UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 1-2 JANUAR/FEBRUAR 1982 ÅRGANG 11

AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS:
Almenmedisinske perspektiver 2

OLE BJØRN HERLAND
Handledarkurs i allmänmedisin 3

JAN OTTO SYVERTSEN
Hvem skal forvalte prevensjon 6

STEINAR WESTIN/
ARNE IVAR ØSTENSEN
Hvordan lære almenmedisin i Almenpraksis 10

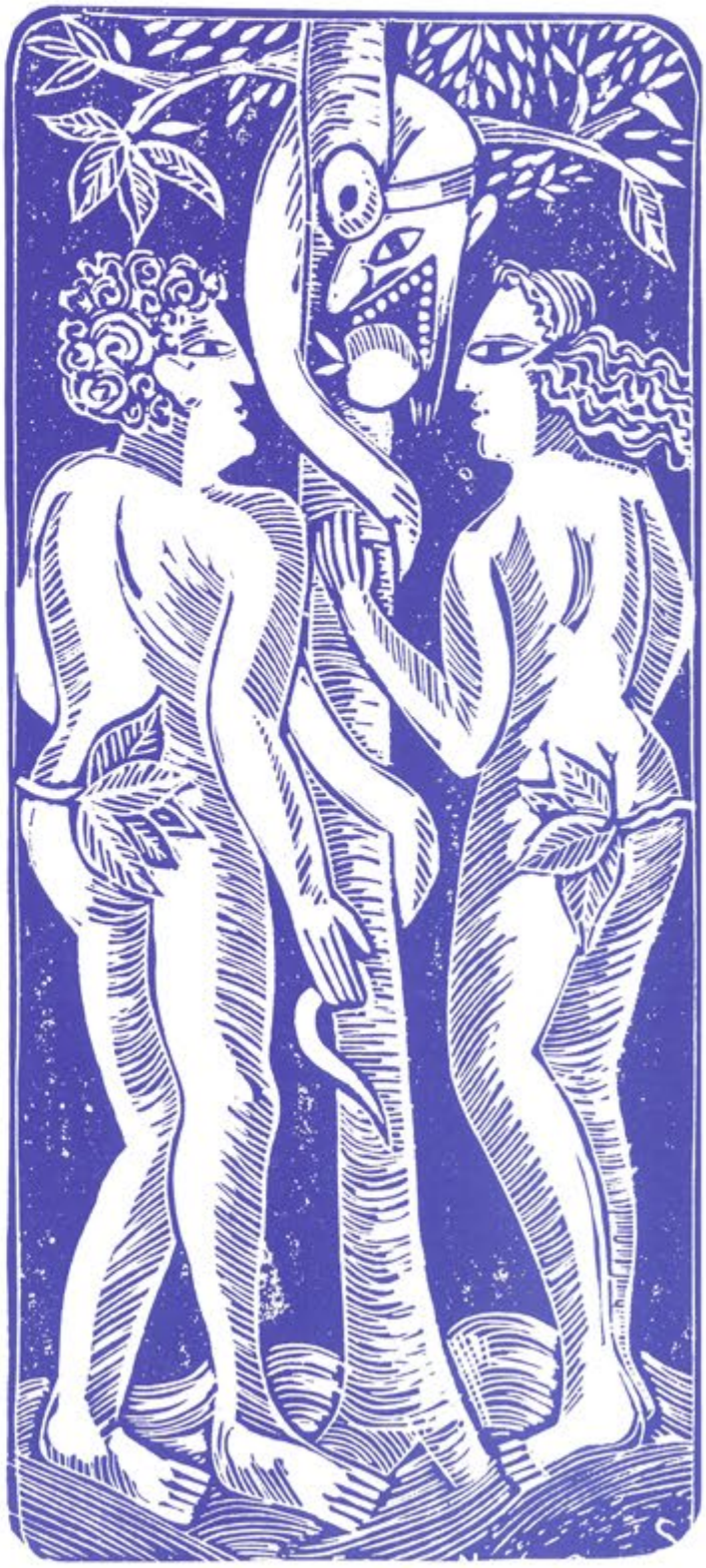
DAG SØVIK
Solstrandkurset 1982 .. 12

Utpostens problemserie 13

KNUT ARNE HOLTEDAHL
En fransk praksisstudie . 19

PER WIUM/
IVAR SØNBØ KRISTIANSEN
Distriktslege 1982 20

Nytt fra almenmedisinsk forskningsutvalg 21



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:
Knut Sveen
Abonnement:
Kr. 100,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Almenmedisinske perspektiver

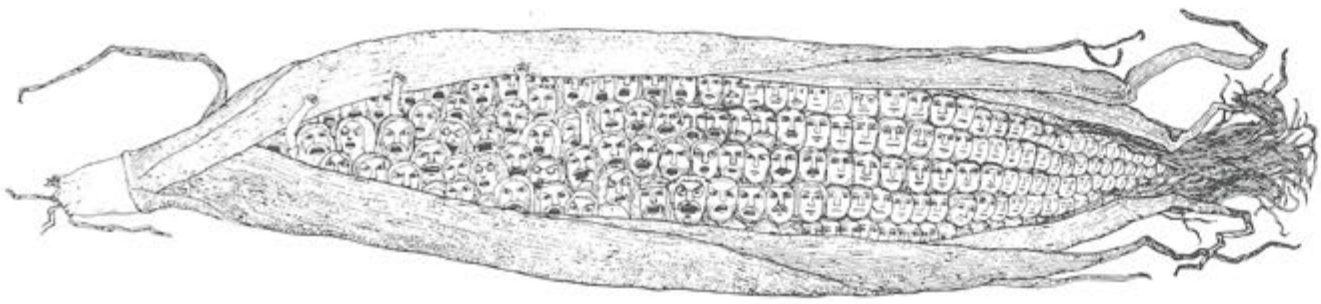
I en tid hvor majoriteten av våre medisinske studenter skal utdannes til primærmedisinsk virksomhet er det viktigere enn noen gang at utdannelsen får en riktig profil. En bør være riktig skodd i distriktshelsetjenesten hvor hospitalets goder med koleger og teknisk ekspertise i nærheten mangler. Almenmedisinske karakteristika må oppleves i praksis, hvor den almenpraktiserende lege er lærer. For et år siden skrev vi at man burde foreta en akademisk loftsrydding ved våre medisinske fakulteter, og skaffe plass for mer almenmedisin i studiet. Vi gjentar det i dag, få almenlegen mer aktivt med i undervisningen ingen, et rettferdig krav i en tid hvor opptil 95% av studiets pensum hentes fra institusjonens medisin.

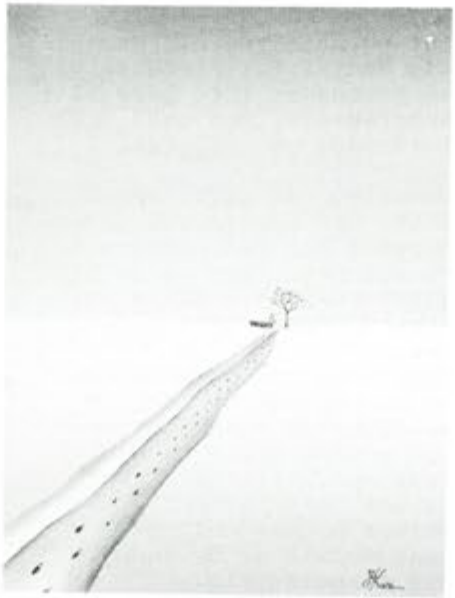
Det arbeides for fullt med opprettelse av almenmedisin som spesialitet. Dette vil bli et godt vidre utdannelse tilbud til våre kommende koleger og gi dem en fullverdig spesialistutdannelse i faget. Hoved utdannelsen bør skje i almenpraksis under kyndig veiledning av erfarne kvalifiserte almenleger. Det er viktig at de komiteer som utreder utdannelsens innhold gjør denne delen så innholdsrik og variert som mulig, slik at kurative og forebyggende medisinske oppgaver kommer i en viss balanse. Det er også viktig at de som idag er almenpraktiker DNLF gis et tilbud om nødvendig tilleggsutdannelse som kvalifiserer til full spesialist status.

I dette arbeidet er det viktig at man legger vekt på ikke bare kunnskap og ferdigheter men også holdninger, slik at prinsippene i det grønne hefte til tenke komiteen: nærhet, trygghet og kontinuitet ivaretas for pasienten i almen praksis.

Utposten bringer i dette nummer to artikler om temaet veiledet almen medisin. Begge tar opp en rekke problemstillinger som må tas stilling til. Redaksjonen oppfordrer lesere til å sende synspunkter på dette, slik at vi kan få en åpen debatt om utdannelsens innhold og form.

Aage Bjertnæs





Referat fra «Handledarkurs i Allmänmedicin»

Av Ole Bjørn Herland, 3710 Siljan

Vi kan misunne vårt broderfolk i øst Ingemar Stenmark og Bjørn Borg. Når det gjelder almenmedisin, har de ikke vært tilsvarende verdenstopper. Vårt (mitt?) inntrykk av svensk almenmedisin kan summeres kort og upresist:

1. Akutt-mottagelsene ved sykehus tar hånd om store deler av hva vi oppfatter som almenmedisinerens oppgaver. (50% kunne prof. L. Svanström fortelle).
2. Den er sterkt forankret i den biologiske sykdomsmodell. Man har hatt sterk tro på somatiske spesialiteter og indremedisinen spesielt som fundament for en god almenmedisiner.
3. Et administrativt apparat som sikrer en rimelig arbeidstid for legen og hans medarbeidere.

Vikariater i Sverige har gitt meg et bilde av en helsetjeneste med rikelige økonomiske ressurser, særlig sett med en norsk distriktsleges øyne.

Inntrykk fra 2. nordiske kongress i almenmedisin i Bergen 1981 ga mange signaler om at svensk almenmedisin er i rask og spennende utvikling. En av lederne, den nyvalgte formann i SFAM, Bengt Linder, inviterte meg til å delta i et handledarkurs i almenmedisin. Dnlf's fond til videre- og etterutdannelse av leger fant det også interessant at en norsk lege kunne hente inntrykk og inspirasjon til vår egen utvikling.

I Sverige har man vedtatt nye regler for spesialiteten almenmedisin. Det skal ta 4,5 år for å få spesialiteten i likhet med de andre spesialiteter.
Tjenesten har følgende sammensetning:

Almenmedisin	24	mndr.
Almen indremedisin	12	"
Almen psykiatri	6	"
Geriatri (långvård)	4	"
Pediatri	4	"
Gynekologi	4	"

6 mndr. av tiden i almenmedisin kan avtjenes innen kirurgiske spesialiteter (gen. kirurgi, ØNH osv.)
De såkalte FV-block (FV= fortsatt vidareutbildning) i almenmedisin tar sikte på at tjenesten startes og avsluttes i almenpraksis. Under hele tjenesten skal FV-legen ha sin personlige "handledare" som også skal holde kontakten gjennom sykehustjenesten.

1. kursdag skisserte Bengt Linder rammene for FV-tjenesten ved en 2-legestasjon med full bemanning.
Rammer og regler ble klart definert som vanlig er når svensker legger planer. Vi fikk også klarlagt ansvar og krav til handledaren.
At han bør ha spesialistkompetanse i almenmedisin, er klart.
Arbeidsoppgavene må handledaren til en viss grad definere selv. Det er regnet med at handledaren skal bruke ½ dag/uke/FV-lege. Han må legge opp dagen slik at det blir plass til daglig handledning og evaluere om kunnskap virelig gis til FV-legen.

De 17 deltagerne ble delt i 4 grupper som hver skulle se nærmere på de forskjellige deler av FV-tjenesten. Her ble detaljert planlagt hva som bør/skal skje fra før FV-legen kommer til han står ferdig som spesialist i almenmedisin. Det er viktig å merke seg at vi vurderte arbeidet såvel på legestasjonen som bruk av kontaktnettet utenfor. Under sykehustjenesten er det naturlig å holde ham "varm" for almenmedisin. Tilbake i avsluttende fase vil han være en ressursperson som kan utnyttes til andres etterutdannelse. FV-legen skal videre legge fram et enkelt prosjektarbeide.
Allerede her synes 2 momenter klare:

1. Videreutdannelse i almenmedisin synes å gi en langt bedre handledning enn det man får på sykehus i dag.
2. Handlederne får en sentral plass i almenmedisinens utvikling.

Sakari Öistämö pekte på handledningens pedagogikk og vansker som kan oppstå. Fv-legen skal være selvstendig, men handledaren vil selvfølgelig virke sterkt inn. Både i forholdet til pasienter og øvrig personale kan fort kinkige trekantforhold oppstå.
Bengt Linder nevnte de mange roller handledaren får: Lærer, ansvarstager, bedømmer, personifisering av yrkesrolle, teammedlem, inspirator, kollega osv....

Som mål å streve etter for handledaren til å overføre på FV-legen ble sagt: yrkesidentitet, selvfølelse, kunnskaper, ferdigheter, holdninger, uavhengighet og pedagogisk erfaring.

I paneldebatt med sykepleiere og andre ansatte ved en vårdcentral ble som kanskje viktigste moment

holdt fram at mange utenom FV-legen trenger handledning og etterutdannelse.

Mange nordmenn kjenner fra før psykiateren Gerdt Wretmark. Han fikk en formiddag til å lære oss om terapeutiske holdninger, interpersonelle relasjoner og samtalekunst.
På videobånd viste han oss forskjellige legetyper personifisert ved ham selv. Hans affektive, eksplorative, lyttende og ærlige gjensvarsmodeller fortjener nærmest et referat alene. Det var så absolutt Wretmark som fikk påvirket mine egne holdninger mest under disse kursdagene.

Så kom turen til pedagogen - Ulla Riis. Hun satte pedagogikken inn i historisk sammenheng. Til slutt belyste hun mere grundig dagens metoder - den prosjektrelaterte pedagogikk. Hun lærte oss at et prosjektarbeide er:

- innlæringsform
- arbeidsform
- samarbeidsform
- utgangspunkt i virkelige problemer
- vekselspill teori/praksis
- resultat - om ikke løsning til nytte for andre
- begrepsutviklende

Det gir:

- kunnskapreproduksjon
- kunnskapsproduksjon

Etter 1000 nyttige tips om AV-hjelpemidler ble vi satt på våre prosjektarbeider som skulle bearbeide fram til del 2.

Prosjektarbeidene var:

1. Samarbeidsformer i FV-tiden mellom primærhelsetjenesten og indremedisinsk avdeling.
2. Forslag til tjenestegjørings- og utdannelsesprogram for AT-lege på vårdcentral (turnustjeneste).
3. Rammer for FV-legenes almenmedisinske utdannelse i Jønkøpings län.
4. NLV-kurs i almenmedisin.
5. Selvevaluering.

Før vi igjen møttes, fikk vi alle oppgaver tilsendt. Opponenter var utnevnt. Dermed fikk man ikke bare innsikt i eget prosjektarbeide, men måtte også gå mer aktivt inn i hvert fall et annet. En lærerik men arbeidssom kursform! Det bør vel også sies at samtlige oppgaver samtidig har verdi som utredningsmateriale. Av pedagogen fikk vi også attest for at de fleste kriterier for prosjektarbeide var oppfylt.

Nesten samtlige kursdeltagere fikk prøve seg i rollespill med oppgaven "å ro seg ut av" en kinkig situasjon mellom FV-lege, pasient og handledare. En nyttig mental forberedelse på at hverdagen ikke bare blir interessant, men også utfordrende og krevende.

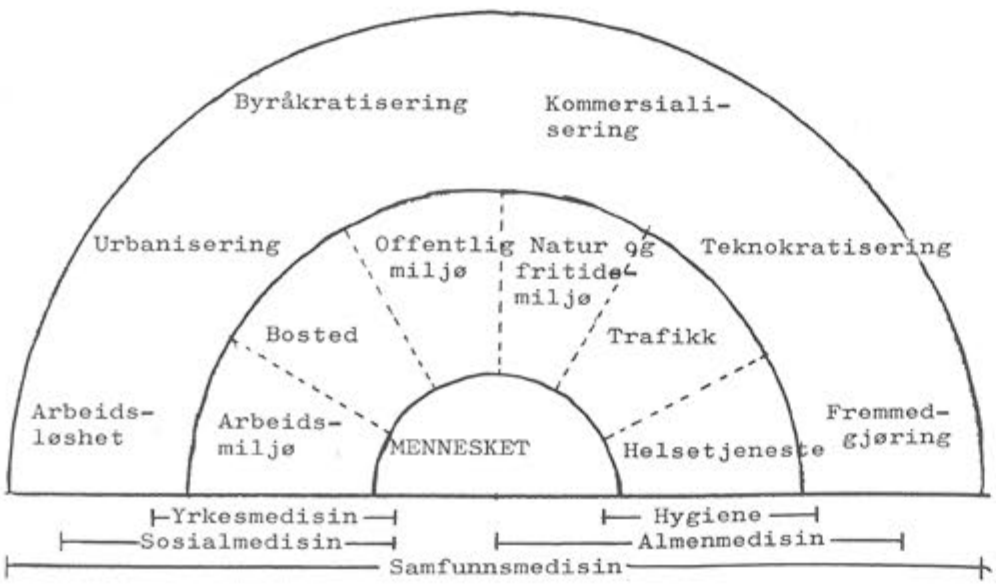
Undertegnede hadde spurt etter mer ideologisk underbygging for den enkelte å ta med seg. Her hadde man gjemt rosinen i pølsen til slutt - Prof. Leif Svanstrøm.
Han ledet oss gjennom siste formiddag til klarere begreper om forholdet mellom almenmedisin og beslektede spesialiteter. Her må det være tillatt å overbringe norske kolleger hans modell av de innbyrdes forhold: Fig.

Han fortsatte med en begrepsanalyse av almenmedisin som Ingvar Krakau har skrevet i medlemsbladet for SFAM.
Etter dette synes det å være lite som skiller almenmedisinen i våre to land. Han oppfordret almenmedisinerne til å gå sterkere inn i samfunnsplanlegging og påvirking av politikerne. Han ønsket også sterkere formell tilknytning mellom almenmedisinere og det administrative apparat.

Svanstrøm ga også en oversikt over forskningsmetoder i almentmedisin. Spesiell oppmerksomhet ble viet Pertti Kekkis arbeide fra Finland: "Analysis of relationships between re-

Menneske-
Nærmiljø-
Samfunnsstruktur-

(Etter prof. L. Svanstrøm 1980)

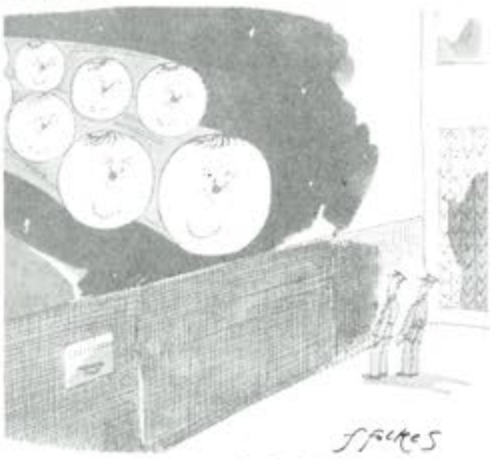


sources and use of health services in Finland".
Kekki hadde påvist at hver ny legestilling på en vårdcental i primærhelsetjenesten ga en nettofortjeneste på 148 719 finske mark i 1975 (ca.200 000 N.kr.).
Dette var som følge av redusert bruk av sekundære helsetjenester uten forringelse av kvaliteten i tilbudet til pasienten.
Han etterlyste et tilsvarende arbeide i Sverige.
Til det trenger vi EDB i primærhelsetjenesten - vi må nå innse at det er et nødvendig hjelpemiddel også for oss.

Jeg fikk ikke høre den avsluttende debatt med politikere om man kan regne med at de fine planer kan realiseres. Men når man i løpet av vinteren/våren 82 har utdannet 450 av landets 1300 distriktsleger til handledare, må man vel følge opp og gi dem arbeidsoppgaver.

Stenmark ble nevnt innledningsvis. Vi måtte selvfølgelig ta kurspause når han kjørte. Men mens hans formkurve synes dalende, er den samme for svensk almenmedisin sterkt stigende.

Takk for inspirerende dager!



"At least they're not Unidentified Flying Objects."

Newsletter

Takk for bladet og den meget nyttige gjennomgåelse av problemkasus.
Hvor skal man trekke grensen for hva man bør kunne? Er det nødvendig å kjenne til alle former for struma, eller kan noe mere overlates til spesialisten? (Hashimoto Quervain).
Jeg sammenligner her med de ofte umulige diagnoser som blir stillet når det gjelder belastningssykdommer.

1. Forleden dag kom en pasient - en gløgg kar i 50-årene, til meg og fortalte at man hadde tenkt å operere nakken for å fri ham fra hans kroniske, meget plagsomme, utstrålende arinsmerter.
Men på det sted i nakken hvor man antok at smerten kom fra, var det hverken ømhet eller nedsatt bevegelighet. Til pasientens store overraskelse forsvant smertene momentant etter lidokaininjeksjoner i fibroser på scapulaes bakflate.

2. Vedlagte nummer av Helse og Arbete forteller om en musiker som bl.a. hadde kostet på seg en reise til U.S.A. for å få helbredet de arinsmerter som hindret ham i å spille bass.

Nylig har vi i T.V. hørt om barnas rettigheter i Skomakergata. Har leger den rettighet at de har lov å være kvakksalvere når det gjelder belastningssykdommer?

Dette brevet er vel noe uhøflig, men hva skal en fortvilet kollega gjøre, som i 30 år forgjeves har forsøkt å få sine kolleger til å forstå at de ikke har lov til å neglisjere en viktig del av medisinen?

Henrik Seyffarth

"It's a front loader."

Hvem skal forvalte prevensjon?

Av: Jan Otto Syvertsen

Det må skilles mellom:

1. Generell informasjon om prevensjon
2. Individuell prevensjonsveiledning
3. Foreskrivning av prevensjonsmidler og event. applisering av slike.
4. Kontroll av brukerne.

Generell informasjon om prevensjon bør gis av en rekke forskjellige yrkesgrupper som lærere, sykepleiere, jordmødre, helsesøstere og leger.

Med uttrykket "forvalte prevensjon" vil jeg mene den som i tillegg til individuell prevensjonsveiledning også foreskriver eller appliserer prevensjonsmidler og kontrollere bruken av disse.

I denne sammenheng er det fire yrkesgrupper som bør drøftes.

1. jordmødrene
2. almenpraktikerene
3. gynekologene
4. de andre legene

Først må vi stille spørsmålet: Er det nødvendig med et prinsippielt valg?

Jeg tror det fordi planleggerne må få vite hvilken yrkesgruppe som skal opprustes for å ta hånd om oppgaven.

I Odeltingsproposisjon nr. 36 (1980-81) står det at Departementet deler Nyhusutvalgets syn på jordmødrenes oppgaver i fremtiden. Det vil si at distriktsjordmødrenes oppgaver bør endres til også å omfatte svangerskapskontroll, ledelse av fødselsforberedende kurs, veiledning om sosiale tiltak, etterkontroll av mødre samt familieplanlegging med prevensjon. Dette forutsetter en kraftig opptrapping av utdannelseskapasiteten for jordmødre.

Det ser således ut til at enkelte allerede har foretatt et valg. Er man ikke enig i dette valget må man si noe om det.

Lægeforeningen har gjort det både i sitt høringsnotat om Odeltingsprp. og i særskilt møte med sosialkomiteen.

Lovforslaget er ikke behandlet i Stortinget enda, men sannsynlig vil et lovforslag om helsetjenesten i kommunene bli behandlet i vårsesjonen 1982.

Skal vi foreta et valg må vi finne de kriterier vi skal velge etter. Jeg vil foreslå at den yrkesgruppe vi velger skal tilfredsstille følgende kriterier:

1. Teoretisk og praktisk kunnskap om alle metodene. Hvordan metodene skal gis og kontrolleres. Kunnskap om hvilke bivirkninger og komplikasjoner man kan vente samt hvordan slike skal takles.

2. Rett til å gi alle metodene.

3. Antall utøvere av yrkesgruppen og spredningen av disse må være slik at alle kvinner kan få et godt tilbud uavhengig av bosted og økonomi.

Lady Helper. "COME, JOHNNY, I'M SURE YOU CAN MANAGE ONE MORE PIECE OF CAKE."
Johnny (in a hoarse whisper). "NO, THANKY, MUM. A' CAN STILL EAT, BUT A' CAN'T SWALLER!"

4. Riktig ressursbruk må være vurdert og valget bør tilfredsstille Leonprinsippet.

5. Andre positive effekter ved valget må være vurdert. Den yrkesgruppe bør velges som best kan gi andre medisinske tilbud ved samme konsultasjon dersom det er behov for det. Det vil si en rasjonaliseringsgevinst i helsetjenesten.

5. Vårt valg av yrkesgruppe må støtte opp om en hensiktsmessig organisasjonsmodell i helsetjenesten. Vårt valg må ikke motvirke en slik modell.

Før jeg vurderer de fire yrkesgruppene opp mot disse kriteriene vil jeg si noe om:

ALMENMEDISINEN OG ALMENPRAKTIKERENES FORTID, NÅTID OG FREMTID.

Det er nødvendig for å forstå mangelen på velutbygget almenmedisinsk tjeneste i Norge og utviklingen av særomsorger. Det er også nødvendig for å forstå at den nære fremtid vil bringe tilstrekkelig med velkvalifiserte almenpraktikere som vil arbeide i en mer hensiktsmessig organisasjonsmodell.

Tidligere ble almenpraktikeren ofte kalt huslegen eller familielegen.

Per Fugelli har elegant beskrevet denne legen i sin bok "Tilbake til huslegen":

> "Denne leges pasient er ikke bare en kropp, men hele mennesket. Denne leges problem begrenser seg sjelden til mennesket isolert, men omfatter ofte hele pasientens situasjon - hennes og hans nærmiljø, innbefattet hennes og hans jobb og slekt. Nøkkelordet for denne leges egenart er helhet".

Lenge utgjorde disse legene en majoritet av alle landets leger. I etterkrigstiden har det vært en enorm utvikling i sykehussektoren. Utvidelser av eksisterende sykehus og bygging av nye har tatt storparten av de økonomiske og personellmessige ressurser innen helsetjenesten.
Sykehuslegenes lønninger og arbeidsforhold er vesentlig forbedret i løpet av de siste 30 år. Unge leger har de senere år følt at tjeneste på sykehus og spesialisering både har medført bedre vaktordning, bedre ordnet fritid og høyere status enn tjenester utenfor sykehus. Dette førte til at 90% av nyutdannede leger gikk inn i stillinger på sykehus eller i forskning.

I 1960-årene ble det stadig færre leger utenfor sykehus. I byene har den faktiske legemangel vært skjult fordi mange sykehusleger har påtatt seg legevaktkjøring og annen praksis "på si".

Samtidig med tiltagende mangel på leger utenfor sykehus, har behovet for tjenester fra disse legene tiltatt.

Syketrygden sikret etter hvert det meste av legens honorarer og pasientene fikk for mindre beløp den behandling legen kunne yte uten hensyn til egen betalingsevne. Dette var en gledelig utvikling, men førte også til nye problemer. Befolkningen fikk råd til å søke lege og gjorde det i langt større grad enn tidligere. Man ble klar over at det var et stort udekket behov for legehjelp som hadde ligget skjult under den tidligere betalingsordning. Samtidig som en bedre og mer rettferdig ordning kom befolkningen tilgode økte mengden av helseopplysning i presse, radio og TV. Folk ble mer og mer oppmerksomme på at de og de symptomer og tegn kunne bety fare og at man for sikkerhets skyld burde søke lege.

Vi har vært vitne til både god og dårlig helseopplysning. Uheldig har det i alle fall vært at man har skapt forventninger i befolkningen som vi ikke har hatt mulighet til å innfri.

Presset på alle grupper av praktiserende leger økte. En del gikk over i sykehusstillinger, men de fleste er blitt igjen og kjemper med lang arbeidstid og hardt arbeidspress.

Almenpraksis kom i miskreditt mange steder fordi det ble for få almenpraktikere i denne virksomheten og fordi man ikke hadde nok tid til hver pasient.

Det kreves tid for å gjøre godt arbeid - også i almenmedisin.

Både Lægeforeningen og offentlige myndigheter ble klar over at det var en svært uheldig utvikling innen almenmedisinen. De siste 10-15 år har det vært gjort en god del for å stimulere denne del av helsetjenesten.

Den norske lægeforening engasjerte seg bl.a. ved å gi gaveprofessorat for fem år i almenmedisin ved Universitetet i Oslo og senere ved Universitetet i Bergen. Staten opprettet Instituttene for samfunnsmedisin i Tromsø og Trondheim. Lægeforeningen fikk en fond for videre- og etterutdannelse og gjennomførte en ordning med spesialutdannelse i almenmedisin, som nå fører frem til kompetansen almenpraktiker Dnlf.

Denne kompetansen må fornyes hvert 5. år ved at legene tilfredsstiller spesielle krav til almenmedisinsk tjeneste, kursvirksomhet og sykehustjeneste i femårsperiodene.

Det er gledelig å se at vi har fått økt rekruttering til almenmedisinen de siste årene, men vi er ennå for få.

Vi venter en klar økning av tilgangen på leger totalt sett.

Vi er nå vel 9500 leger. I 1985 er det beregnet at vi blir ca. 11.000. Da blir det vanskelig å snakke om legemangel i landet totalt sett.
Vi håper at en ny lov om helsetjenesten utenfor sykehus vil virke slik at et tilstrekkelig antall nyutdannede leger tar sikte på almenpraksis. Målet er at vi i Norge bør få så mange almenpraktikere at alle norske familier kan være tilknyttet en fast lege - en almenpraktiker.
Det bør være såpass mange almenpraktikere at de får god tid til å ta seg av pasientene på skikkelig vis.

Legetjenesten utenfor sykehus kan i prinsippet lages etter to forskjellige modeller:

1. Den bygges opp med et tilstrekkelig antall generalister (almenpraktikere enten som privatpraktiserende, distriktsleger eller bydelsleger) som skal være pasientens faste lege. Ved behov søker befolkningen først sin almenpraktiker. Denne legen undersøker og event. behandler pasienten. Dersom det er behov for det, henviser denne legen pasienten til poliklinisk vurdering hos spesialist eller evnt. innleggelse på sykehus. Denne legen kan også henvise pasienten til andre medarbeidere innen helse- og sosialsektoren.

2. I den andre modellen er legetjenesten utenfor sykehus bygge opp først og fremst av en rekke forskjellige spesialister og det vi kaller særomsorger. Befolkningen søker fritt den spesialist eller særomsorg man tror passer best i det aktuelle tilfellet.

   Typisk for dette systemet er at man snakker om sin øyelege, sin øre-nese-halslege, sin hjertelege og sin gynekolog osv. Eldre går til eldreomsorgen og kvinner kan gå til egne kontorer for helsekontroll for kvinner. Spesielle sentre kan foreta screeningundersøkelse (silingsundersøkelse) for f.eks. forhøyet blodtrykk. Ved et slikt senter kan pasienter med forhøyet blodtrykk utredes, behandles og kontrolleres. Har man flere plager på en gang går man til flere leger eller flere særomsorger. Denne modellen har man sett utvikle seg i Sverige hvor man har

det man kaller åpne spesialistpoliklinikker - poliklinikker som pasientene kan søke fritt uten henvisning fra almenpraktiker.

I Sverige er man nå iferd med å revurdere dette.

I Norge har man prinsippielt sett i lengre tid satset på den første modellen, men har ikke helt greid å få dette til fordi det har vært for få almenpraktikere. Vi har sett en slem tendens til utvikling av særomsorger.

På Den norske lægeforenings landsmøte i Loen, juni 1977 ble oppsplittingstendensen av helsetjenesten utenfor sykehus tatt opp til bred debatt. Man konkluderte der med at det beste ville være å satse på almenpraktikerene som hjørnestener i legetjenesten utenfor sykehus.
Videre burde man være forsiktig med oppbygging av flere særomsorger. Lægeforeningen mener det er det beste for befolkningen og har derfor anbefalt myndighetene å satse på det.

I 1978 utarbeidet en komite innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige lægers landsforening almenmedisinens ideologi: "Tanker om morgendagens primærlegetjeneste".
Etter en grundig organisasjonsmessig behandling i disse to underforeningene av Den norsk lægeforening, ble innstillingen de norske primærlegers felles holdning overfor prinsippielle spørsmål som gjelder organiseringen av legetjenesten utenfor sykehus. Denne innstillingen passerte Lægeforeningens sentralstyre med anbefaling og ble oversendt Storting og landets kommuner.

I denne innstillingen har man bl.a. følgende definisjoner:

1. Almenmedisin er den generelle forebyggende og behandlende medisin.

2. En almenpraktiker er en lege som praktiserer almenmedisin. Almenpraktikeren trer inn i en forpliktende rolle som medfører et personlig ansvar for de individer, familier og befolkningsgrupper som søker almenpraktikerens hjelp. Dette ansvar gjelder både art av tjenester og kontinuitet. Almenpraktikeren bestreber seg på å fremme individets helse uansett sykdommens art eller pasientens livssituasjon.

Almenpraktikeren står med sin profesjonelle bakgrunn og ved hjelp av samfunnets helseapparat forøvrig som formidler og koordinator av tjenester innen alle deler av helsevesenet.

I den samme innstilling står det videre:

I likehet med distriktshelsetjenesten er det naturlig at den enkelte almenpraktiker får et nærmere definert befolkningsgrunnlag for sin virksomhet. Dette betyr nødvendigvis ikke at man kommer frem til ordninger som står i veien for det frie legevalg.

Så langt som mulig må forebyggende og behandlende legearbeid legges opp slik at de forskjellige tjenester ydes av samme lege. Dette får konsekvenser for utviklingen av særomsorger f. eks. helsestasjonsvirksomhet og bedriftshelsetjeneste. Hvis disse særomsorger føres for langt svekkes grunnlaget for en omfattende og kontinuerlig almenmedisin.

Også når det gjelder den spesialiserte medisin må man understreke begrensninger i kollegers anledning til å drive almenmedisin. Det forutsetter at spesialister behandler pasienter ette henvisning fra almenpraktikere.

Nå er to Sentralstyreoppnevnte utvalg i arbeid med viktige spørsmål som angår almenmedisin.

For det første har vi et Generalplanutvalg for faget almenmedisin som regner med å legge frem sin innstilling i løpet av få måneder. Utvalgets arbeid er basert på idelogien i "Tanker om morgendagens primærlegetjeneste" og er en praktisk videreføring av denne.

Videre er det oppnevnt et såkalt Spesialitetsutvalg for faget almenmedisin med følgende mandat:

1. Definere almenmedisin som fag.
2. Utrede behov og ønskelighet av spesialitet i almenmedisin.
3. Vurdere og komme med forslag til krav om utdannelse for en event. ny spesialitet.
4. Utrede de konsekvenser som en event. ny spesialitet vil medføre.

Slik jeg ser det er det neppe tvil om at almenmedisinen vil bli en spesialitet. Det er bred enighet om dette i utvalget. Utdannelsen vil sannsynligvis bli basert på 5 års videreutdannelse. Herav vil det sannsynligvis bli 3 år veiledet almenmedisinsk tjeneste. Det vil bli et strukturert kursprogram med obligatoriske og frivillige kurs. I tillegg vil det bli sykehustjeneste. Lengden av denne sykehustjenesten diskuteres fortsatt, men det er ingen tvil om at faget gynekologi vil få en klar plass.

Sammenfattende vil jeg så si:

Vi vet at vi om få år vil få et tilstrekkelig antall almenpraktikere i Norge - nok til å ta seg av de oppgaver samfunnet mener disse legene skal ha ansvaret for. Disse vil få en god videre- og etterutdannelse. Vi vil overveiende sannsynlig få

en bedre organisert helsetjeneste utenfor sykehus med mer forpliktende lege/pasientforhold. Alle nordmenn vil sannsynligvis få sin faste lege som de først kontakter ved behov for legetjeneste. Så langt som mulig vil forebyggende og behandlende medisin for en befolkningsgruppe bli ivaretatt av en og samme lege.

Med dette som bakgrunn vil jeg vende tilbake til dagens hovedtema: Hvem skal forvalte prevensjon?

Jeg skal vurdere de forskjellige aktuelle yrkesgrupper i forhold til de kriterier jeg nevnte innledningsvis.

Jordmødrene.

1. De kan ha god kjennskap til metodene, men har ikke praktisk erfaring med dem. Det gjelder såvel å gi tilbudene, kontrollere dem samt vurdere og takle bivirkninger og komplikasjoner.

2. De har heller ikke rett til å forskrive p-piller, legge inn spiraler eller på egen hånd sette hormonsprøyter.

3. De er for få til å påta seg oppgaven med å gi prevensjon til alle landets kvinner. Spredningen av jordmødrene er kanskje god.

4. Der som de hadde oppfylt de tre første kriteriene ville Leonprinsippet ha passet godt for denne yrkesgruppen.

5. Sammenlignet med legene har de lite å tilby av andre helsetjenester i samme konsultasjon.

6. Valget av jordmødre i denne sammenheng vil motvirke en god organisasjonsmodell i helsetjenesten utenfor sykehus fordi den vil befordre utvikling av særomsorg.

Gynekologene.

1. De har gode kunnskaper i dette emnet.

2. De har rett til å tilby hele spektret av prevensjonstilbud.

3. De er ikke mange nok til som gruppe å overta prevensjonstilbudet til alle landets kvinner og spredningen av gynekologene er ikke god nok.

4. Leonprinsippet taler i mot at gynekologene skal ha denne oppgave.

5. De vil kunne tilby tjenester innen gynekologi under samme konsultasjon, men sammenlignet med almenpraktikerne kan de ikke gi like gode tilbud innen andre medisinske fagfelt.

6. Valget av gynekologene i denne sammenheng vil motvirke en god organisasjonsmodell i helsetjenesten utenfor sykehus. Spesialister bør bruke sin tid og ekspertise på henviste pasienter fra almenpraktikerene.

Almenpraktikerene.

1. Mange har og de fleste vil om kort tid få gode kunnskaper i dette.

2. De har rett til å tilby alle metoder.

3. De er mange og blir snart mange nok med god spredning.

4. Denne yrkesgruppen oppfyller godt kravet om Leonprinsippet.

5. De kan tilby et bredt spektrum av andre tjenester hvis det trengs i samme konsultasjon. Derved oppnås en rasjonaliseringsgevinst i helsetjenesten.

6. Passer best med den organisasjonsmodell for helsetjenesten utenfor sykehus Lægeforeningen og myndighetene nå legger opp til.

Andre leger.

1. Mer eller mindre god kjennskap til og erfaring med prevensjon.

2. Har rett til å gi alle tilbud.

3. Mange leger av forskjellig kategorier med varierende spredning.

4. Leonprinsippet passer dårlig.

5. De kan gi andre helsetjenestetilbud ved samme konsultasjon innen fagområde, men fagspektret vil være smalere enn almenpraktikerenes.

6. Passer dårlig med den organisasjonsmodell Lægeforeningen og myndighetene legger opp til.

Sammenfattet kan vurderingen fremstilles i følgende skjema:

Konklusjon.

Jordmødrenes oppgave i forbindelse med prevensjonsveiledning bør først og fremst være generell informasjon. Også helsesøstre bør delta aktivt i dette.

Forts. s. 13

HVORDAN LÆRE ALMENMEDISIN I ALMENPRAKSIS?

Av Steinar Westin og Arne Ivar Østensen

En vesentlig forskjell mellom sykehustjeneste og almenpraksis idag hva angår utdanningsmessig utbytte, er at sykehustjenesten foregår i et faglig miljø med høy grad av kollegial påvirkning og samarbeid. Dertil har de fleste spesialavdelinger strukturerte videreutdanningsprogrammer for underordnede leger i tillegg til mer tradisjonelle kurs. Fra et utdanningsmessig synspunkt er det en svakhet ved tjeneste i almenpraksis at enhetene er små og at det løpende kliniske arbeidet ofte foregår uten kollegial kontakt og gjensidig læring.

Denne forskjellen må nødvendigvis være et stort problem for alle de av oss som med stor selvfølgelighet hevder at den fremtidige spesialiteten i almenmedisin må ha tjeneste i almenpraksis som sentralt utdanningselement.

Derfor vil vi allerede nå legge fram noen tanker om hvordan denne delen av den almenmedisinske spesialistutdannelsen kan tilrettelegges. Det får være en opptakt til den diskusjonen som i alle fall må komme når Prytz-komiteens innstilling foreligger.

Almenmedisin med supervisjon.

En faglig forsvarlig veiledning under tjenesten i almenpraksis vil gjøre det nødvendig å bygge opp et utdanningssystem som gir kandidatene mulighet til å arbeide en tid i lærepraksiser under supervisjon av godkjent veileder i almenmedisin.

Supervisjonen kan bestå i regelmessige møter med veilederen der man drøfter kliniske problemstillinger. Videre er det naturlig at veilederen observerer kandidaten i arbeid med jevne mellomrom og benytter slike observasjoner til en løpende evaluering av kandidatens arbeid. Bruk av video-opptak eller "enveisvindu" kan være nyttige hjelpemidler i denne sammenheng.

Som et ledd i tjenesten i almenpraksis under veiledning bør man sikre seg at utdanningskandidater i samme region, evt. fylkesvis, med jevne mellomrom samles til strukturerte seminarer under ledelse av en eller flere av veilederne. Her bør kandidatene selv legge fram og diskutere faglige temaer, kliniske problemstillinger, gjennomgå spørsmål knyttet til lege/pasientforholdet, presentere emnerettede innledninger til diskusjon osv. Også her kan videoopptak av konsultasjoner gi anledning til fordypning i spesielle sider av det daglige arbeidet. Et slikt utdanningsprogram bør eventuellt kunne erstatte noen av de tradisjonelle kurstimene. Det bør i såfall utarbeides et program for hva man forutsetter behandlet i en slik seminarserie.

Krav til lærepraksiser.

Det bør stilles visse krav til de praksiser som får godkjenning som lærepraksiser.

Praksisen bør gi rimelig mulighet for arbeid både i kurativt og forebyggende helsearbeid, for å gi utdanningskandidaten den bredde i utdannelsen som faget almenmedisin forutsetter. Pasientklientelet bør ikke være for selektert, hverken med hensyn til alderssammensetning eller problemavgrensning (eks. studenthelsetjeneste). Videre bør praksisen gi anledning til medvirkning i skole- eller helsestasjonsarbeid, bedriftslegearbeid, tilsynslegearbeid, sosialmedisinsk team eller i samarbeid med hjemmesykepleien.

I de fleste norske distrikter vil dette knapt være noe problem. Men i byene bør man innarbeide noen slike krav til godkjenning av lærepraksiser.

Hvordan utdanne veiledere i almenmedisin?

Det synes naturlig å ta utgangspunkt i en stamme av erfarne almenpraktikere, og gi disse tilbud om en videreutdanning med vekt på klinisk almenmedisin, samfunnsmedisinske fag, pedagogikk og trening i gruppe- og supervisjonsarbeid.

Gjennom noen år kunne man tilby disse å gjennomføre et videreutdanningskurs som nevnt ovenfor med anslagsvis 1-3 mndrs. varighet. Fullført kurs burde være grunnlaget for å godkjenne disse som fullverdige spesialister i almenmedisin. Kurset må gi tilstrekkelig trening og kompetanse i pedagogisk arbeid og supervisjon, slik at enhver spesialist i almenmedisin også får rett til å ha utdanningskandidater under supervisjon.

Særlig i oppbygningsfasen for en almenmedisinsk spesialitet kan det være hensiktsmessig at godkjenning som spesialist i almenmedisin samtidig innebærer godkjenning som veileder for nye utdanningskandidater. Etter noen år ville dette gi et så stort antall godkjente veiledere at den formaliserte utdanningen i almenmedisin ikke skulle behøve å kreve noen større geografisk mobilitet. Veiledere og lærepraksiser må med andre ord finnes spredt over hele landet.

Tilrettelegging av et utdanningssystem.

I tillegg til utdanning av et tilstrekkelig antall praksisveiledere, er det også andre praktiske problemer som må løses.

Ved framtidig planlegging av almenpraksisenheter må man ha for øyet at det avsettes kontorplass for kandidater under videreutdanning. Dette har langt på vei latt seg løse for turnuskandidatene i distriktene, og bør vel også kunne tilrettelegges for et almenmedisinsk videreutdanningssystem. Eksisterende gruppepraksiser eller helsesentra kan for eksempel åpne plass for en utdanningskandidat når et kontor blir ledig ved naturlig avgang.

Videre må man utarbeide normer for avlønning av praksisveilederne, og ihvertfall sørge for at det gis anledning til å ivareta slike oppgaver innenfor arbeidstiden i den kommende kommunale helsetjenesten.

Det utdanningssystemet som foreslåes vil også kreve opprettelse av regionale eller fylkesvise råd eller utvalg, som kan forestå den løpende tilretteleggelse av utdanningsprogrammet, godkjenne lærepraksiser, se til at den løpende seminarvirksomheten for utdanningskandidatene blir arrangert, medvirke ved selve spesialistgodkjenningen osv. Her kreves et nært samarbeid mellom kolleger fra APLF og OLL. Kanskje kan et Norsk selskap for almenmedisin, det er som kjent like rundt hjørnet, bli den instans som kan ivareta denne funksjonen?

Eksamen eller avhandling.

En formell eksamen ville utvilsomt bidra til å styrke utdanningskandidatenes motivasjon for å tilegne seg kunnskap under videreutdannelsen. Likevel vil vi ikke fremme noe slikt forslag, blant annet fordi det bryter for mye med norsk tradisjon i videreutdannelsen til de øvrige spesialitetene.

Derimot tror vi det ville ha stor utdanningsmessig verdi om man i videreutdannelsen bygget inn krav om å utarbeide en avhandling om et emne innen det almenmedisinske fagområdet. Denne avhandlingen behøvde ikke nødvendigvis bygge på empirisk forskning, men kunne like gjerne bestå i å systematisere kunnskaper på et avgrenset felt, utarbeide begrunnende forslag til utrednings- eller behandlingsprogrammer for visse lidelser osv. Et slikt krav om å fordype seg i et særskilt tema ville ha en betydningsfull modningseffekt for kandidatene, foruten at det ville tilføre det almenmedisinske fagområdet mer av den systematiserte viten vi så sårt mangler.

Dette arbeidet burde fortrinnsvis utføres i den tidsperioden der kandidaten arbeider i almenpraksis under supervisjon.

Avsluttende bemerkninger.

God almenmedisin er stabilitet. Og vi må vokte oss for å bygge opp et videreutdanningssystem som krever så stor geografisk mobilitet at det undergraver målsettingen om "den faste lege". Et tilstrekkelig antall veiledere spredt over hele landet er en nødvendig forutsetning. Målet må være å la flest mulig utdanningskandidater gjennomgå videreutdannelsen uten å forlate egen praksis i lengre tid.

Vi er derfor ikke fremmed for tanken om at supervisjonsordninger også kan tilrettelegges for utdanningskandidater i egen praksis - også om det er solopraksis - i samarbeid med veileder fra en nærliggende godkjent lærepraksis. Ved klare avtaler om hvordan supervisjonen skal tilrettelegges, ved jevnlige besøk av veilederen og ved at kandidaten deltar i de øvrige felles faglige aktiviteter, lokale seminarer o.l. i utdanningstiden, bør slike ordninger kunne bli gode nok.

Det hele vil bygge på en sentral forutsetning: etablering av sterke lokale faglige miljøer av almenmedisinere. Vi er oberbeviste om at det ligger betydelige uutnyttede ressurser utover landet i grupperinger av faglig bevisste almenpraktikere og distriktsleger. En organisering av disse kreftene, om det nå kommer til å hete et "selskap" eller ikke, kan gi det nødvendige apparat som må til for å tilrettelegge spesialistutdannelsen på regional basis.

I denne artikkelen har vi bevisst unnlatt å diskutere sykehustjenestens varighet, krav til sideutdannelse, antall kurstimer osv.. Vi har ikke engang gått det obligatoriske pliktløp med gode argumenter for å etablere en spesialitet i almenmedisin. Dette siste skal vi bøte på med en anekdote fra virkeligheten:

En av forfatterne besøkte hovedkvarteret til Royal College of General Practitioners i London sammen med en gruppe studenter, for vel et år siden. Under gjennomgåelse av forholdene i britisk almenmedisin presenterte en engelsk kollega den nye forordningen om at det nå kreves minimum 3 års videreutdannelse før man som almenpraktiker i England kan få **Forts. s. 21**

SOLSTRANDKURSET 1982

Som vel de fleste medlemmer av APLF og OLL har registrert, er Solstrandkurset 1982 flyttet fra høst-tid til vår-tid.

Kurset i år arrangeres i uke 22: I dagene mandag 31.mai (2.pinsedag) t.o.m. lørdag 5.juni.

Denne uken er det "Festspill hele uken", idet Festspillene starter onsdag 26.5. og slutter onsdag 9.6.
Kombinasjonen med kurs på Solstrand Fjordhotell i Os og Festspill i Bergen, samt det aldri sviktende Festspill-vær, skulle være aldeles ideell.

P.g.a. uheldige omstendigheter er annonseringen av dette kurset ikke kommet med i Kurskatalogen. Kurskommiteen ønsker derfor å henlede oppmerksomheten på kurset.
I Tidsskrifter nr. 2 for iår sto det en orientering om kurset, og i ralativt nær fremtid vil du, kjære leser, som er medlem enten av APLF eller OLL motta ytterligere orientering og påmeldingsblankett for dette kurs.

Som ved tidligere kurs er dette også beregnet på leger i almenpraksis og distriktsleger i kombinert praksis. Kurset arrangeres av Almentpraktiserende legers forening og Institutt for almenmedisin i Bergen. Også dette kurs vil ble et hotell-kurs med faglig program hver formiddag og de fleste ettermiddagene. I tillegg vil det bli arrangert noen fellesutflukter til arrangement i Festspill-byen, samt at det jo vil bli anledning for den enkelte å ta del i arrangement som måtte interessere spesielt.

Det foreløpige kurs-program omfatter følgende tema:

Mandag:
Tema: Hudtumores.
Præligne og maligne.

Tirsdag:
Tema: Lever-, galleveier- og pankreas.

Onsdag:
Tema: Når livet nærmer seg døden.

Torsdag:
Tema: Gynekologi og svangerskapskontroll i almenpraksis.

Fredag:
Utdeling av Solstrandprisen 1982.
Prisoppgavenes ordlyd og fremgangsmåte for å levere dette er tatt med senere i denne orientering.

Videre vil det på fredag komme gjesteforeleser fra England v/John Horer, president i The Royal College of General Practitioners.
I tillegg vil det være en egen sesjon med kontakt mellom foreningens medlemmer og sentralstyret.

Lørdag:
Tema: APLF's fagforeningsdag.

Deltagerantallet er begrenset til 80. Det er anledning for ektefeller å være med og i en viss utstrekning kan også barn taes med. Det vanlige har vært at barn har kunnet benytte ekstrasenter på foreldrenes dobbeltrom.

Kursavgiften er kr. 350,-, i tillegg kommer selvfølgelig døgn- og kostpris til hotellet. Det er ikke mulig på det nåværende tidspunkt å angi aksakt hvor stort dette beløp blir.

Den arbeidssomme kurskommité består av undertegnede som administrator og formann, videre er Kjell Haug, Kjell Johansen, Johan Fredrik Nilsen, og Grettir H. E. Schwarze med i kommitéen.

På vegne av kurskommitéen uttrykker jeg ønsket og håp om at flest mulig av våre kolleger finner veien til Solstrand til faglig fornyelse og kollegial berikelse.

Videre følger tekstene og orientering for prisoppgavene, dette er tidligere sendt ut bl.a. i september 1981.

I forbindelse med Solstrandkurset 1982 utlyses det prisoppgaver.
Det vil bli utdelt 2 priser:
-En pris for best besvarelse av oppgave A,
-En pris for best besvarelse av oppgave B eller C.

Vestlandsbanken L/L og Norsk Kollektiv Pensjonskasse A/S stiller midler til disposijon for 2 priser, hver på kr. 3.000,-.

Vinnerne vil ble invitert til å presentere besvarelsen i form av en forelesning av 20 minutters varighet fredag 4.juni 1982.

Oppgavenes ordlyd er følgende:

A.
Almenpraktikerne i Norge kan tenkes å arbeide på forskjellige premisser.
1. De kan arbeide uten noe definert ansvar overfor en befolkningsgruppe.
2. De kan få ansvar for et visst antall personer (listelystem).
3. De kan arbeide etter et listesystem og i tillegg ha ansvaret for et geografisk område.

Drøft fordeler og mangler ved de 3 systemer.

B.
Senkningsreaksjonen.
I almenpraksis tar man senkning både på kontoret og i sykebesøk. Ulike fysiske faktorer kan påvirke blodprøven slik at senkningshastigheten forandres. Vurder betydningen av dette basert på egne undersøkelser.

C.
Flere større og mindre norske registreringer i almenpraksis viser hvilke diagnoser pasientene får. Vi vet imidlertid lite om hvilke årsaker som fører til legekontaktene. Beskriv disse årsaker slik pasientene presenterer dem ved konsultasjon eller sykebesøk i relasjon til din diagnose.

Besvarelsen merkes med en kode. Samme kode skrives utenpå en lukket konvolutt som legges ved besvarelsen og som inneholder navn og adresse.

Besvarelsen sendes kurskommiteen ved undertegnede innen 31.03.82.

Med vennlig hilsen
Kurskomiteen for Solstrandkurset 1982.

Dag H. Søvik,
5300 Kleppestø.

Forts. fra s. 9

Gynekologenes oppgave bør først og fremst være å ta hånd om de pasienter som henvises fra almenpraktikerene. Dernest skal de bidra i undervisningen av legene og være konsulenter for disse.

I forbindelse med utdannelse av gynekologer og behandling av pasienter som befinner seg hos disse spesialistene og ved sykehus er det naturlig at en del prevensjonsveiledning vil bli gitt. Men dette må ikke bli i en slik grad at det virker oppsplittende på helsetjenesten utenfor sykehus.

Gruppen andre leger bør konsentrere seg om egne fagområder og være tilbakeholdende med det som naturlig hører inn under almenmedisin. I alle fall bør enhver lege som foreskriver et prevensjonsmiddel være villig til og ha mulighet til kontroll og oppfølging ved bivirkninger og komplikasjoner.

Faglig, ressursmessig og organisasjonsmessige grunner taler for at man bør satse på almenpraktikerene når det gjelder hvem som skal forvalte prevensjon. Det er denne yrkesgruppen som må rustes opp både i antall og kunnskap for å ivareta denne oppgaven godt.

Den som ønsker hjelp til prevensjon bør først og fremst søke sin faste almenpraktiker. Hvorvidt dette er i legens praksis eller på helsestasjonen er et organisasjonsmessig spørsmål. På helsestasjonene vil en viktig del av den forebyggende almenmedisin bli utført og de fleste leger der vil være almenpraktikere. Men dersom ikke pasientens faste lege er på helsestasjonen bør pasienten søke denne legen i sin praksis.

"So much for the meaning of life. You wouldn't happen to know the cause of a transmission whine in my VW bus?"

UTPOSTEN'S

Kongress

X. WONCA WORLD CONFERENSE
on Family Medicine,
Singapore.

I dagene 20.-24. mai 1983 vil det bli avholdt en verdenskonferanse i Singapore.

Det bes nå om forslag til program. Sammendrag av foredrag, f.eks. med presentasjon av prosjekt (inntill 400 ord) skal sendes:

Dr. Frederick Samuel
Chairman, Scientific Sub-Committee
Tenth World Conference
4 A, College Road
Singapore 0316.

UTPOSTENS ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE

Etter at vi i forrige nummer signaliserte av vi overveide å innstille problemserien, har vi fått flere brev med oppfordringer om å stå på. Vi innrømmer gjerne at vi er svake for ros, så svake at vi nå bretter opp armene og serverer et nytt problem.

Denne gangen gjør vi et stort sprang fra de to foregående oppgavene med sterkt somatisk tilsnitt - til en oppgave som berører de sosialmedisinske sidene ved vårt arbeid. Her er det ikke lenger snakk om å finne den ene riktige løsning. Det gjør det desto mer spennende å se hvordan vi som primærleger velger å forholde oss til den type problem Elsa Andersen stiller oss overfor.

La oss gjenta at hvert spørsmål besvares for seg med et tall på skalaen fra 1 til 5, der 1 betyr helt uenig og 5 betyr helt enig (se forklaring på neste side). Begge tallkolonnene bør utfylles, slik at venstre kolonne kan beholdes som kopi.

Som tidligere må vi også denne gangen sette svarfristen til 10 dager etter at dere mottar dette nummer av UTPOSTEN.

Steinar Westin/
Arne Ivar Østensen

Se neste side

PROBLEMKASUS 1/1982:

Elsa Andersen

Motstående side er delt i to, slik at høyre halvdel kan klippes fra, brettes, heftes eller tapes sammen, og sendes i posten.

Begge tallkolonnene må være utfylt, slik at du selv beholder kopi av dine svar på gjenstående del av arket. Oversikten over hvordan oppgaven er besvart følger i neste nummer av UTPOSTEN.

Elsa Andersen er 58 år, gift og bor på et lite tettsted, 3 kvarters reise fra nærmeste by. Her har hun vært konfeksjonsarbeider uavbrutt fra hun var 20 år, bortsett fra 8-lo år mens barna var små. Mannen er nylig blitt uførepensjonert på grunn av dårlig rygg og høyt blodtrykk.

Fru Andersen har vært endel plaget med åreknuter og hovne ben. Hun har vegret seg for å la seg operere.
Bena har likevel plaget henne mindre etter at hun for 5 år siden fikk lettere arbeid som kontrollør. Tidligere betjente hun flere vevstoler. Hun tror det kan være grunnen til at hun i mange år har hatt vondt i nakken og lett for å få hodepine.

Fru Andersens store problem oppsto da konfeksjonsfabrikken for et år siden innskrenket driften og sa opp 2/3 av arbeidsstokken. Hun meldte seg ledig på arbeidskontoret og har siden bare hatt arbeidsledighetstrygden å leve av. Hun har ikke fått seg annet arbeid der de bor.

Som den stedlige distriktslege får du fru Andersen på kontoret. Hun forteller at smertene i nakken er blitt mye verre de siste par dager. Hun virker oppgitt, deprimert og klager over dårlig søvn.
Under samtalen kommer det fram at hun ikke lenger vil få utbetalt dagpenger fordi hun nettopp har avslått å ta imot et tilbud fra Arbeidsformidlingen om arbeid på en kjeksfabrikk i byen.
Hun hadde sagt at hun ikke kunne klare stående arbeid med de dårlige bena, og at det ble for langt å reise. Hun lurer på om hun har rett til å bli sykemeldt, eller om du kan hjelpe henne på annen måte.

Du kjenner henne godt fra før og har også henvist henne til fysioterapi for nakken et par ganger mens hun ennå jobbet. I journalen har du tidligere anført følgende to diagnoser:

1. Nakkemyalgier (osteochondrosis cervicalis)

2. Åreknuter

Besvar først spørsmålene under pkt. A og B på motstående side.

Pkt. C kan besvares når du har lest følgende fortsettelse:

Et halvt år senere er fru Andersen stadig uten jobb og subjektivt plaget av nakkesmerter og hodepine. Du har vært borte fra praksis denne tiden p.g.a. sykehustjeneste, og får vite at hun har vært sammenhengende sykemeldt dette halvåret. Hun ymter frampå om "doktoren kanskje kan søke om uførepensjon for henne".
Du vurderer henne medisinsk sett som stort sett uendret de siste 3 årene, bortsett fra den subjektive forverrelsen av smertene i nakken.
Du må nå ta stilling til spørsmålene under pkt. C på motstående side:

HVORDAN BESVARE OPPGAVEN

Det skal stå ett tall i hver rute. Gjenta tallene i kolonnen til høyre som skal klippes fra og sendes inn.

Tallene betyr:

5. Helt enig: - over 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
4. Delvis enig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
3. Usikker: mellom 25% og 75% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
2. Delvis uenig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.
1. Helt uenig: over 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.

Vi forutsetter at hvert svaralternativ blir vurdert for seg. Det er for eksempel intet i veien for at du kan velge å gi alle svaralternativene samme vekttall.

PROBLEMKASUS 1/1982:

Elsa Andersen

(A) Angi med hvilken sannsynlighet du ville møte fru Andersens problem med følgende tiltak:

a) Si at hun likevel bør prøve seg i den tilviste jobben

b) Be henne anke avslaget om dagpenger

c) Sende med henne legeerklæring til arbeidskontoret om de begrensninger hun har med hensyn til yrkesvalg

d) Sykmelde henne, foreløpig for 4 uker

e) Forklare henne at dette ikke er et spørsmål om sykdom, men om mangel på høvelig arbeid

f) Be henne kontakte trygdekontorets rådgivende lege

g) Henvise henne til sosialkontoret

h) Melde osteochondrosen til Arbeidstilsynet som yrkessykdom

(B) Hvilke medisinske behandlingstiltak kunne du tenke deg å foreslå under første konsultasjon?

a) Gi henne resept på et smertestillende/muskelrelaxerende medikament

b) Henvise henne til fysioterapeut

c) Henvise henne til operasjon for åreknutene

d) Gi henne resept på et lettere nerveberoligende middel

e) "Samtaleterapi" med henblikk på å bearbeide hennes somatisering

f) Ingen konkrete behandlingstiltak

g) Gi henne resept på et sovemiddel

(C) Et halvt år senere beslutter du deg for å ....

a) friskmelde henne

b) fortelle henne at det er hennes fulle rette å søke om uførepensjon ...

c) ... men at du for din del tror hun vil få avslag

d) råde henne til å søke om uførepensjon (vel vitende om at du selv senere må skrive legeerklæringen)

e) opprettholde sykemeldingen i påvente av mulig bedring - eller arbeidstilbud nærmere hjemstedet

f) undersøke om hun vil komme like godt ut av det økonomisk med ektefelletillegget i ektemannens uførepensjon

g) henvise til trygdekontorets rådgivende lege

h) henvise henne til arbeidskontorets attføringsavdeling

KLIPP HER

KOPI BESVARELSE

Husk skalaen : 5 - helt enig ↓ 1 - helt uenig

Denne svarslippen klippes fra og sendes Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim, innen 10 dager fra mottagelsen av dette nummer av UTPOSTEN (slippen er forhåndadressert, se baksiden).

Det er viktig at du gir disse opplysningene om din egen bakgrunn:

Opplysninger om avsenderen:

Kjønn: Kvinne ☐ Mann ☐

Alder: År ☐☐

Antall år i almenpraksis: ☐☐

Godkjent almenpraktiker Dnlf? Ja ☐ Nei ☐

Praksisform:
Enelege ☐
Enelege m/turn.kand. ☐
Gruppe ☐

Stillingstype:
Privat almenpraktiker ☐
Distriktslege ☐
Bydelslege/kommunal almenprakt. ☐

Lønnsforhold i hovedstilling:
Normaltariff ☐
Normaltariff prosent ☐
Fast lønn ☐

Praksissted:
By ☐
Tettsted (>5000 innb.) ☐
Landdistrikt ☐

Praksisstørrelse (innb. pr. primærlege):
Under 2000 personer ☐
2000 - 3000 " ☐
Over 3000 " ☐

Praksisfylke:
.....

Hvis annen hovedstilling enn almenpraksis, spesifiser stilling og fagområde:
.....

Medisinsk embetseksamen ved (universitet):
.....
.....i 19☐☐

STIFT

Frankeres som brev

Til
Institutt for samfunnsmedisin
Regionsykehuset, Parkbygget

7000 TRONDHEIM

BRETT

UTPOSTENS
Almenmedisinske Problemserie
nr 1/1982

STIFT

Klipp her

Klipp her

PROBLEMKASUS 5/1981:

Kristina 5 år

Som distriktslege i en mindre by i Midt-Norge med lokalsykehus får du en torsdag i juli en 5 år gammel datter av et lærerpar på ditt kontor. Moren forteller at Kristina den siste uken har hatt lett for å bløø neseblod, vært slapp og iblant klaget over vondt i magen. De siste par dagene har hun vært forkjølet og sist natt klaget over vondt i høyre øre, morgentemperatur 38,3°. Hun har 3 ganger tidligere fått pennicillinbehandling i forbindelse med otitter.

Du finner en høyresidig otitis media og moderate bronchittfysikalia over begge lunger. De uvanlige initialsymptomene foranlediger følgende supplerende undersøkelser: Hgb 12,5 g/100 ml, moderat venstreforskyvning i blodutstryk med normale hvite og thrombocyter tilstede. Du instituerer behandling med V-pennicillin og nesedråper.

To dager senere ringer moren og forteller at Kristina har fått et utslett på beina som ligner insektstikk eller "noe allergisk". Hun lurer derfor på om datteren kan fortsette med pennicillin. Du ber moren komme på kontoret med barnet, og finner at hun har et symmetrisk utbredt polymorft utseende eksanthem på begge underekstremitetene med avtagende intensitet opp mot nates. Det består dels av multiple insektstikklignende papler, de fleste med en liten sentral punktformet blødning, dels av større, uregelmessige makler, hvorav de fleste er brunlig blodimbiberte. Vevet under enkelte av utbruddene fortil på leggene er knudrete indurert. Lateralt over venstre ankelledd foreligger en rødbrun diffust utbredt hevelse, og barnet frembyr haltende gange. Barnet klager også over vondt i magen, men abdomen er bløtt og uømt. Hun virker egentlig ikke syk, utslettet er ikke lenger kløende, og temperaturen er 37,8°. Høyre trommehinne er blekere og ikke lenger bukende, og bronchittfysikaliaene er nesten svunnet.

Foreldrene vil svært nødig at barnet skal legges inn på sykehus - og den polikliniske laboratorieservice ved sykehuset er god.

For å gi nye lesere anledning til å delta i gjennomgåelsen av svarene på oppgaven i forrige nummer av UTPOSTEN, gjengir vi nedenfor sykehistorien slik den ble presentert. Svarene følger på motstående side.

Problemkasus 5/1981:
Kristina 5 år

SLIK BLE PROBLEMET LØST

Nedenfor gjengir vi en grafisk framstilling av hvordan problemet ble løst denne gang. De skraverte søylenes høyde viser hvor mange prosent av de 44 svarene som angir denne grad av enighet i det enkelte svaralternativ.

Til høyre presenteres en grafisk framstilling av svarenes gjennomsnitlige tallverdi.

Tallrekken lengst til venstre er oppgavegiverens egen vurdering av de aktuelle kasus.

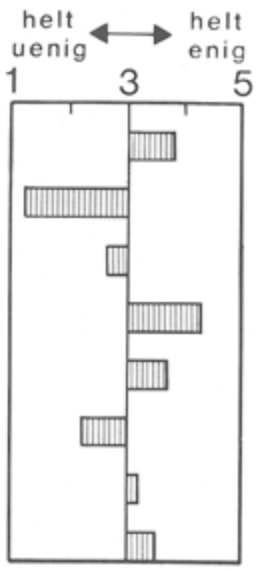
Oversikten skulle gi et godt inntrykk av hvordan oppfatningene fordeler seg. Men vi understreker som før at flertallet ikke nødvendigvis har den beste løsning i medisinens verden!

Det er dessuten full anledning til å sende oss kommentarer eller kritikk av den gjennomgåelsen du finner på neste side.

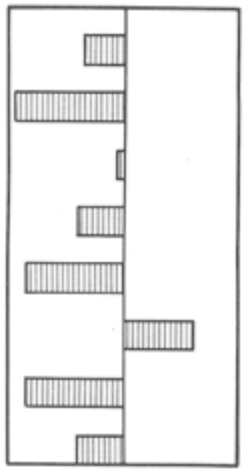
Pasient: KRISTINA, 5 ÅR.

Antall svar n= 44

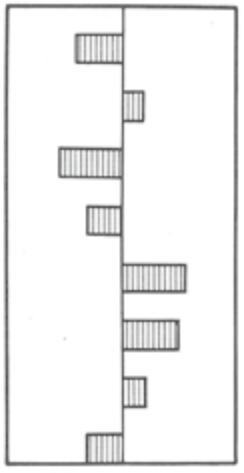
	A: OVERVEIELSER	Oppgavegiv. svar	helt uenig 1 2 3 4 5 helt enig	Ubesvart
a	Pennicillinallergi lite sannsynlig	3		
b	Ikke barnemishandling i høyere sos. lag	1		
c	Allergisk preg forenlig med leukemi	1		
d	Luftveisinfeksjoner kan utløse allergi	5		
e	Blodutstryk taler mot leukemi	4		
f	Mavesmertene neppe diagnost. betydn.	1		
g	Foreldrenes ønske bør følges	2		
h	Liten risiko å se det an hjemme	2		



	B: DIAGNOSE		
a	Medikamentelt eksanthem (pc.)	3	
b	Barnemishandling	1	
c	Postinfektiøs thrombocytopeni	2	
d	Leukemi	2	
e	Brennestle eksanthem	1	
f	Allergisk purpura (Hennoch Schönlein)	5	
g	Insektstikk	3	
h	Erythema multiforme	3	



	C: VIDERE TILTAK		
a	Starte med antihistamin	2	
b	Seponere pennicillinbehandlingen	4	
c	Skifte til erythromycin	4	
d	Opprettholde pennicillinmedikasjonen	1	
e	Ta nytt blodutstryk selv	5	
f	Undersøke avføring occult blod	5	
g	Blodstatus på lokalt sykehus	2	
h	Få barnet hospitalisert samme dag	5	



Svar på oppgave nr. 5/1981

Ja - Kristina hadde allergisk purpura

Mens problemseriens redaktører sist sommer gikk og grublet på neste problemoppgave, slo skjebnen til med en grov spøk. Vi hadde allerede bestemt oss for å lete fram en passende pediatrisk problemstilling, men det skortet på gode ideer. Da kom en av forfatternes døtre uventet til unnsetning:

En lørdag i juli kom lille Kristina, la oss for anledningen kalle henne det, tuslende inn fra hagen og klaget over at det "klødde på beina". Nedover langs lårene og leggene hadde hun multiple små papler og noen større urticarielle utbrudd som umiddelbart lignet på sommerens vepse- eller myggstikk. Det som vi først trodde var sentrale stikkmerker, antok etterhvert utseende av de karakteristiske sentrale punktformete blødningene i et Henoch-Schønlein-eksanthem. Jeg har tidligere sett 3-4 tilfeller av Henoch-Schønlein i min praksis, men aldri i denne aller tidligste fasen.

Etterhvert som Kristina gradvis frisknet til, ble hennes kortvarige lidelseshistorie skånselsløst omformet til servering for Utpostens lesere. Riktignok med noen sosiale kamuflasjetiltak i teksten, men den medisinske del av sykehistorien er autentisk nok.

Spørsmålene er satt opp omtrent slik de sto for oss denne lørdagen i juli. Om vi nå holder barnemishandlingen utenfor - den muligheten ble tatt med fordi eksanthemet faktisk kunne gi slike assosiasjoner - var de øvrige overveielser i avsnitt A blant de vi gjorde oss før diagnosen sto der like klart som i læreboken. Den deklive lokalisasjonen var karakteristisk, det allergiske preget lettet oss for leukemimistanker, og det tilnærmet normale blodutstryket to dager tidligere trakk i samme retning. Som nok en differensialdiagnose kunne meningokokksepsis vært nevnt. Noen kolleger har nok brent seg på den.

Magesmerter ble det symptomet som fikk oss til å iverksette sykehusinnleggelse samme dag.

Intestinal affeksjon med blødning fra tarmen er kanskje, bortsett fra nephritten, den mest alvorlige manifestasjonen av Henoch-Schønleins sykdom (var ikke den del av syndromet opprinnelig Henoch's sykdom?). I et norsk materiale (1) ble tarmblødning påvist i 70% av tilfellene, og blodtransfusjon kan iblant bli nødvendig.

Nettopp derfor bør magesmerter ved denne tilstanden oppfattes som et signum malum, og ikke som uttrykk for små barns tilbøyelighet til å lokalisere hva som helst av smerter og ubehag til "magen". Derav følger også svaret på om det var liten risiko ved å se det hele an hjemme til over helgen. Vi syntes risikoen var der. Og "Kristina" hadde da også makroskopisk melena under det ene døgnet hun var hospitalisert.

Denne gangen synes vi svarene er entydige og "gode", gode fordi vi ubeskjedent noterer oss at de fleste er enige med oppgaveforfatteren! Framfor alt har det store flertall valgt Henoch-Schønlein diagnosen som den mest sannsynlige, og det får vi notere som et godt poeng når det gjelder en såvidt sjelden lidelse i vår daglige praksis.

Litt større meningsforskjell er det i spørsmålet om man bør opprettholde antibioticaterapien for den otitten som var i åpenbar bedring.

Vi valgte å skifte til erythromycin, selv om vi følte oss rimelig sikre på at det ikke dreide seg om noen pennicillinallergi.

Om man nå ville utvide sikkerheten for sitt kliniske skjønn, er et nytt blodutstryk på kontoret og undersøkelse av avføringen på occult blod selvsagt nyttige tilleggsundersøkelser.

Et par av kollegene har for egen regning føyet "urinundersøkelse!" til i margen, og vi er selvsagt enige. Oppfølging med urinkontroller gjennom de første månedene etter en slik sykdom hører vel også med i oppskriften for å kunne avsløre en kompliserende nephritt. "Kristina" slapp unna den delen av sykdomsbildet, og var i det hele tatt nærmest symptomfri etter en knapp ukes påtvunget sengeleie.

En takk til "Kristina", som uventet hjalp oss med denne problemoppgaven, - og til de 44 gjenstridige kolleger som ikke lot seg avskrekke av en vanskelig oppgave!

SW

Litteratur:

1. Michalsen, H.: Henoch-Schønleins purpura - et 5-års materiale. T nor Lægeforen 1975, 95, 1153-1154.

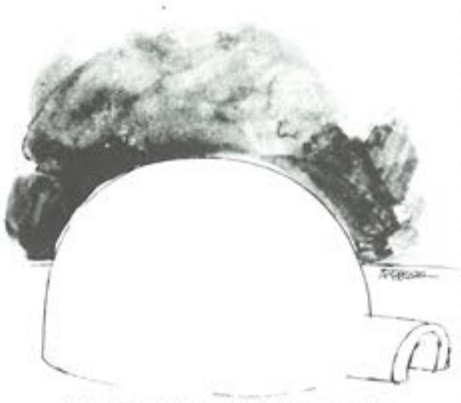
EN FRANSK PRAKSIS-STUDIE

Av distriktslege Knut Arne Holtedahl, 9100 Kvaløysletta

Gjennom den gode almenpraktikerservice som ytes ved Universitetsbiblioteket i Tromsø, har jeg de siste 3 årene abonnert på nøkkelordet "General Practice" på Medline og andre databaser. Blant publikasjonene fant jeg nylig den sannsynligvis første "praksisstudie" fra Lorraine i Frankrike, utført som eksamenstese ved Universitetet i Nancy (1).
Uten at jeg kjenner forholdene inngående, tror jeg neppe almenpraksis kan sies å ha noen høy faglig prestisje i Frankrike, og det finnes ingen spesialitet i faget. Men de siste årene har det i hvert fall i Paris vært fokusert endel på undervisning i almenpraksis, blant annet har den danske almenpraktikeren Kaj Rasmussen helt fra begynnelsen av 70-årene deltatt i dette arbeidet.

Opplegget er et spørreskjema-basert intervju med 116 almenpraktikere med et potensielt pasient-klientel på ca. 230 000 mennesker. Det spørres om hyppigste diagnosegrupper, undersøkelsesmetodikk, utstyr (virkelighet og ønsker), terapeutiske og forebyggende tiltak. Videre om legens bakgrunn og medisinstudiets relevans for den aktuelle praksis, solo- eller gruppepraksis. Dernest er almenpraktikerne bedt om å utfylle et A4-skjema med opplysninger for 100 - 200 fortløpende konsultasjoner.

De fleste legene som ble kontaktet var positive, selv om endel stilte seg uforstående til hensikten. De intervjuede legene ga uttrykk for mye generell frustrasjon. Om legene i Meuse-distriktet heter det: "Svært få er virkelig engasjert i arbeidet sitt. Mange er overarbeidet, har aldri tid til overs" (min oversettelse).
"Pengespørsmål synes ofte å dominere legenes tanker" (under intervjuene).
I Moselle- og Vosges-distriktet er det noe mindre



"No, dear, I don't think it's expensive— but what do we need a pocket calculator for?"

frustrasjon, men "legene synes oppgitte over yrkets fremtidsutsikter, både finansielt og faglig." ..."
... problemer med etablering og konkurranse, tidsnød og økonomiske problemer."

Metodeproblemene i undersøkelsen er klassiske: intervjuene var metodiske men "åpne", likevel ville forfatteren gjerne ha statistisk bearbeidelse av data. Han er svært kritisk til sitt eget lege-intervju-opplegg og lanserer som konklusjon et "multiple choice" - spørreskjema til legene som han mener vil være mer generelt anvendelig. Også slike spørreskjemaer må vel nødvendigvis kutte ut endel av virkeligheten - man får i hvert fall være klar over begrensningene.
Resultatene.

Pasientgrunnlaget i legenes nedslagsfelt finnes å være kjønns- og aldermessig representativt for hele Lorraine-området, likeledes er de intervjuede almenpraktikerne ganske representative for sin stand. 65% er solopraktikere, 31% arbeider i gruppepraksis. Alle disse er privat etablert, mens resten er bedriftsleger i gruvefirmaer. 10% av almenpraktikerne er kvinner.
60% av alle har mindre enn 10 år siden ambetseksamen.
Vel halvparten av almenpraktikerne har tilleggskompetanse utover embetseksamen, hyppigst i idrettsmedisin, arbeidsmedisin og pediatri.

Almenpraktikerne har i gjennomsnitt 22 pasienter daglig. Pasientklientellet grupperes som 55% urbant og 45% ruralt.
Gruvedrift og annen industrialisering illustreres av at det er tre ganger så mange arbeidere som bønder i området.

Hjertepasienter og pasienter med reumatiske lidelser er de tallmessig største gruppene. I det diagnostiske arbeidet generelt verdsetter legene anamnesen høyere enn klinisk undersøkelse og supplerende undersøkelser.
Vanskeligst synes almenpraktikerne det diagnostiske arbeidet er ved gastro-intestinal-lidelser, dermatologi, neurologi og psykiatri. Utstyrsmessig har 30% EKG-apparat, 40% røntgenapparat, mens bare ca. 1 av 10 har svart at de har oftalmoskop (?), og halvparten praktiserer småkirurgi.
Forfatteren intervjuer også om sykdomsårsaker i miljøet og mulighetene for forebygging, de fleste svarene går da på personlige forhold som kost, røyking og alkohol.

Til ettertanke er det at to leger på spørsmål om hvilke kommunikasjonsvansker de har med sine pasienter, svarer at de ikke har noen problemer, for de tar seg tid!

Videreutdannelsesønsker dreier seg om spesifikt almenpraktikerrettet undervisning som de selv kan være med på å utforme. De fleste vil gjerne trekkes med i studentundervisning.,
Gjennomsnitlig bruker de fleste en times tid daglig på å holde seg faglig å jour, mest ved lesing. Vel halvparten angir å delta i kursvirksomhet.

Alt i alt sitter jeg igjen med en følelse av å ha fått et ganske representativt innblikk i almenpraksis slik den utøves i den nord-østre delen av Frankrike. Faglig organisering og insitament ligger tydeligvis et stykke bak Skandinavia, og jeg synes ikke studiene overbeviser meg om fordelene ved det liberale erhverv, som tydeligvis er organisasjons-

prinsippet i fransk almenpraksis i dag. Men andelen av unge almenpraktikere er ganske høy, og misnøyen kan kanskje skape grobunn for forslag til omorganisering. Studier som denne er ganske viktige bidrag til nødvendig bakgrunnskunnskap. Franske medisinerstudenter var blant de fremste på barrikadene i mai -68, og medisinske studiegrupper ved de franske universitetene laget dengang teoretiske arbeider som ble inspirator blant annet for den kjente danske "Malerrapporten" og for mye av debatten bak etableringen av Universitetet i Tromsø, som nok har betydd mye for utviklingen av norsk almenpraksis i 70-årene.

Det kan bli interessant å se om det nye politiske regimet i Frankrike har noe bevisst forhold til organisering av almenpraksis. På den annen side er det synd at det begynner å gå så mye partipolitikk i organiseringen av faget vårt også her i Norge, for det er ikke vanskelig å finne faglige argumenter for en fornuftig organisering av almenpraksis.

(1) Pierre Giraudon:
De la pratique du médecin généraliste a sa formation spécifique. Mars 1980, Univ. de Nancy, Frankrike.

Informasjon fra OLL.:
«DISTRIKTSLEGE 1982»

Offentlige legers landsforening vil våren 1982 gjennomføre en undersøkelse av distriktslegers arbeidstid og arbeidsforhold.
Foreningen har oppnevnt følgende styringsgruppe til å lede arbeidet:

Distr.lege Bjørn M. Aasen, Herøy

Fylkesl. Arne V. Larssen, Molde

Distr.lege Svein Tjåland, Fræna

Bydelslege Per Wium, Oslo (formann)

Den samme styringsgruppen ledet arbeidet med "Distriktslege 1977" som er publisert i Tidsskrift for Dnlf 32/77, 6/78 og 29/78.

Vi vil prøve å redusere spørreskjemaet en del iår etter erfaringene fra 1977, men vil ellers forsøke å gjennomføre "Distriktslege 1982" så lik den forrige som mulig, for å kunne sammenligne resultatene.

Distriktslege Ivar Sønbø Kristiansen, Kvæfjord, vil delta i undersøkelsen for å se spesielt på prøveordningen med fastlønn for distriktsleger i Nord-Norge. På den måten sparer vi distriktslegene i Nord-Norge for å fylle ut to spørreskjemaer. Det er Sosialdepartementet som har bedt om denne evalueringen av fastlønnsordningen.

Vi planlegger å gjennomføre undersøkelsen primo mars 82 og distriktslegen blir, som i 1977, bedt om å registrere arbeidstiden i en bestemt uke ved hjelp av et spesielt registreringsskjema, og å fylle ut et spørreskjema angående arbeidsforholdene.
Dette spørreskjemaet inneholder også spørsmål om hvordan ektefellen ser på sin egen og distriktslegens arbeidssituasjon, noe som viste seg å bli en meget viktig informasjonskilde ved den forrige undersøkelsen. Distriktslegene i de tre nordligste fylkene blir dessuten bedt om å gjøre en pasientregistrering etter et enkelt skjema i løpet av den uken arbeidstiden registreres.

Undersøkelsen gjelder alle distriktsleger i kombinert stilling, herunder også fastlønnede distriktsleger og bydelsleger, mens stadsleger og distriktsleger i heltidsstilling ikke skal delta.

Undersøkelsen er selvfølgelig frivillig, men vi håper på like stor oppslutning som sist da ca. 90% av distriktslegene svarte. Resultatene vil kunne få stor betydning for arbeidet med å bedre arbeidsforholdene for distriktsleger, og OLL vil stå mye sterkere i forhandlinger med staten om bevilgninger til etaten. Styringsgruppen mener det er meget viktig å få registrert disse ting nå som vi står på terskelen til å få kommunalt ansatte distriktsleger og rammefinansiering også i primærhelsetjenesten.

Detaljert informasjon om undersøkelsen vil bli sendt legene uken før undersøkelsen starter.

Per Wium

Ivar Sønbø Kristiansen.

"Apparently they die if they're not put the right way up."

Hvem svarte på oppgave 5/1982

Av de 44 svarene denne gang kom 7 fra kvinnelige kolleger. Det er stadig få kvinner som besvarer disse oppgavene, men prosentvis dobbelt så mange som sist.

Alderssammensetningen av svarerne varierer fra 28 til 58, med et gjennomsnitt på 36 år. Gjennomsnittlig har de 6 år bak seg i almenpraksis, 25% av svarerne var godkjente almenpraktiker Dnlf. Noe over halvparten (57%) arbeidet i gruppepraksis/helsesenter. Knapt halvparten av svarene kom fra distriktsleger (48%). Alt i alt var det 36 primærleger (dvs. 82% almenpraktikere og distriktsleger) blant svarerne. De øvrige 8 fordelte seg med 3 sykehusleger, 2 bedriftsleger (ja, vi takker vår trofaste problemløser på Husnes!), 1 turnuskandidat, 1 student og 1 i "annen stilling".

27 av svarerne lever i Normaltariffens travle hverdag, mens 13 har løst oppgaven på fast lønn.
Resten av detaljene hopper vi over denne gang, og går istedet rett løs på fylkestoppen:

Rogaland topper listen med 6 svar, deretter følger Nordland og Oslo og Møre og Romsdal. Samtlige fylker er representert, med ett unntak: Hedmark. Bare sterk innsats neste gang kan nå forhindre nedrykking.

Men egentlig er vi like nysgjerrige på hvem dere er som ikke svarer. 44 svar er for lite!

SW/AIØ.

Forts. fra s. 11

"selvstendig ansvar for pasienter", men andre ord drive sin egen selvstendige almenpraksis. Under diskusjonen ble vi spurt om hvordan forholdene i så måte var i Norge. Det ble, som sant er, svart at i Norge kan man opprette og drive sin egen selvstendige almenpraksis rett etter turnustjenesten. En lang pause fulgte før den engelske kollega ettertenksomt svarte: "you Norwegians must be very brave people!"

Nytt fra almenmedisinsk forskningsutvalg

Vi vil gjerne holde kollegene løpende orientert om hvilke forsøksprotokoller som blir gjennomgått og vurdert av forskningsutvalget. I denne sammenheng dreier det seg om kliniske legemiddelutprøvninger som planlegges gjennomført som multisenterundersøkelser i almenpraksis. Tidligere oversikter er presentert i UTPOSTEN nr 4/1981 (s. 14) og nr 5/1981 (s. 20).

Senere er følgende protokoller mottatt og vurdert:

- Utprøvning av alternative medikamenter ved behandling av galle- og nyrekolikk
  v/almenpraktiker Even Lærum/Institutt for farmakoterapi

- 24 week double blind comparison of Trimazosin and Prazosin in patients with mild to moderate hypertension
  v/Pfizer A/S

- Effekt av antiflogistika, sterioider, fysioterapi samt kombinasjoner av disse ved behandling av skuldertendinitter
  v/Legekontoret Moa Helsehus/CIBA/GEIGY Pharma A/S

- Multisenterstudie, betablokade versus diuretika i behandling av mild til moderat essensiell hypertensjon
  v/Astra Farmasøytiske A/S

- Klinisk utprøvning av Trinordiol
  v/Kabi-Vitrum A/S

- Dobbeltblind-studie: Smerte. Klinisk sammenligning av Norgesic og Paralgin Forte
  v/almenpraktiker Per Hjortdal og 3M Riker Labs.

- Klinisk studie - helårlig allergisk rhinitt
  v/Astra-Syntex A/S

- En komparativ virkningsstudie av Brotizolam på søvn
  v/Collett Marwell Hauge

Dessuten har distriktslege Kristian Hagestad gjort utvalget oppmerksom på at det fra firma Sentipharm A.G. (Schering Corp.) er lansert en klinisk utprøvning av Diprosalic salve og liniment etter et opplegg som Hagestad oppfattet som et "rent markedsføringstiltak med minimal verdi faglig sett".

Formannen har innhentet nærmere opplysninger om dette opplegget fra Sentipharm A.G. Firmaet har nylig svart at denne undersøkelsen ikke har vært utgitt for å være en klinisk legemiddelutprøvning, og at det heller ikke er stilt preparater til rådighet. "Primært er undersøkelsen en del av introduksjonen av Diprosalic i Norge", heter det avslutningsvis i redegjørelsen fra firmaet. Forskningsutvalget ber kollegene merke seg dette.

Også tidligere har utvalget slått alarm overfor rene markedsføringsopplegg som blir introdusert i former som kan forveksles med forskning, og vi vil selvsagt se nærmere på denne saken.

For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at forskningsutvalget også har kritiske kommentarer til mange av de øvrige tilsendte forsøksprotokoller, og at en vurdering ved utvalget ikke er ensbetydende med utvalgets "godkjenning". Utvalget er i denne sammenheng et rådgivende organ.

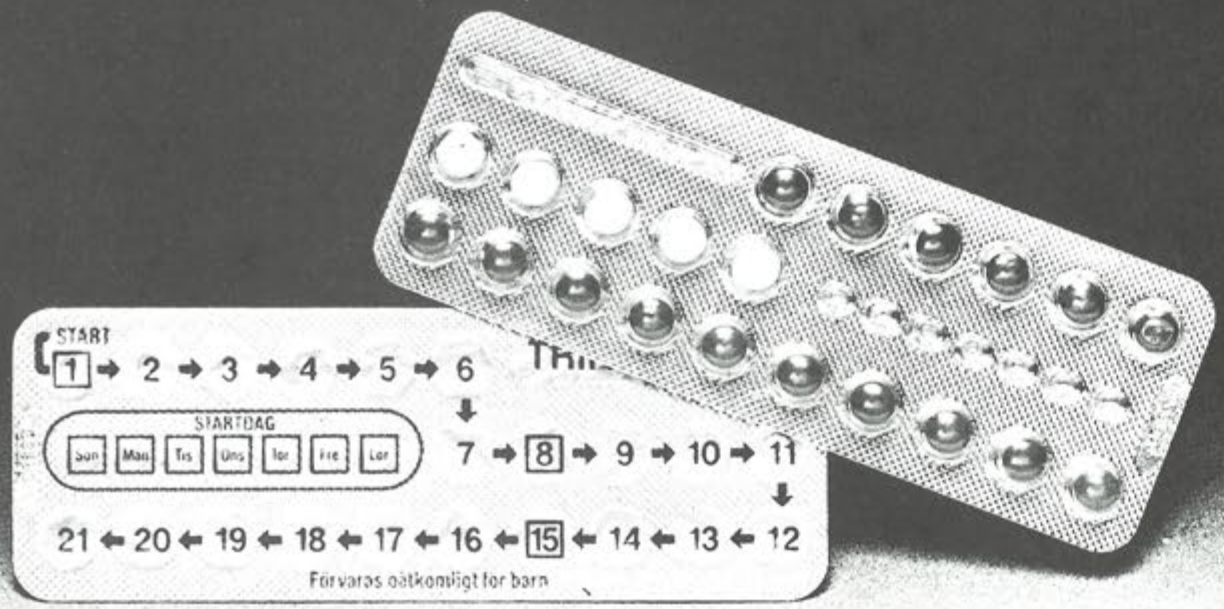
Når det gjelder de øvrige protokoller, kan interesserte kolleger, som tidligere, be om kopi av forskningsutvalgets vurderinger ved skriftlig henvendelse til Almenmedisinsk Forskningsutvalg v/fung. formann Steinar Westin, Institutt for samfunnsmedisin, Parkbygget, Regionsykehuset, 7000 Trondheim.

SW

Ny P-pille:

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE



TRINORDIOL gir bedre blødningskontroll og like høy sikkerhet som lavdose-pillene – men med **40% lavere gestagenmengde.**

- ○ Høy sikkerhet
- ○ Cyklustilpasset hormontilførsel
- ○ God blødningskontroll

TRINORDIOL har lavest hormonmengde, og er i størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

TRINORDIOL* – 80-årenes p-pille

*etinyløstradiol + levonorgestrel

1.10.81

KabiVitrum

Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

TRINORDIOL

3-FASISK P-PILLE

Antikonsepsjonsmiddel

Referanser

(1) LACHNIT-FIXON U: Münch. med. Wschr. 121, Nr. 43: 1421-1426, 1979.
(2) ZADOR G: Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 88: 43-48, 1979.
(3) BRIGGS M: The Proceedings of a special Symposium held at the Xth World Congress on Fertility and Sterility, Madrid, July 1980.
(4) LARSSON-COHN U et al: Fertility and Sterility, vol. 35, No. 2, Feb. 1981.

TABLETTER:
1 brun tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 50 ug, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.
1 hvit tablett inneholder: Etinyløstradiol 40 ug + levonorgestrel 75 ug, const. q.s.
1 gul tablett inneholder: Etinyløstradiol 30 ug + levonorgestrel 125 ug, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:
Klassifisering: Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lave østrogen- og progestogen-mengder.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.
Absorbsjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etinyløstradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1 - 2 timer etter oral inngift.
Halveringstid: Etinyløstradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.
Metabolisme: Begge hormoner metaboliseres i leveren.
Utskillelse: Via urin og faeces.
Overgang i morsmelk: Begge stoffer passerer over i morsmelken, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:
Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:
Absolutte: Østrogenavhengige tumorer. Trombophlebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpreget familiær disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdom. Leverfunksjonsforstyrrelser. Dubin-Johnson – syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetsicterus. Sicklecelleanemi. Herpes gestationes. Udiagnostisert genitalblødning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:
Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:
Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold. I størst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenlignet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorre av varierende lengde kan opptre etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migrene, ødemer, tretthet, nedstemthet, fett hår og benkramper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal noduler hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blødning. Gallesten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

FORSIKTIGHETSREGLER:
Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynekologisk undersøkelse (omfatter også mammae). Sukker i urinen og blodtrykk måles. Dette bør gjentas en gang hvert halvår. Forbindelse mellom bruk av perorale antikonsepsjonsmidler og tromboemboliske komplikasjoner ansees som sannsynlig. Opptrer tegn på tromboemboli under behandlingen skal preparatet umiddelbart seponeres.
Bruk av preventivtabletter må også avbrytes 14 dager før kirurgiske inngrep. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sykdommer. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migreneliknende hodepine og/eller synsforstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som erfaringsmessig forverres under graviditet bør preventivtabletter ordineres under streng legekontroll. Anvendes med forsiktighet ved epilepsi, otosklerose, multipel sklerose, porfyri, tetani, hypertoni, diabetes, myoma uteri og nyrelidelse. Klinisk-kjemiske normalverdier og tester kan endres. Chloasma kan opptre. Uteblir blødningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenoré eller amenoré, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenoré med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjelden, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

INTERAKSJONER:
Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B_{12}. (I : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:
Antikonsepsjon: 1 tablett daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tablettfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartingsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablett daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1 - 6 på brettet). Deretter 1 hvit tablett hver dag i 5 dager (7 - 11). Resterende 10 gule tabletter tas de neste 10 påfølgende dager (12 - 21).
Fortsatt behandling: Etter inntak av de første 21 tabletter gjøres 7 dagers opphold.

PAKNINGER OG PRISER:
1 tablettbrett inneholder: 6 brune, 5 hvite og 10 gule tabletter.

3 brett x 21 stk.
6 brett x 21 stk.
13 brett x 21 stk.

NB!! Begynn alltid 1. blødningsdag - også ved overgang fra andre p-piller.

KabiVitrum
Nesbruveien 33, Postboks 22, 1362 BILLINGSTAD
Telefon: (02) 54 29 50

A.S MERKUR-TRYKK – Grafisk produksjon, Oslo

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose med DELESTREK!

NYHET! NYHET!

NYHET! NYHET!

INDISERT ved ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

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

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR
Skårerveien 150 . Postbox 20 . N-1473 Skårer . Tlf. (02) 70 55 20

RHÔNE POULENC