeg tenker her i første rekke på skog- og jordbrukere, hjemmeverende husmødre og den store gruppen pensjonister. De første med høy yrkesrisiko, di siste med høy sykelighet. I motsettning til vanlige arbeidstakere har ikke disse grupper en sykemeldingsordning som automatisk fører til legekontakt ved sykdom.

Så lenge vi i distrikts-helsetjenesten er underbemannet og ikke makter å gi en helhetlig og medisinsk forsvarlig tjeneste for hele befolkningen, må vi gå imot planer om utbygging av en særomsorg.

Vi har ansvar og omsorg for hele befolkningen.

At forslag til lov om helsetjeneste i kommunene mangler den nødvendige avklaring og samordning med lov om bedriftshelsetjenesten er en helsepolitisk skam, og viser etter min mening særinteressenenes makt over

helsedirektorat og sosialdepartement.

Det jeg særlig stiller meg kritisk til er bedriftshelsetjenestens helsekontroll-opplegg f.eks. gjennomført ved mobile team til bedrifter og næringer uten spesiell yrkesmiljørisiko, og som skjer helt på tvers av primærhelsetjenestens lege/pasientforhold. Dette skaper ofte unødig dobbeltarbeid og vanskelige kollegiale konflikter om behandlingsansvar.

Det er derimot ikke vanlig å bli enig om behovet for en særskilt yrkesmedisinsk innsats for grupper av arbeidstakere, spesielt innen industrien og bygg- og anleggsvirksomhet som har spesielle arbeidsmiljøproblemer. Her trenger vi en skikkelig utbygd og velfungerende vernetjeneste med kvalifisert personell både teknisk og medisinsk.

Om denne utbyggingen skjer i regi av bedriftshelsetjenesteloven eller arbeidsmiljøloven skal jeg ikke ta stilling til, - men jeg kan ikke skjønne annet enn at utbyggingen må skje i nært samarbeid med arbeidstilsynet både sentralt og lokalt.

Enkelte bedrifter og næringer er så store og har så spesielle miljøproblemer at de må etablere en egen stab av vernepersonell og yrkesmedisinere.

Vankligere er det utover i distrikts-Norge med små og mangeartede bedrifter. Jeg tror det er naivt å satse på at primærleger som deltidsbedriftsleger skal kunne få yrkesmedisinsk innsikt og kvalifikasjoner i særlig grad. Vi er ikke omnipotente. Jeg tror man må utvikle en ekspertise regionalisert til arbeidstilsynets distriktskontorer - og at disse bygges ut til en yrkesmedisinsk annenlinje tjeneste på samme måte vi ellers i primærmedisinen

er vant til å ha våre sykehusspesialister på fylkes-nivå.

Jeg tror altså at vi skal ha så stor respekt for det spesifikt yrkesmedisinske at vi som primærleger i større grad skal forskyve disse problemer over på arbeidstilsynets stab og til verneombudene lokalt.

Til gjengjeld vil jeg forskyve mer av helsekontrollene over til primærlegene, både fordi jeg anser oss mest kompetent til det, men også for disse kontrollene bør integreres i almenmedisinen og som tilbud for hele befolkningen.

Disse omdiskuterte og til dels utskjelte helsekontroller kan etter min mening få en verdifull dimensjon hvis de omfatter fire elementer.

For det første en primær profylaktisk veiledning i generelle helseproblemer og risikofaktorer som røyking, stress, kost, mosjon, overvekt osv.

For det andre en målrettet alders- og kjønnsspesifikk screening for bestemte sykdommer som blodtrykk, livmorhalskreft m.v.

Kontroll av enkelte yrkesbetingete påvirkninger f.eks. av tungmetaller og gasser avhengig av arbeids-situasjonen hører med her.

For det tredje skal kontrollen ta opp de plager og symptomer vedkommende har og som han ikke har gått til lege med eller som ikke er tilfredsstil-lende behandlet.
Tidligere helsekontroller har vist at dette ofte er et viktigere og nyttigere aspekt enn oppdaging av ny sykdom.

Det fjerde element er en omsorgsfunksjon, det å lin-dre - trøste, vise medmen-neskligget overfor per-soner som kanskje har behov for nærbet og kontakt - en samtale om livsproblemer, familiære eller yrkes-messige.

En viktig forutsetning er at denne helsekontrollen blir gjennomført av familiens faste lege, og da blir den et verdifullt sup-plement til vår personlige

forpliktende, omfattende og kontinuerlige almenmedisinske praksis. På denne måten kan vi sikre bedre oppfølging, unngå unødig dobbeltarbeid, letttere vurdere tvilstilfelle og vi kan legge spesielle kontroller inn i den vanlige almenmedisinske virksomhet.

I den enkelte kommune skulle det ikke være uoverkom-melig å lage en prioritert plan om utbygging med spesiifisert innhold og tids-intervall for de forskjellige grupper avhengig av tilgangen på personell og ressurser i primærhelse-tjenesten.

I Norge er det utført flere arbeider om innhold og om-fang av en livslang helse-kontroll for hele befolk-ningen - selv om man kan-skje i for stor utstrekning har koncentrert seg om det vitenskapelige grunnlag for screening alene.

Hvis helsekontrollene blir overført fra bedriftene til arbeidstakerens faste lege, er det en forutset-nning at både han selv, be-driftens ledelse og verne-ombud kjenner denne til-knytning og samarbeider med almenpraktikeren.

Hver nordmann sin faste al-menpraktiker må tilstreb-es - enten det nå skjer gjen-nom et listesystem eller geografisk regionalisering.

Min modell omfatter altså tre hovedgrupper arbeids-takere og bedrifter.

1. Store industrier og nær-inger med spesielle miljø-problemer. Her trenges heldags yrkesmedisinsk ekspertise.

2. Mindre og spredte indu-strier med visse arbeids-miljøproblemer. Her trenges deltidsbe-driftsleger som sammen med verneombudene har til-syn med arbeidsplassene og som samarbeider med yrkesmedisinsk ekspertise ved arbeidstilsynets dis-triktskontorer. Den en-keltes helsekontroller ivaretas av den faste pri-mærlegen og bedriftshelse-tjenesten samarbeider med denne.

3. Små bedrifter og næringer uten spesielle miljøprob-

lem.

Disse skal etter min me-ning ikke ha medisinsk personell i det hele tatt. Verneombudene samarbeider dels med sitt lokale arbeidstilsyn og dels med den enkelte arbeidstakers lege som da står for den rutinemessige helsekon-troll.

På denne måten kan arbeids-miljøproblemer bli tatt hånd om mer spesifikt yr-keshygienisk, og helsekon-trollene bli en integrert del av almenmedisinen. Vi trenger da en begrenset utbygging av yrkesmedisi-nen, og en grundig opp-rustning av primærhelse-tjenesten som vil komme hele befolkningen til gode.

Denne organisasjonsmodellen vil etter det jeg kan for-stå ikke behøve å komme i konflikt med de gjeldende lover og forskrifter for bedriftshelsetjenesten.

Hvorledes dette skal finan-sieres er kanskje enda vik-tigere enn en fleksibel og koordinert administrasjon. Jeg ser mange problemer her som vil kreve grundig vurdering. Men fremfor alt må vi unngå vridnings-effekter av økonomiske sær-omsorger i et ellers kom-munalt rammesystem - når nå dette vil tre i kraft.

For oss primærleger betyr dette to utfordringer. For det første må vi inn-formere befolkningen, sær-lig arbeidstakere og be-driftsledere om hensikts-messigheten av en slik dif-ferensiert modell.

For det andre må vi komme i gang med tilbud om helse-kontroller for grupper i befolkningen etter en pri-oritert plan integrert i vår almenmedisinske praksis.

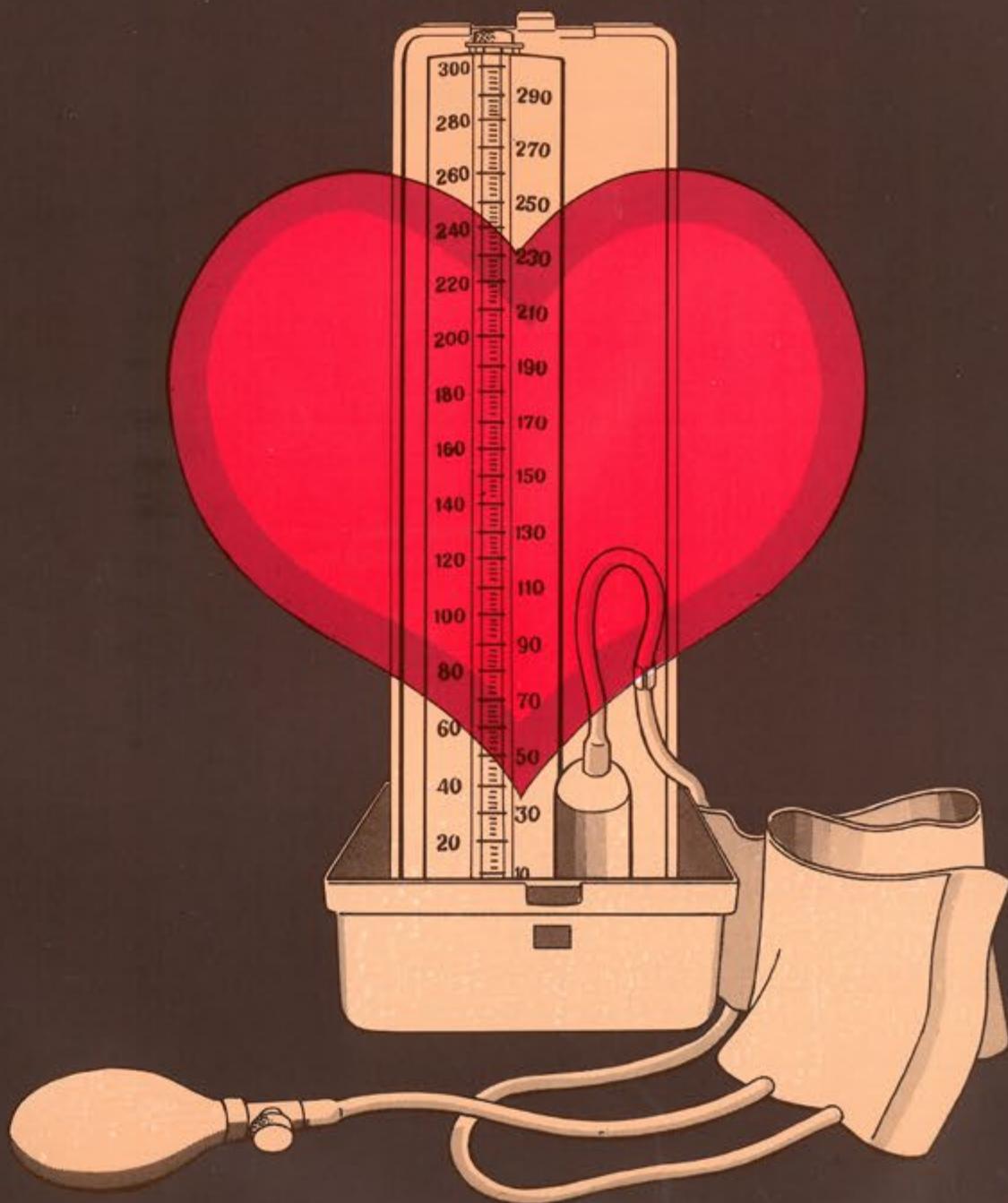


Seloken®

(meloprolol)

ved HYPERTENSJON

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



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

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



Hässle
hjerte kar

Seloken®

(metoprolol)

Original substans fra Hässle

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

I seg selv en forenkling for lege og pasient fordi:

Sitat:

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

P. K. M. Lunde
Medisinsk Årbok 1978.

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

Bivirkninger: Lette tilfeller av gastro-intestinale besvær, tretthet, depresjon og søvnforstyrrelser kan oppstre. Kalde hender og fotter kan forekomme. Nedsettelse av lungefunksjonen kan oppstre. Allergiske hudreaksjoner er sett i sjeldne tilfeller.

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

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

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

Interaksjoner:

Betablokkere C01D

β -stimulerende adrenergika blokkerer β -adrenerg effekt (Vlb)
økt hypoglykemisk effekt (Via)
økt BT-senkende effekt (Via)
bradykardi, arytmii (Via VII)
dempet disulfiram/ etanol reaksjon (VII)
myokard-depresjon (VII)
økt risiko for perifere karspasmer (Via)
økt risiko for bradykardi (Via)
økt risiko for myokarddepresjon (Via)

antidiabetika

antihypertensiva/diureтика

digitalis

disulfiram

generelle anestetika sekalealkaloider

kolinesterasehemmere

verapamil

Fra en pasient har vi fått følgende leserbrev:

SKJULT ARBEIDSLEDIGHET — LEGENES NYE HODEPINE?

Av Solveig Anderson

Nytt av tiden er vanskelig-heter på arbeidsmarkedet som går som ild i tørt gress over hele landet.

Hva er det da som skjer? Førtidspensjonering er blitt ordet - det tror man er løsenet. Arbeidsstokken, med fra 25 og til mer enn 40 års tjeneste i bedriften får føle dette på kroppen.

To alternativer er foreslått: Lege eller arbeidskontor. Egentlig bør disse formaliteter utarbeides av arbeidstedet for dem dette rammer.

En gruppe mennesker som har skjøttet sitt arbeide gjennom alle år trofast og ansvarsbevisst, ikke trakket ned legekontorer uten at det har vært absolutt nødvendig. De samme mennesker har brukt sitt arbeide som terapi for helse også i livets gjenvordigheter, og brukt den fornuft de har fått med seg i oppdragelsen. Arbeidstedet aner ikke hvilken viden og erfaring de mister. Det jeg vil ha sagt: At like før en allikevel skal gå av etter mange år, skal ordet "førtidspensjonering" komme på tale.

Dette blir sterkt følelsesbetont, en føler at ens æresbegreper trakkes på. Hvordan blir det å få ordnet opp med pensjonering? Med hensyn til legen, er det noe hjelp å få? Angående helsen så kan det nok ligge skjulte plager som ellers blir fortrent i håp om at en klarer seg til avgang de nærmeste år, i det minste må det kalles aldersendring. Men det må legen avgjøre.

Arbeidskontoret er en mulighet, men tenk etter alle år å måtte plasseres inn i et system som krever at en hver 14. dag må gå å stemple kort som arbeidsledig - EN STEILER VED TANKEN! En får håpe at det nå må bli klare bestemmelser i vårt samfunn når det gjelder uforskyldt for tidlig avgang, spesielt for de som har vært på samme arbeidsplass fra 25 til 40 år i ett strekk. Den generelle aldersgrensen må bli 65 år.

Vi ser gjerne at den yngre garde får mulighet til arbeid, også de som ikke kan følge med i vårt gode skolesystem. La det komme i gang arbeid og skole etter hvert som de får erfaring i arbeidslivet. Det er mye å hente her, det er bare å legge til rette mulighetene. Dermed får vi også igjen arbeidsgleden som jeg frykter har manglet i den senere tid. Jeg har selv hatt den gleden.

UTPOSTEN'S ALMENMEDISINSKE PROBLEM SERIE

Redaksjonen arbeider — ny oppgave og løsning på problemkasus 4 i neste nummer. Redaksjonen ønsker også flere nye oppgaver fra leserne. Har du en eller flere egnede, send de nå! Motta deretter vår stål-fyllepenn for skarpe skribenter!

Manifestasjoner ved vitamin B₁₂-mangel



- såvel til profylakse som til behandling

Betolvex

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens vitamin B₁₂-status.

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

DUMEX

NYHET FRA



URI-MED A.S.

1458 Fjellstrand

Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

EASTLEIGH MED BARE EN MATTE

Det velkjente Dri-Nite Eastleigh alarmsystem for sengevætere har etter mange år kommet med en ny modell! Til dette apparatet trenges kun en matte, laget i myk plast med trykte kretser. Dette gir en rekke brukerfordeler:

- behageligere å ligge på
- lettare renhold
- enklere instruksjon
- unngår «falsk alarm»
- raskere varsling

Selve apparatet er mindre og nettere i utførelsen enn den tidligere modellen, og drives av et lite 9 volts batteri. Lyden er en annen, og lampen blinker helt til apparatet blir slått av.

Prisen er den samme som før, dvs. kr. 500,- ekskl. mva. for et komplett anlegg.

Fakta om TETRALYSAL®

TETRALYSAL® lymecyklín har i flere arbeider vist god effekt mot Chlamydia/NGU infeksjon (3,4). Tetralysal kjenneres ved kombinasjon av høy aktiv urinkonsentrasjon og god vevspenetrasjon (såkalt både/og-effekt). Det er vanskelig å utelukke at nettopp denne egenskapen kan ha betydning for det endelige behandlingsresultat (5).

Doseringforslag – Tetralysal® (Lymecyklín)

Non gonoroisk uretritt: 300 mg × 2 i 7-10 dager.
Ved svært alvorlige infeksjoner forlenges behandlingen til 2-4 uker.

Pris pr. 1/1-81:

Dagsdosen (2 kapsler) vil variere mellom kr. 7,86 og kr. 4,53 alt etter hvilken pakningsstørrelse man velger. Spesielt sistnevnte døgn dose må sies å være prisgunstig. Derfor: Hvorfor ikke prøve Tetralysal når et tetracyklin er indisert?

Tetralysal «Erba». Tetracyklin-preparat.

Kapsler: Hver kapsel inneholder Lymecyclin aequi tetracyclin 0,15 g resp. 0,3 g. Egenskaper: Tetralysal er som andre tetracykliner et bredspektret antibiotikum med bakteriostatisk virkning. Indikasjoner: Infeksjoner forårsaket av tetracyklinfolsomme Gram-positive og Gram-negative mikrober, spirocheter, rickettsier og visse virusarter også mycoplasma. Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor tetracykliner. Nedsatt nyre- og leverfunksjon. Pyelonefritis. Graviditet. Barn under 12 år. Overvekt av resistente mikroorganismer kan forekomme (monilla og stafylokokker) blivning. Gastrointestinalt besvær, som kvalme og brekkninger og diare. Overvekt av resistente mikroorganismer kan forekomme. Glositt, stomatit, proktitt. Fotosensibilitet (og allergiske reaksjoner) kan forekomme. Glositt, stomatit, proktitt (vaginit) kan forekomme. Forsikringsregler: Ved nedsatt nyrefunksjon, særlig i forbindelse med svangerskap, kan tetracykliner ved akkumulasjon gi lever- og nyreskade! Hvis det er nødvendig å gi tetracykliner til slike pasienter, bør det foretas nyr- og leverfunksjonsprøver før og under behandlingen (eventuelt også bestemmelse av tetracyklinnivået i serum). Tetracyklin kan gi en forbigående hemming av berøksten og bør ikke brukes i vekstperioden. Under svangerskapet, særlig i 2. og 3. trimester, bør en ha for øyet muligheten for vang mistæring og enamelhypoplasia av mælketennene. Likesa foreligger mulighet for enamelhypoplasia av de permanente tenner ved behandling opp til 7-9 år. Tetracyklin bør i nevnte perioder bare brukes på klare indikasjoner, og når avveining mot alternative antibiotika er foretatt. Divalente kationer (Fe^{++} , Ca^{++} , Mg^{++} , Al^{+++}) danner chelatinteraksjoner. Divalente kationer, slik at antibiotikum absorpsjonen nedsettes forbindelser med tetracykliner, slik at tetracyklin bør derfor aldri tas utenom matidene, og spesielt ikke sammen med jern, antacidia eller melk. Fenytoin, fenyloburazon, perorale antikoagulantia, sulfonuryurea. Dosering: Voksne: 1 kapsel av 0,15 g 4 ganger daglig, eller 1 kapsel av 0,3 g 2 ganger daglig. Denne dose kan økes hvis nødvendig. Barn: Vanlig dosering 8-10 mg pr. kg. Pakninger: 0,15 g: 25 stk., 100 stk., 0,3 g: 14 stk., 20 stk., 50 stk., 100 stk.

Referanser:

- Oriel 1978, Corn.B Current therapy, Sanders, Philadelphia.
- The New England journal of medicine, I Schacter: Chlamydia infections. (second of three parts) Medical Progress. March 2nd, 1978.
- J. Wallin, Acta Universitatis Upsaliensis 212, 1974.
- K. R. Bremner, NZ med. J. No 84: 314-315, 1976.
- Fryjordet, Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 29, 1979.



For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.



**MONTEDISON GROUP
FARMITALIA CARLO ERBA**

Samme adresse/telf. nr. som før:
Billingstadsletta 72, Boks 133, 1360 Nesbru
Telf. (02) 790760

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

NYHET!

Justeringsdose
med DELESTREK!

NYHET!



NYHET!

INDISERT

NYHET!

ved

ANGST og SØVNFORSTYRRELSE

Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktigheitsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårvæien 150 · Postbox 20 · N-1473 Skåre · Tel. (02) 70 55 20

