

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 4

JULI 1982

ÅRGANG 11



jubileums-  
nummer



## AV INNHOLDET:

AAGE BJERTNÆS, MARTIN HOLTE:

Utposten 10 år .....

2

BERIT TVEIT:

Flue på sykehusveggen .....

10

CHR. F. BORCHREVINK:

Tanker ved Utpostens jubileum .....

4

NIELS NØRRELUND:

Nordisk hverdagssamarbejde .....

12

PER FUGELLI:

Fra tanker til handling i norsk almenmedisin ...

6

BENGT LINDER:

SFAM och Utposten .....

13

Forskningsprosjekt — eldreomsorg i Bergen...

8

STEINAR WESTIN:

Spesielle pasienter .....

14

THARALD HETLAND:

Hvor det tross alt er en doktor .....

9

Utpostens almenmedisinske problemserie 17—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

## *Utposten 10 år — et historisk tilbakeblikk*

Da Harald Siem, Per Wium og Tore Ruud tok initiativet til å starte Utposten i 1972, fikk norsk primærmedisin et talerør som kunne brukes og høres. Med ett ble primærleger i vårt vidstrakte land knyttet sammen med konturene av et fellesskap i den veven som etter hvert tok form.

Etterkrigstidens utvikling med ensidig sykehusutbygging hadde ført til fullstendig stagnasjon i distrikthelsetjenesten. Praktiserende leger og distriktsleger satt oftest faglig og fagpolitisk isolert langt fra hverandre.

Utposten gav oss langsomt en følelse av fellesskap og nærlhet til problemer og glede vi kunne dele. Bladets uformelle tone uten krav om tungtveiende viden-skap og litteraturhenvisninger, fikk primærlegens naturlige meddelelsesewe til å fungere. Leserinnlegg og artikler om store og små saker strømmet inn og bekreftet felles interesser og tankegods i den almenmedisiske hverdag.

Da vi overtok stafettspinnen i Januar 1978 var det ikke uten en viss skepsis. Ville det lykkes å flytte Utpostens redaksjon fra Øyriket i Møre og Romsdal

til storbyen med dens problemer?

Det har vært en spennende tid full av utfordringer som har gitt glede og inspirasjon.

Hva har skjedd i løpet av de 10 årene Utposten har skildret almenmedisisk historie?

Vi har vært vidne til en fremvoksende yrkesstolthet blant primærlegene. Vår husmannsrolle i norsk medisin er iferd med å forsvinne. Den almenpraktiserende lege fremstår som fagmann på sitt felt. Dette har først og fremst skjedd ved iherdig arbeid med videre- og etterutdannelse tilrettelagt av våre regionale kurskommiteer og APLF.

Mange kolleger har gjort et stort arbeid med å tilpasse det faglige innhold vår praktiske hverdag. Almenpraktiker DNLF-tittelen gav oss en definert videreutdannelse.

Vi står nå ved terskelen til forhåpentlig i 1983 å få en fullverdig spesialistutdannelse i almenmedisin.

Kravet om bedre arbeids-vilkår har ført til at man har fått opprettet stadig flere fastlønnsstillinger i distriktene for å sikre en nødvendig vaktfordeling. I byer og tettbebygde strøk praktiseres fortsatt nor-

maltariffen av de fleste. Verdien av denne har variert; med de nye kompensasjoner for praktiserende leger synes den de fleste steder å fungere bra.

I en tid hvor legeoverskuddet synes unngåelig kan en stille spørsmål om systemets mere langsiktige verdi. Når legene blir mange, er farene for at et system som favoriserer den kurative medisin så sterkt, snarere vil skape en syjetjeneste for mange, enn en helsetjeneste for alle. Den nye loven om distrikthelsetjenesten som i snart 20 år har vært etterlengtet og savnet skal snart settes ut i livet.

Hvordan fordelingen i fremtiden blir mellom driftstilskott, egenandel og refusjonsdel fra trygdekasse, vil være avgjørende for graden av styring og utvikling av praksis.

For å unngå kaos og overkapasitet i primærhelsetjenesten er det på det næværende tidspunkt riktig at en tilbyr en godt strukturert videreutdannelse som i størrelsesomfang er tilpasset et riktig antall sluttstillinger. Her trengs det et godt samarbeid mellom myndighetene og Dnlf.

De kommende tiår synes å by på mange utfordringer

for vår voksende primærlegestand. Først og fremst må primärlegene gå mere aktivt med i de samarbeidende organer som planlegger våre bo- og arbeidsmiljøer.

Fra våre reseptorer i det pulserende liv har vi mange nyttige opplysninger som kan gis politikere og samfunnsplanleggere. Kanskje kan dette virke inspirerende på å få frem sluttregningen når man fremstiller kostnader i samfunnet. Hvor store er de totale kostnader når man nedlegger skipsverftet i lokal- samfunnet?

Hva lød regningen på da skolen ble nedlagt, eller gjennomføringen av kort- siktige besparelser i skoleverket, etter at kriminalomsorgen og sosialappa- ratet hadde betalt sin andel?

Hva er de årlige driftsut- gifter for våre moderne bomaskiner renset for naturlige sosiale kontakt- punkter og interpersonell glede.

Det er ikke bare innskudd og husleie som stiger. Stedets primærleger og so- sialetat registrerer også en stadig øking av hjelpe- behov.

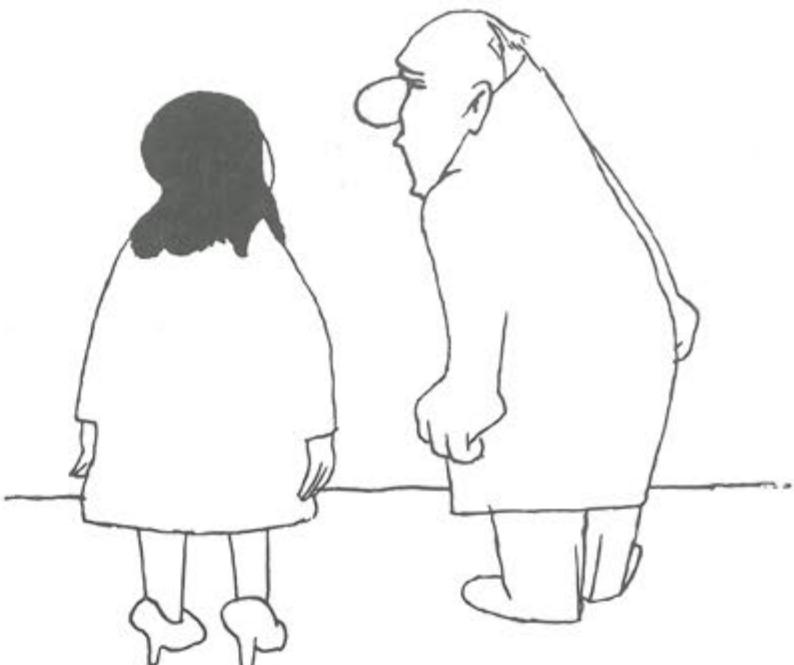
Fremtidens primærleger må bli bedre skolet til å se hvordan samfunnet og omgivelsene avspeiles som symptomgivende kriser i individet.

Her hjelper vår viden fra våre klassiske universi- teters sykdomspanorama og sykdomsmodeller lite. Innholdet av det medisinske studium må påny i støpe- skjeen, revurderes kontinuerlig i takt med samfun- nets behov.

Eldreomsorg, hvilket ut- fordrende felt!

Tiden løper fra oss om vi ikke snarlig får en bedre struktur på dette området. Det problemet som idag forstyrre politikernes nattesøvn, vil om tjue år føre til kontinuerlig søvn- løshet når vi har dobbelt så mange 75-åringar og 80-åringar som idag. I dagens situasjon bruker enorme sentral- og region- sykehushus milliardbeløp. Samtidig angis fra enkelte

*„Noch eine Widerrede von Ihnen, und ich überweise Sie an einen Spezialisten.“*



hold at opptil 60% av pasientene er feilplassert og heller burde vært pleiet i sykehjem. Disse er igjen ofte fullstendig blokkert fordi hjemmesykepleien og distrikthelsetjenesten ikke fungerer på grunn av akutt pengemangel.

Her ligger en stor utfor- dring til morgendagens primærleger som sammen med hjemmehjelpere og hjemme- sykepleiere må medvirke til at de eldre får bo i sitt hjem så lenge som mulig. Til det kreves at primærlegene i langt større utstrekning må være villig til å ta hjemmebesøk til den mest trengende gruppe i vårt samfunn, de eldre.

Man hører ofte kravet om at det må sattes mere på forebyggende medisin. Resultatene av forebyggende arbeid kaster som regel lite av seg på kort sikt. Rollen som observatør av utviklingen i samfunnet og hos det enkelte individ gjør at primærlegen kanskje er den som først øyner resultatene.

I dette ligger også store forskningsmessige utfor- dringer. Og her tangerer vi en fore- løpig erkjent svakhet. Vi mangler viden. Basale facts og forskningsresul- tater trengs til den vi- dere argumentasjon.

Våre institutter for almen- medisin har sammen med Den norske lægeforenings almen- praktikerstipend vært en viktig inspirasjonskilde for forskningslystne almen- praktikere. Men vi trenger mere bredde, forskning fra hverdagen. Et Norsk selskap for almen- medisin vil kunne virke enzymatisk for store og små oppdagelsesreiser.

Det vil i sannhet ikke mangle på inspirerende oppgaver for fremtidens almenprakti- serende leger, eller Utpostens redaktører.

Aage Bjertnæs  
Martin Holte

# Tanker ved Utpostens 10-års jubileum

Av Chr. F. Borchgrevink

Utpostens redaktør har bedt meg skrive "noe" i anledning av lo-års jubileet. Det gjør jeg med stor glede.

Hvert tiår har sin spesielle historie og sine spesielle problemer. Så også når det gjelder almenmedisin.

I 1950- og 60-årene samlet almenpraktikerne seg om sin forening, og ble mere selvbevisste. Man var ikke lenger "bare en almenpraktiker". Det er liten tvil om at denne opprusting ga støtet til akademisk almenmedisin i 1970-årene med etterhvert relativt godt utbyggede institutter for almenmedisin/samfunnsmedisin ved våre fire medisinske fakulteter.

Av de ca. 450 nye leger pr. år (370 utdannet i Norge og ca. 80 i utlandet) vil kanskje 300 finne seg en plass i den primære helsetjeneste. Det er viktig at vi får en positiv rekruttering til faget, det vil si at de som går ut i distriktshelsetjenesten gjør det fordi det er det de helst vil, og ikke fordi andre muligheter er stengt.

En positiv rekruttering forutsetter:

- a) Ideologi
- b) Kunnskap om arbeidsforholdene (lønn, arbeidstid, hvilke typer pasienter man vil møte, er man utdannet til å ta seg av disse pasienter?)
- c) Muligheter for videre- og etterutdannelse
- d) Muligheter for forskning.

Lege vil vekte disse faktorer på forskjellig måte. De etterhvert gode muligheter for spennende forskning i almenmedisin takket være Fondet, instituttene engasjement, og forhåpentligvis et Norsk selskap for almenmedisin, vil virke tiltrekkende på noen.

Andre vil føle glede og trygghet ved den etterhvert strukturerte videre- og etterutdannelse som vel om kort tid vil føre frem til full spesialitet (tror jeg).

Mange vil være tiltrukket av den ideologien som gjenomsyrer tenkekomiteens innstilling av 1978. En innstilling som var et konkret og verdifullt resultat av faglig bevisstgjøring hos almenpraktikere og distriktsleger. Det er litt leit å se at den økende tilnærming mellom OLL og APLF som blant annet resulterte i tenkekomiteen, nå synes å være stoppet opp.

Det ville være naïvt ikke å tillegge den fremtidige arbeidssituasjon den største betydning når det gjelder rekruttering til almenmedisin. Det er lett i begeistrede ordelag å fortelle studentene om distriktslegenes spennende arbeidsfelt, deres betydning for folkehelsen, deres utfordrende dobbeltrolle som personlig lege for pa-

sienten og helsepolitiker for kommunen. Intet felt innen medisinen, totalt sett, er kanskje så fascinerende. Men ..... En arbeidsuke på 55 timer pluss 40 timers hvilende vakt (distriktslegeundersøkelse 1977) ofte i faglig isolasjon, virker ikke positivt rekrutterende, selv om bruttolønnen er høy. Det er all grunn til å tro at arbeidsforholdene vil bedre seg med den økende tilgang av leger til den primære helsetjeneste, men en 50% øking av leger vil sikkert ikke redusere arbeidstiden for den enkelte lege tilsvarende. Det er nok et stort udekket behov for helsetjenesten, for kontakt med helsevesenet i befolkningen.

Jeg tror ikke 80-årene blir noe lett tiår for norsk almenmedisin, til tross for sannsynligvis god rekruttering og verbal -elvilje overfor faget fra alle hold. I stramme økonomiske tider kommer motsetningene tydelig frem, tonen blir bitrere, angrepene ofte mere person-

*„Darauf können Sie sich verlassen: Ein Praktiker weiß vielleicht nicht immer unbedingt alles, aber dafür kann er alles!“*



lig. En fruktbar debatt om primærhelsetjenestens fremtid blir lett erstattet av fastlåste standpunkter i en skyttergravskrig. Man kan være for eller imot primærleger på fast lønn, for eller imot fritt legevalg, for eller imot 38-timers uke. Men det er lite fruktbart å påstå at de som går inn for fast lønn bare gjør det for å "sosialisere" helsetjenesten, eller av maktglede for selv å kunne styre utviklingen, eller fordi de ganske enkelt er dovne. (Når vår kollega på Stortinget, Erlandsen, nylig uttalte at primærleger på fast lønn ikke gjorde en 100% innsats, kunne dette friste til mange kommentarer: for eks. er hans syn på fastlønnsordning for leger sprunget ut av egen erfaring som overlege på et sykehus eller som stortingsrepresentant?) Eller omvendt, de som går inn for stykkprissystemet er ikke bare opptatt av å tjene mest mulig penger eller selv å ha mest mulig frihet eventuelt på bekostning av pasientens mulighet til å få legehjelp. Jeg synes å merke en amprere stemning og en stadig mindre saklighet i debatten.

Mens man i vanskelige tider burde forstå betydningen av å trekke sammen som en helhet, ser det ut til at særinteressene får blomstre.

Dette gjelder selvsagt ikke bare i helsetjenesten, det kommer tydelig frem for eksempel i Det medisinske fakultet i Oslo som får mindre ressurser å rute med i årene som kommer.

Hva som enn vil skje med Norsk helsevesen i 80-årene, så vil man iallfall ikke få den vekst man har hatt i 60- og 70-årene, hvis det da blir snakk om vekst i det hele tatt. Dette vil føre til vanskelige prioriteringsproblemer, som vil stille store krav til oss alle. Det burde ikke hjelpe å skrike høyest (decibel-metoden), men å samle data som viser at ens argumenter er gode og holdbare. Vi i den primære helsetjeneste må være villige til å analysere oss selv. Hvordan gjøre avstanden mellom idealene (tenkekomiteens ideologi) og realitetene (dagens almenmedisinske praksis) mindre? Hvordan oppfylle de krav vi har satt oss selv? Hvorledes kan vi sikre at instituttene for almenmedisin (samfunnsmedisin) blir en levende del av norsk almenpraksis med sterke bånd til grasrota? Som vanlig er det lettere å spørre enn å svare, og det finnes mange spørsmål det ikke er svar på i det hele tatt. Men jeg tror det er viktig at almenpraktikerne holder sammen, at ikke denne tiden med skjerpende motsetninger fører

til splittelse. Det er og vil være uenighet i syn på enkelte spørsmål mellom APLF og OLL. Det er ikke vanskelig å se motsetninger mellom et eventuelt Norsk selskap for almenmedisin og for eksempel fagutvalget i APLF. Men det virker som det er så lett å glemme at det er mere som binder oss sammen enn det som skiller.

Se, dette ble en artikkel ganske annerledes enn jeg hadde tenkt meg. Men det fører meg over til Utposten og dens betydning. En forutsetning for at vi skal komme igjennom 80-årene uten splittelse, uten personlig fiendskap, er en åpen og fordomsfri debatt, en vilje til å lytte til andre.

Kanskje er det ikke helt riktig det du selv hevder? Denne debatt må vi få mange steder, i DNLF's organer, på det lokale plan, men Utposten bør være et naturlig samlende sted for denne diskusjon. Redaktørene har selv gjennom mange år vist både vilje og vei, og vi andre bør følge opp.



# Fra tanke til handling i norsk almenmedisin

Av Per Fugelli

## To fødselsdagsvitser.

Når ungene mine har bursdagsselskap passer jeg alltid på å fortelle en vits eller to. Litt for gjestenes fornøyelse håper jeg, men først og fremst til min egen, for de ler så godt når de er rundt om lo, og det er jo hyggelig. I håp om at det er med blader når de fyller år som med barn, forsøker jeg meg med to sannferdige medisinske skrøner nordfra, den ene har med helseøkonomi og den andre med helseopplysning å gjøre.

På Værøy gikk det mange historier om en distriktslege som jobbet der i mellomkrigstiden, og alle handlet om hvor grådig etter penger denne doktoren var. En gang kom en fisker til doktorgården om kvelden og klaget over tannpine. Doktoren vissste råd, gikk inn i sitt apotek og tilberedte et hvitt pulver, aspirin etter sigende, som pasienten fikk i en pose mot å erlegge kr. 2,75. Fiskeren takket og gikk, men var bare kommet 50-60 meter ned i veien da døren til legekontoret fløy opp og doktoren kom up på trappen og hojet og skrek at han måtte stoppe. Fiskeren stanset og doktoren kom løpende, pustende og pesende, i stor opphisselse, og fortalte at han hadde tatt feil medisin, - han hadde fått arsenikkpulver i stedet for aspirin.

" - Ka forskjellen ér?" undret fiskeren.  
"Forskjellen", - ropte doktoren, - "forskjellen er 3 kroner og femti øre".

Nå, fra Lofoten skal vi som vanen er på denne årsid til dra nordover til sommerfiske på Finnmarka. Vi runder Nordkapp, stevner inn Porsangerfjorden, når frem til Lakselv og tar inn på stedets Gjestgiveri. Her, for ikke helt å glemme duften av den store verden og det sørte liv, skeiet vi ut med

å spise søndagsmiddag en gang i mellom mens jeg arbeidet i distriktet fra 1977-1980.

En søndag kom kelneren haltende, trekkende på sitt venstre ben, ryggen var tilstivnet og ansiktet bar preg av lidelse, - han slepte seg frem til vårt bord og ga oss spisekartet med et tappert bukk. Jeg spurte medfølende: "Har de ischias?", - hvortil han svarte beklagende: "Nei, - men vi har en utmerket chateaubriand".

## UTPOSTENS VERDI

Jeg vet ikke hvor morsomt dette ble, men vitsene er ikke bortkastet, de kan tjene som innfallssport til en omtale av de almenmedisinske verdier Utposten har forvaltet gjennom sine 10 år.

Humor er noe av det jeg har satt størst pris på med bladet. Skiftende redaksjoner har sørget for å ta vare på den treffende illustrasjon, den burleske billeddtekst, den sarkastiske replikk. Det har vært en godartet humor, like gjerne rettet mot en selv som mot andre. Robberstads dikt og distriktsnissens brev kan stå som foreløpige minnestøtter (støtter for minnet) over denne del av Utpostens særpreg.

## Hverdagslig tone.

Humoren har vært med på å bygge opp bladets andre styrke, - uhøytideligheten. Utposten er blitt vårt hverdagsblad. Her kan vi pludre med hverandre om små og store ting uten å stille alt for strenge krav til form og innhold. Terskelen er lav i Utposten, og derfor har dette bladet maktet å få frem enkle, jordnære emner, viktige for faget, men ikke "fine" nok til å tas opp i mer vitenskapelige tidsskrifter. Ved sitt alminnelige- og ufarlig-gjorte preg har bladet stimulert kolleger til skriving og engasjement som ellers ville forholdt seg tause - til armod for debatten og skade for faget. Denne upretensiøse tone har også gjort Utposten til et publikasjonsorgan for små, enkle primærmedisinske utredningsarbeider og slik hjulpet forskere til å ta det første, famlende skritt på en spennende løpebane.

## Forsonende, sammenbindende virkning.

Nettopp ved å skape et genuint almenmedisinsk forum for debatt og fagutvikling har Utposten kommet til å bety mye for den identitets- og solidaritetsfølelse som er bygget opp i norsk primærmedisin det siste decennium.

Ikke så å forstå at her har hersket betenklig enighet. Tvert om har det



i Utpostens spalter vært harde, om enn ikke blod - så blekksprutende kriger om stykkpris mot fastlønn, om etableringslov, om adgang til å få danne lokalforeninger av almenpraktikere osv. Men diskusjonen har hele tide vært preget av den toleranse som følger av at partene, tross ulike meninger om midlene, har et felles mål - en helsetjeneste bygget på almenpraktikeren som kjerne.

Ikke minst i de senere tider med tendens til unødig polarisering og skyttergravsmetalitet etter helsepolitiske og næringspolitiske skiller, kan Utposten stå som et forbilde med sin romslige åpenhet og sin satsing på følgende hovedprinsipp:

Det går utmerket godt an å drive fullverdig almenpraksis og samfunnsmedisinsk arbeid etter stykkprissystemet som etter fastlønnsordning, som enelege eller i gruppe, som distriktslege i kombinert stilling eller som selvstendig næringsdrivende. Det er smålig og tåpelig av ulike primærlegegrupper å mistro hverandres hensikter og evner. I stedet for å sløse bort krefter på innbyrdes strid bør vi samles om den store og krevende oppgave det er å foredle det felles gods av erfaringer og, kunnskaper og ferdigheter som utgjør det almenmedisinske fag, hva enten det praktisieres av en høyremann eller av sosialist.

#### Almenmedisinsk fagutvikling.

I dette ærend har Utposten gjort en fremragende jobb. Ikke minst viktig har bladet vært ved å sikre det faglige utviklingsarbeid ankerfeste i praksis. Institutter, forskere og lærere står stadig i fare for å bli hverdagsfjerne og dermed urealistiske i sine emnevalg og anbefalinger. Vi trenger noen som kan holde oss på jorden når tankeflukten går for høyt.

I så henseende har Utposten vært et nyttig bindeledd mellom akademi og grasrot i norsk almenmedisin. Også på en annen måte har Utposten vært et nødvendig korrektiv.

Dere vet almenmedisin kan lett bli forferdelig almen.

Så almen at pasienten og fagets kliniske kjerne skjules av lag på lag med helsetjenesteforskning, medisinsk sosiologi, samfunnsmedisin og meget annet som viktig og bra er, men som bør være biting og ikke hovedsaker i almenmedisinsk forskning og undervisning. Utposten har vært en garatist for pasientene og det kliniske arbeid i dette spill av kryssende interesser.

Westin og Østensen's interessante serie med pasienthåndteringsproblemer er et godt eksempel på hvordan Utposten har lagt prisverdig vekt på et område mange av oss andre har forsømt, - den konkrete almenmedisinske klinikken.

#### ALMENMEDISIN I 80- ÅRENE

Så til del 2 av min bestilling. Redaksjonen har beordret noen gylne jubileumstanker om norsk almenmedisin i fortid, nåtid og fremtid. Frykt ikke - jeg skal være kort, - for jeg er lei av å tenke og vil heller handle. Det mener jeg faget vårt også bør gjøre. 1970 årene var ideenes løår for norsk almenmedisin. Vi fant oss selv og slo på store trommer og blåste i basunene og bar bud om vår storartethet.

Det var som en oppbyggelse og den var nødvendig. Men etter vekkelsen kommer virkeligheten og troen forsvinner hvis vi ikke fyller

ordene med håndgripelig og målbart innhold. Derfor bør 1980-årene bli handlingens løår for norsk almenmedisin.

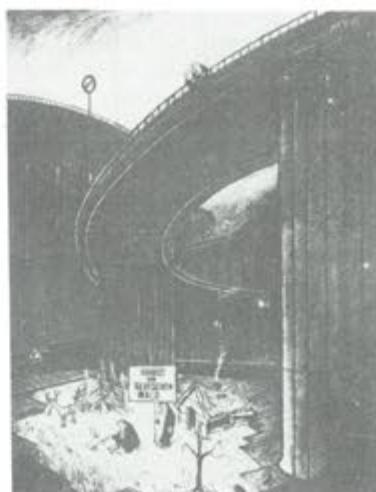
Vi må forstå, og dette gjelder meg like meget, kan hende mer enn dere, for jeg har vært blant de gammeltestamentlige profeter - vi må begripe at religionskriger hører andre århundrer til. Tiden har modnet forbi tro og evige sannheter. I mange år, så mange at det nå lyder som et hult ekko, har vi slått oss på vårt bryst og påstått oss å forvalte enestående verdier: kontinuitet, helhetssyn, medmenneskelighet, kjennskap til pasientens personlige legning, kjennskap til pasientens nærmiljø og alt annet som gjevt og godt er.

Det holder ikke lenger. Vi blir neppe tatt på alvor hvis vi ikke kan godtgjøre det vi alle føler, nemlig at det er målbart og beviselig innhold bak de store ord.

Altså, almenmedisin kan ikke, og jeg vil si bør ikke, overleve i det lange løp med en slags indirekte identitet, definert som forskjeller fra noe annet in casu spesialmedisin. Vi må lage en original av almenmedisin til erstatning for den nåværende reproduksjon bestående av uklare spesialmedisinske kontrapunkter. Vi må gå inn i vårt fag, hente ut deler av det, foredle verdiene, klargjøre feilene og slik gjennom møysofsmiligt arbeid bygge et ekte bilde av hvem vi er og hva vi står for. Bare på den måten, tror jeg, kan vi få og forsvare den plass vi bør ha i helsetjenesten.

Det faglige klargjøringsarbeid bør først og fremst ta for seg den almenmedisinske klinikken. Vi vet at 90% av pasientene som søker lege her i landet tas hånd om av primærlegene og av oss alene.

Det gir seg selv at dette store flertall av sykdommer som stopper opp i første linje bare kan utforskes der. Vi er en egen verden, er vårt omkved, forskjellig fra sykehusmedisin, med våre egne sykdommer og behandlingsformer.



Javel, - jeg er enig i det, - men da må det være vår strenge plikt å kartlegge denne angivelige særpregete verden, beskrive sykdommene belege hva vi gjør og hvordan det går med dem. Konkret: hvilke dyspepsier og ryggplager og hodepiner er det almenpraktikeren møter?

Hva kan vi si om årsakene, hvordan ytter tilstandene seg, hvordan forløper de, - uten behandling og med ulike behandlingsformer, - hvilke undersøkelser er det riktig å foreta på de

ulike trinn. Så konkret tror jeg vi må gå til verks hvis tanken fra forrige 10-år skal overleve det nye.

Vi trenger action, - og er heldigvis i ferd med å få det. Almenmedisin er i ferd med å bli et hovedfag ved de medisinske fakulteter.

En egen almenmedisinsk lærebok er i emning. Almenmedisinsk forskning blomstrer som aldri før. Almenmedisin som fullverdig spesialitet er snart en realitet.

Et norsk almenmedisinsk selskap med faglig utviklingsarbeid som hovedoppgave er på trapene. Det er således løfterike tegn i vår almenmedisinske sol og måne på at faget skal klare denne omstillingen fra tanke til handling.

Utposten er ett av dem.

Gratulerer med dagen. Takk for det du har gjort og, - føler jeg meg trygg til å si, - det du kommer til å gjøre for norsk almenmedisin.

## Forskningsprosjekt innen eldreomsorgen i Bergen

Bergen kommune har vedtatt å sette i gang et forsøks- og forskningsprosjekt innen eldreomsorgen i en av bydelene (Laksevåg) med en totalbefolking på ca. 12.500 mennesker. Prosjektet er planlagt å vare i 3 år. Sosialdepartementet har innvilget en søknad om støtte til dette prosjektet.

De viktigste siktemålene med prosjektet er:

1. Kartlegging av eldres situasjon medisinsk, boligmessig og sosialt.
2. Utvikling av bedre rutiner og metoder for registrering av hjelpebehov hos eldre, og utvikling av bedre samarbeidsformer mellom ulike instanser lokalt og ved institu-

sjoner.

### 3. Evaluering av tiltak og metoder.

Det er etablert en egen styringsgruppe for prosjektet med representanter for Helsesekksjonen (Helserådet), Sosialsekssjonen og Rådmannens stab. Videre er det 3 universitetstilsatte med i styringsgruppen.

Styringsgruppen vil få det overordnede ansvaret for prosjektet. I tillegg er det etablert en lokal arbeidsgruppe med representanter for de instanser som særlig kommer inn i bildet når det gjelder å tilrettelegge service for hjemmeboende eldre.

Det er opprettet stilling for prosjektleder. Styringsgruppen vil helst ha en lege med adekvat bakgrunn og interesse for eldreomsorgen i stillingen som prosjektleder. Erfaring fra almenpraksis eller distriktslegetjeneste skulle være et godt grunnlag for en prosjektleder.

Stillingen for prosjektleder har vært utlyst en gang, uten at dette har resultert i ansettelse. Jeg er overrasket over at interessen for en slik utfordrende oppgave ikke synes å ha særlig appell til kollega innen primærhelsetjenesten. Kollega som måtte ha interesse av å gå inn i dette prosjektet, bes vennligst kontakte meg.



„Guten Morn, du gehehest so stihille... Das Frühstück ist da!“

Bergen, den 7. juli 1982.

Svein Hindal  
Stadslege

Helsesekksjonen i Bergen.

# HVOR DET TROSS ALT ER EN DOKTOR

Av Tharald Hetland, 3490 Klokkarstua

I boken "Where there is no Doctor" har David Werner beskrevet hvordan man som ufaglært helsearbeider, etter et kortvarig grunnkurs, kan være behjelplig ved de vanligste sykdommer ute på landsbygda.

I løpet av en lo-års periode har David Werner bygget opp en "distriktshelse-tjeneste" basert på lokale krefter flere steder i sentral Amerika.

Hans idé har vunnet så stor gjenklang at myndighetene selv i et autoritært land har måttet ta ham alvorlig.

Hans helsepolitiske budskap er i ferd med å spre seg i sentral Amerika, et budskap som i sin enkelhet i det vesentligste består i at brukeren er konkret delaktig ved utforming og tilrettelegging av tjenesten på egne premisser.

Sammen med brukerne har han laget enkle illustrerende håndbøker til bruk for helsearbeiderne.

For et par år siden uttalte en professor fra UCLA under en gjesteforelesning i Tromsø at: "Primærhelse-tjenesten må bli bedre i hele verden" og at "Alle land har problemer med å tilfredsstille behovene for helsetjeneste hos mennesker som bor utenfor de sentrale områder og i særlig grad behovet for primærhelsetjeneste".

Her hjemme liker vi å smykke oss med at vi har en av verdens beste helsetjenester. Kan det være fordi vi tross alt har en relativt godt utbygget distriktshelsetjeneste? Desentralisering og nærbet til befolkningen er nøkkelord ved planleggingen av fremtidens primærhelse-tjeneste.

Samfunnsmedisinien kan bli brobyggeren mellom fag og politikk på lokalplanet. Når behov for helsetjenester skal vurderes kan det være nyttig å se på hva uttrykket "behov" egentlig representerer.

Man kan si at: Behov = krav minus forventninger. En sammenblanding av behov og forventninger, særlig

hvis forventningene skulle være ubegrunnet, ville resultere i krav som ikke alltid kan eller bør innfris.

En realistisk holdning til forventninger forutsetter brukermedvirkning både i planlegning og utførelse av tjenesten. Helse og politikk kan ikke adskilles.

En brukermedvirkning via private eller politiske kanaler er en forutsetning for bedret helsetjeneste. Åpen informasjon og kommunikasjon om helseproblemer er nødvendige for den kontinuerlige dialog, en dialog som i høyeste grad er nødvendig for til syvende og sist å kunne oppnå consensus om defineringen av behov.

Behov lar seg imidlertid neppe beskrive som standard-tall som f.eks 1/1200.

Norsk distriktshelsetjeneste har på tross av pompøse politiske bekjennelser vært helsevesenets salderingspost i mange år. Riktignok har man fått til en gunstig normaltariff, men dette har neppe betydd noen faglig oppjustering av distriktshelsetjenesten. En opprustning av primærhelsetjenesten kan selv sagt ikke skje ved en bedret normaltariff, men betinger en holdningsendring og akseptering av "primærgeneralisten" som en likeverdig samarbeidspartner i helsetjenestesystemet.

Det kan virke som Den Norske Legeforening har vært mere opptatt av å høyne normaltariffen enn å analysere de faglige konsekvensene av bruken av den. Det felles mål å høyne normaltariffen er selv sagt ikke vanskelig å enes om innen foreningen



da det jo også kommer samtlige medlemmer til gode, men det bedrer ikke primær, helsetjenestens faglige status.

"Utposten" har i denne sammenheng spilt en viktig rolle som en frisk motvekt mot de mer pekuniært interesserte grupper i Legeforeningen.

Informasjonsutveksling primærlegene imellom har vært en vesentlig faktor ved utviklingen av almenmedisinien i Norge i siste 10-års periode.

Det er selv sagt vanskelig å være misjonær i eget land og det er ikke sikert man er tjent med en "almenmedisinsk indremisjon". Men utviklingen av norsk almenmedisin er avhengig av om man kan løsribe seg fra normaltariff -, og for den saks skyld også fastlønns - debatten, å starte en gründig diskusjon om selve fagets innhold og dynamikk, og ikke dets "liberalitet". Almenmedisinien kan ikke la seg utvikle alene på sykehusmedisinens premisser men definere seg selv i en stadig informasjonsutveksling primærleger imellom, i forhold til de politiske beslutninger lokalt og ikke minst i et nærmere samarbeid med brukeren.

Distriktshelsetjenesten er tross alt relativt godt utbygd i Norge.

Det som nå trengs er kvalitetsvurderinger og diskusjon om det faglige innhold og dynamikk. OLL og Aplf har som spesialforeninger store oppgaver i å initiere og vedlikeholde denne kontinuerlige debatt, ikke som én forening, men som to likeverdige debattanter. Både generalplanen og den kommende lov om kommunehelsetjenesten burde danne et godt utgangspunkt for diskusjonen.

Utposten har i 10 år nå fungert som katalysator for denne debatt om primærhelsetjenesten. En rolle den har spilt med glans! Vi trenger fortsatt en glødende katalysator i norsk helsedebatt!

# Flue på sykehusveggen

Kjære Utposten!

Gratulerer med tiårsdagen! Jeg håper det blir en hyggelig dag, kanskje med selskap?

Det er også på tide med en helsekontroll, selv etter Siems strenge kriterier. Mange er skikket for oppgaven, for de har et Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende forhold til både almenmedisinen og Utposten.

Jeg er en av dem. I til-lit til at andre ser på "resten", velger jeg å følge Koksviks metode for "Helsjekk, doktor!" og koncentrere meg om en sak som synes å gi den ellers høyst levende kontrolland plager: Familieanamnesen, nærmere bestemt forholdet til våre fettere og kusiner i sykehusmedisinen.

Forholdet er ambivalent. Jeg har ofte følt meg dum sammen med sykehusleger. De omgås med faguttrykk så lett og presist, vet hvor de har lest hva og forteller det gjerne.

Samtidig ser de av og til på meg med noe som ligner svært nostalgisk beundring.

På grunn av det infernalske påfunn fra diverse komiteer om tidsbegrenset almenpraktikertitel, ble jeg nødt til å søke nærmere kontakt med slekta. Jeg stilte med angst og skepsis:

Hva er egentlig så viktig med sykehustjeneste siden "alle" mener at det hører med?

Tjeneste som ass.lege ga ikke noe svar. Ukjente former for rutinearbeid tok overskuddet. Først den siste måneden begynte faget selv å bli spennende og jeg lånte tykke bøker. Nyttig lærdom fikk jeg, men var det verd alle timene med journaler, vakter osv.?

Jeg var ikke alene om å være usikker på svaret. På økte medisinsk vis ble det gjort forsøk med en ny terapiform: Strukturert sykehustjeneste.

Anført av Kjell Johansen foretok noen Vestlands-

Av Berit Tveit



leger ekskursjoner til sykehusavdelinger. I to arbeidsuker av gangen vandret vi i de hellige hallene, fri for rutinearbeid og ansvar, men med plikt til å holde øynene åpne. Vi lærte endel om fagene, og at sjeldne sykdommer fins.

For meg ble det like viktig at vår stilling som "fluer på veggen" ga en helt annen synsvinkel enn fra ass.lege-nivå. Det ble mulig å se sykehusets indre dynamikk som helhet. Resultatet ble noe annerledes enn ventet.

Vi erkjenner at et sykehus har to hovedoppgaver: Å behandle pasienter og å utdanne spesialister. Vi mistenker at hverken pasientgrunnlag eller spesial-kunnskaper er av grunnleggende verdi for almenpraksis. Det ble bekreftet. Men jeg fikk noen punkter å tygge på:

- 1- Timeplanen var lik ved alle avdelingene, og lignet den eldgamle: morgenmøte, røntgen, nye pasienter, visitt osv. Men strukturen - inklusiv et fleksibelt og rommelig tidsskjema - tjente noe mer enn pasientbehandling: Det var anledninger til å møtes.

Det var likegyldig om man startet med noe i nattrapporten, et prøvesvar eller en pasient, og om det foregikk på sykesal, vaktrom eller i korridorene. Fagprat ble det.

Sykehuslegene minner

om hvite blodlegemer: De flyter fritt i systemet. Men et hvilket som helst problem medfører øyeblikkelig klebing til nærmeste faste gjenstand, ytterligere tilstrømning av hvite frakker og iherdige forsøk på å penetrere problemet.

En pasient med et uvant utslett ga en slik reaksjon. Hvordan legene fikk rede på at problemet var tilstede, forstår jeg ennå ikke. Kanskje de har en egen form for telepati? De kom i allfall, og bøker, preparater og ord fløy veggimellom i timevis. Resultatet var faktisk nokså viktig for behandlingen.

- 2- Jeg begynte å ane hvorfor sykehusleger imponeerer meg slik. All denne mer eller mindre tilfeldige fagprat er egentlig en gjensidig og jernhard trening og konsens tale. Epikrisenes tåkeprat og sjabloner er ikke typisk for den interne informasjonsutveksling.

Det kom særlig godt frem når vi våget oss frempå med spørsmål.

Kjappe miniforelesninger eller "Vet ikke helt, men la oss slå opp mmm-dien boken". Punktering av fremmedordballonger var en yndet sport. Tross anfall av spisse albuer var den gjensidige toleranse stor. Det er tillatt å være uvitende, og å dumme seg ut. Men ikke å bli dum.

3. Min bekymring for sløsing med ressurser på sykehus ble noe mindre, (men ikke borte!) Tross alt er det en annenlinjetjeneste. Det innebærer at systemet må ha en viss reservekapasitet overfor katastrofer, som ulykker, epidemier og opphopning av infarkter. Når reserven ikke brukes, er ressursene ikke passive. De brukes til og med ganske intenst, særlig til undervisning og forskning. (Men de så på ski-VM også, stående ved pasientenes TV).
4. Den praktiske konsekvens ble at pasient-behandling og gjensidig læring er håpløst innfiltret i hverandre. Ingen av delene syntes å lide vesentlig av den grunn, selv om en hyppig bivirkning blir utveksling av fremmedord over liggende pasient. Men når praktisk arbeid, undervisning, forskning og kollegialt samvær blir blandet så ettertrykkelig, og koft sammen med gamle tradisjoner både vel og lenge, da er det ikke underlig om vi har vansker med å skille ut de ingrediensene i suppen som er brukbare i almenmedisin.
- Vi har litt lettvert begynt med sluttresulatet: Når prosessen frembringer brukbare og kyndige spesialister, kan den også frembringe gode almenpraktikere. Under vår vandring på avdelingene lærte vi at den tanken måtte være gal.
- Man har nok forvekslet kunnskapsinnholdet med selve læreprosessen.

#### Men så kom Jacobs-stigen.

Prytz og hans komite tegner konturene av femtidens spesialitet i almenmedisin. Der snakkes om lengre praksis enn sykehustjeneste, om evaluering og supervisjon. Slik er ennå fremmedord for oss, men jeg tror de inneholder noen av de samme momentene som sykehuslegene så elegant har blantet sammen med pasientbehandlingen.

Vi kan ikke gjøre det på samme måte, og har noen viktige vansker å overvinne:

1. Konsultasjonen er prinsipielt en "jeg-du"-situasjon, hvor samhandling foregår mellom pasient og lege alene. Erfaring med studentundervisning tyder på at mange pasienter reagerer lite på en tilhører, bare han/hun er definert som lege. Men likevel bør vi tenke oss godt om.
2. Selvstendighet er grunnleggende i almenpraksis. Dette fører med seg et særlig utvalg av leger, som både tåler og liker å arbeide alene. Sykehustjenestene innebærer et intimt medisinsk samliv, med alle de bivirkninger slikt fører med seg. De vil vi nødig ha. Men vi er nok nødt til å både gi og ta imot mere enn før overfor hverandre.
3. Almen praksis er førstelinjetjeneste. Vårt innarbeidede system er at vi fyller dagen opp med presserende oppgaver og mest med direkte pasientkontakt. Det fins lite reservekapasitet. Behovet er tilstede. Men det var først etter to perioder med sykehustjeneste at jeg våget å karakterisere egen lunsjpause i legegruppen som arbeids tid.

#### Uformell læring er god læring.

Vi er oppdradd til å tro på den hellige tre-enighet av Forelesninger, Timeplan og Skriftlesning, med Eksamens som konfirmasjon. Som nevnt er det en viss struktur også på sykehus. Men både tre-enheten og eksamen er liksom smuldret opp i småbiter. All min erfaring tyder på at læreprosessen da blir bedre. Den tar atskillig mer tid, og ens selvbilde lider unektelig noe. Men det er en gjensidig prosess. Vi observerte at professorstitel ikke ga immunitet! Kanskje vår viktigste oppgave fremover blir å overbevise samfunnet om at bevilninger til lære-prosesser i almenmedisin er god

investering, og at det vi trenger mest er større reservekapasitet.

I og med at politikere ifølge ryktet også har korridorer og kaffepauser, burde de ane at vi ikke er ute etter hverken mer fritid eller mer penger.

Prytz & Co. har antydet 10% av arbeidstiden til "læring osv".

På grunn av sykehuslegenes grundige blanding av pasientarbeid og læring er det umulig å si noe sikkert om deres prosentandel, men det føltes som minst 30%. Så la oss ikke være for beskjedne!

Under sykehusoppholdet fikk vi være velfortjente smekk for utidig summing, men også det endelige bevis på at almenmedisin har fått sin status: Fluene fikk lov til å smake på suppen!

PS: Hvor mange har "løst" Utpostens problemserie til kaffen, og hvor mange har lært noe av det? Q.E.D.



## Nordisk hverdagssamarbejde

**Niels Nørrelund**

Formand for «Dansk Selskab for Almen medicin»

Praktiserende læger i norden mødes hvert andet år til kongres, og man fastslår, at vi har en række fællesproblemer, som det nok ville være fordelagtigt at forsøge at løse i fællesskab. Vi afslutter kongressen med festbanket, og der bliver atter talt om broderskabets mange fordele. Næste morgen flyver vi til hvert sit hjørne af vores egen verdensdel, og så ligger de fleste fællesemner brak, indtil vi to år senere påny mødes til kongres.

### EFTERUDDANNELSE.

Den danske efteruddannelse er frivillig og god. Jeg er sikker på, at nordmændene kunne lære frygtelig meget af at deltage i den, så jeg foreslår, at I får 5-10 pladser, hver gang vi lader et 100-mands-kursus løbe af stabelen?

Vi vil selvfølgelig også gerne til Norge.

### VIDENSKABEN.

I disse dage udnævnes den anden danske professor i almen medicin. Han får domicil i Århus. Backer får en kollega, som han kan udveksle problemer med.

I det sidste halve år har vi i Danmark diskuteret, hvor tæt det videnskabelige samarbejde mellem almen medicin og social-

medicin bør være, og emnet har inspireret til mange gode debatindlæg. Kvint-essensen af diskussionen var, at den almen-

medicinske forskning i Danmark endnu er så svag, at den ikke er skikket til at indgå et tættere samarbejde med et andet fag. Vi skal selv blive dygtigere!

Norge har haft almenmedicinsk forskning længere, end vi har, og jeg synes, at det burde være muligt at stå i lære hos de dygtigere? Kunne vi udveksle stipendiater? Kunne I komme hermed og holde nogle kurser?

I Danmark går det trægt med at udvide gruppen af aktive praktiserende læger, der samtidig forsker. Hvordan hos jer?

### VIDENSKABELIGT TIDSSKRIFT.

Gennem et par år har en nordisk initiativgruppe arbejdet for, at man kunne etablere et videnskabeligt tidsskrift af typen "Scandinavian Journal of Primary Health Care".

Nordisk almen medicin er eksportværdig!

### FÆLLESUDVALGSARBEJDER OM SVÆRE EMNER.

Enkelte praktiserende læger i Norge ved meget om EDB, og vi er herhjemme først netop begyndt at tage fat på de store problemer.

Var det ikke fordelagtigt, hvis vi gik sammen for at udvikle denne sag på bedst mulig måde i almen praksis i norden?

Der må kunne nævnes mange andre konkrete problemer af vidtrækende betydning, som vi initialt burde forsøge at løfte i fællig?

### ALMEN PRAKSIS OG FREMTIDEN.

Danske politikere har de sidste ti-tyve år talt om, at de gerne så almen praksis styrket, for man er træt af at hædre penge i det danaidernes kar, som moderne hospitalsvæsen også har udviklet sig til. Ikke desto mindre forbruger den primære sundhedssektor i Danmark procentuelt mindre og mindre af det samlede budget. Vi har altså ikke magtet at hjælpe politikerne, så deres intentioner i hvert fald kunne afprøves.

Den primære sundhedssektor må have en række lignende problemer i de andre nordiske lande, og det er muligt, at vi burde lade os gøre af UTPOSTEN's jubilæum og erklære, at nu vil vi også samarbejde i tiden mellem kongresserne, og vi vil nedsætte et fælles strukturudvalg, der skal forsøge at afhjælpe det ovenfor nævnte problem?



# SFAM nytt

Nr 3 1981 · NYTT FRÅN SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN



**Ur innehållet:**  
**Distriktsläkaren som radiodoktor · Värk i befolkningen · Vårdlag**

## SFAM nytt

Periodisk tidskrift för Allmänmedicin.

**Ansvarig utg.** Ingvar Krakau

**Medicinsk red.** Bo Haglund, Hälsovårds-

enheten, Kärrsjukhuset, 541 85 Skövde.

**Huvudred.** Magnus Eriksson.

**Adress:** SFAM-NYTT c/o M Eriksson,

Repslagareg. 3 A, 951 35 Luleå.

**Annonsred.** Göran Sjönell,

Matteus vårdcentral, Surbrunnsgatan 66,

113 27 Stockholm.

**Prenumerationsavgift:** 50:- år.

För studerande: 25:- år.

(Prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Sv. Förening För Allmän Medicin.)

Tidningen utkommer med ca 4-6 nr/år.

Prenumerationsavgift inbetalas på postgiro 65 59 74-4, Svensk Förening För Allmän Medicin – ange att avgiften avser prenumeration.

**ISSN** 0349-4772.

**Tryck:** Strokirks Tryckeri AB, Skövde, 1981.

## Bengt Linder

Ordförande i Svensk Förening för Allmänmedicin

De olika ländernas separata delar i skandinavisk allmänmedicin har många beröringspunkter. Utvecklingen de senaste fem åren har varit sådan att dessa beröringspunkter har blivit allt fler och kontaktytorna allt större. Vårt gemensamma behov av att stärka den allmänmedi-

cinska identiteten, utveckla ämnet som fack, utveckla det vetenskapliga innehållet samt förbättra både grund-, specialist- och efterutbildning i allmänmedicin har stärkts av er tidning.

Tidningens lay-out är mycket tilltalande och har delvis varit normgivande för vår egen tidning, SFAM-

nytt.

Inför ert aktuella jubileum är det därför med stor glädje jag konstaterar er tidnings synnerligen goda kvalitet samt från Svensk Förening för Allmänmedicin gratulerar er dels till detta, dels till jubileet.

# SPESIELLE PASIENTER

Av Steinar Westin

Det later ikke til at almenpraktikere har særlig vanskelig for å beskrive sine "umulige" pasienter. Da dette temaet ble tatt opp på kurset "almenmedisin for almenpraktikere" nylig (referat i Utposten nr. 3-4/80), var forsamlingen av deltagere ualminnelig aktiv. Vi fikk skissert fire velkjente typer av slike pasienter, den klebrige, den fientlige, den evige pessimist, og den selvødeleggende pasient. Hver enkelt av kursdeltakerne lot til å være istrand til å gjøre listen lengre. Ja, det gikk så langt at vi lot fantasien friste oss til å tenke hvor mye lettere tilværelsen kunne blitt om vi bare kunne kvittet oss med disse 5-lo "plageåndene" i distriktet, dette lille antallet pasienter som plager livet av oss dag og natt. Tanken lå snublende nær om å foreslå etablert ett slags almenmedisinens Reitjerde, et sted langt fra folk.

Noen slik resolusjon ble ikke fattet. Men kurset ga en spennende anledning til å diskutere hva vi gjør - og hva vi kanskje kunne gjøre - med disse "umulige" pasientene. Vet vi nok om dem? Er det pasientene selv eller vår egen udugelighet som får oss til å oppleve møtet med dem som utålelig? Vil de samme pasientene bli oppfattet som like umulige av forskjellige leger? Spørsmålene ble reist, tygget på, men neppe besvart.

For egen del bidro diskusjonen til å gjennoppliv tanker jeg gjorde meg da jeg for halvannet år siden var iferd med å forberede flytting og oppbrudd fra egen praksis.

Det var noen "umulige" pasienter som jeg knapt kom til å savne. Men på den annen side, var det også noen pasienter som jeg etter hvert hadde fått et særlig positivt forhold til. Jeg kom til å tenke på alle de gangene kontorsøster kom

stikkende inn døren med et arkivkort for en pasient som ikke stod på dagens liste med ordene: "Har du tid til å se på denne pasienten?" Og så skjedde det ikke sjeldent at denne "spesielle" pasienten fikk slippe til med sine problemer på tvers av alle hensyn til tid og ventende medpasienter.

Var det virkelig slik at jeg i min praksis behandlet pasienter så ulikt, at jeg til tross for idealer om likeverdig helsetjeneste for alle, ga urimelig mye tid og oppmerksomhet til noen få?

Kanskje kan vi tenke oss en skala, der den "umulige" og den "spesielle" pasient befinner seg på hver sin ytterpunkt? Hvis det er tilfelle, kunne vi kanskje med like stort utbytte begynne å interes-

sere oss for hva det er ved disse få spesielle pasientene som får oss til å legge så mye tid og krefter for dagen. Jeg antar at dette med spesielle pasienter ikke var noe særregnt for min praksis, men at også andre har en slik fornemmelse av at noen pasienter har en særstilling i det daglige arbeidet.

Om noen nå spurte meg om hva det var som kjennetegnet disse spesielle pasientene, ville jeg bli svar skyldig. Jeg kan peke på enkeltpersoner, noen unge, noen gamle og av begge kjønn. Men jeg kan ikke i farten øyne noen sikre felles trekk ved dem. Jeg vet bare at det var noen som jeg alltid var villig til å "slippe til"- enten det skjedde på bekostning av en etterlengtet frokostpause eller det var et nattlig sykebesøk på tampen av



en helgevakt. Noen var pasienter som jeg følte jeg hadde lykkes med på en eller annen måte. Pasienter som fikk meg til å kjenne at det daglige strevet hadde mening. Andre var kanskje rett og slett sympatiske medmennesker som enhver doktor ville like å ha i sin praksis. Atter andre var pasienter som jeg en gang hadde vært på kant med, eller gjort tabber overfor, men som på tross av dette hadde gjenvunnet tilliten til meg som doktor. Slike hendelser forplikter og gir drivkraft til å yte noe ekstra.

Heller ikke er det vanskelig å identifisere noen liddende mennesker i sosial elendighet eller med langt-komne kroniske sykdommer som man som doktor fatter alminnelig medmenneskelig omsorg for.

Men så kommer spørsmålet om det også var pasienter som fikk sin spesielle posisjon etablert av grunner som jeg slett ikke var meg bevisst. Var det noen som var spesielt flinke til å snakke "mitt språk", andre som ved sosial status eller ved sin posisjon i lokalsmafunnet fikk den aller beste service? Eller om man nå skal bli enda mer intrikat, pasient-relasjoner der de Freudiske motoverføringsmekanismene grep inn og overtok styringen, til fortvilelse både for pasientmottakere og ventende medpasienter?

Man kan reflektere over om det er hensiktssmessig at man som almenpraktiker fordeles sin tid og sine krefter ujevnt - og kanskje urettferdig? - på denne måten. Burde vi ta oss selv i nakken og se til at ingen enkeltpasient får beslaglegge mer enn sin gjennomsnittlige tildelte tid uner mottoet "vekk med den privilegerte pasient"?

Jeg tror ikke det. Skal vårt daglige arbeid ha mening, tror jeg vi må gi oss selv tid og anledning til å engasjere oss mer i noen pasienter enn i andre. Den daglige rutinen ville bli enda gråere om vi ikke tok imot disse særlige invitasjonene til å yte vårt aller beste som leger. Gjennom arbeidet med våre spesielle pasienter kan vi

skaffe oss innsikt og erfaring som på sikt også kan komme våre vanlige "16-minutters-pasienter" til gode. Dette er selvsagt en påstand som jeg ikke kan gi noen ytterligere begrunnelse for. Under enhver omstendighet ville det sikkert ikke være noen ulykke om man greide å tilegne seg en noenlunde bevisst holdning til hvorfor man velger å yte ekstra mye for noen få, dersom man ved selvrefleksjon finner ut at man faktisk gjør det.

Dagene i almenpraksis er travle - og sjeldent fikk jeg tid til å reflektere over slike sider ved min praksis. Det nærmeste vi kom i vårt distrikt, var en regelmessig supervisionsordning for våre psykiatriske pasienter, som ble drevet ved en av overlegene ved det stedlige psykiatriske sykehus. Men spørsmål knyttet til våre "spesielle pasienter" gjelder selvsagt ikke bare de som har definerte psykiske lidelser. Det gjelder hele vår omgang med det vanlige spektrum av pasienter og sykdommer, og er i egentlig forstand et rent almenmedisinsk anliggende.

De kolleger som er enige i et slikt synspunkt, kan også ta konsekvensen av det.

Jeg tror det kunne gi nyttig innsikt i egen praksis om man for eksempel over en 2-3 ukers periode hver dag

blinket ut den pasient som man selv mente var mest "spesiell" i positiv forstand, altså den pasient man mente ville få den beste service på det mest ulyelige tidspunkt! Etter noen uker kunne man begynne å reflektere over hvem døss ukens "5 på topp"-pasienter egentlig er, og hva det er ved pasient eller lege som styrer lege-pasientforholdet. Sammen med kolleger i en gruppe kunne man drøfte dette grundigere, kanskje med særlig stort utbytte i grupper der deltakerne kjenner de samme pasientene.

Jeg forestiller meg at en slik gjensidig supervisjon i en gruppe, kan bidra til å øyne kvaliteten av det arbeidet vi gjør. Kanskje vil det også bli mulig for noen å systematisere sin innsikt så langt at også vi andre kan få del i den? Jeg tror kort sagt at vi vet svært lite om våre "spesielle pasienter".



Manifestasjoner ved vitamin B<sub>12</sub>-mangel



såvel til profylakse som til behandling

**Betolvex**

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens vitamin B<sub>12</sub>-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
- lettere 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.

**N  
O  
-  
T  
O  
-  
B  
A  
C**

**N  
O  
-  
T  
O  
-  
B  
A  
C**

**NO-TO-BAC**  
Kills the  
Tobacco Habit  
Sold & Guaranteed,  
By All Druggists.

## Vi gratulerer **UTPOSTEN**



Vi ser fram mot en fortsettelse av det gode samarbeidet i nye 10 år, og ønsker UTPOSTENS medarbeidere lykke til med årene som kommer.



**st-trykk**

Fotosats — Offsettrykkeri  
Tlf. 80 855 — 7300 Orkanger

# UTPOSTEN'S ALMENMEDISINSKE PROBLEM SERIE



I denne tidlige og søte sommertid går livet gjerne litt langsommere, og vi regner med at mange kan trenge en påminnelse om å svare.

Bladredaktørene har derfor vist sitt storsinn ved å stille noen sider i selve Jubileumsnummeret til rådighet for et opptrykk av evaluatingsformularet. Det følger på de neste sidene, og skal som vanlig besvares med tall fra 1 til 5, der tallene betyr:

I forrige nummer av Utposten presenterte vi et sammendrag av alle problemseriens 6 oppgaver og et spørreskjema der vi etterlyste lesernes og problemløsernes mening om dette tiltaket.

- 1: Helt uenig
- 2: Delvis uenig
- 3: Usikker
- 4: Delvis enig
- 5: Helt enig

Men merk altså at tre av de siste spørsmålene besvares med antall, og de to siste med angivelse av nummer på den oppgaven dere synes var mest interessant, henholdsvis minst interessant.

Vi aksepterer et grovt skjønn!

Glem heller ikke den åpne plassen til kommentarer på svarsliipens baksiden.

Vi håper på mange svar, både fra dere som selv har løst en eller flere oppgaver, og fra dere som bare har lest dem.

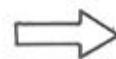
God sommer!

STEINAR WESTIN  
ARNE IVAR ØSTENSEN

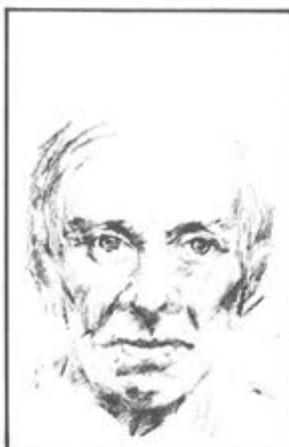
# FOR EVALUERINGEN – HER ER PROBLEMSERIENS SEKS OPPGAVER!

Hvert spørsmål besvares med et tall fra 1 til 5, der tallen betyr:

- 1: Helt uenig
- 2: Delvis uenig
- 3: Usikker
- 4: Delvis enig
- 5: Helt enig



Nr. 1  
Kurt  
Eliassen  
56 år



Nr. 2  
Artur  
Åsdalen  
71 år



Nr. 3  
Borghild  
Hol  
48 år

Seriens første pasient kom med sitt vonde kne på kontoret en fredag ettermiddag. Vi møtte på kort tid legge opp diagnostikk og behandling etter mulighetene infeksjon, fractur, eller - som det viste seg å være - en aseptisk pre-patellar bursitt.

Seriens andre pasient hadde fått tung pust, ubehag og smerter i epigastriet etter en tur på butikken. Vi møtte ham etter to dagers sengeleie, mistenkte et hjerteinfarkt, og måtte ta stilling til om han nå skulle sendes de 15 milene til sykehus.

Som seriens tredje problemkasus møtte vi kvinnen med svigermorproblemet som hadde fått anfall av klemmende smerter i brystet. Hadde hun en angstnevrose eller en reell angina pectoris, og hvordan ville vi utrede dette spørsmålet i almenpraksis?



Nr. 4  
Bjørg  
Lien  
51 år



Nr. 5  
Kristina,  
5 år



Nr. 6  
Elsa  
Andersen  
58 år

Her fikk vi som seriens fjerde problem presentert den middelaldrende kvinnen med klare thyreotoksiske symptomer. Hva slags thyreoïda-lidelse hadde hun egentlig, og hvor langt var det rimelig å gå med utredningen og behandlingen i almenpraksis?

Vår femte problemoppgave var 5-åringen som hadde fått pennicillin for en otitt og få dager senere fikk et utslett. Det var hverken insektstikk eller pennicillinallergi, men Hennoch-Schönlein purpura. Også sykehusmedisinens diagnoser debuterer i almenpraksis.

I problemseriens foreløpig siste oppgave møtte vi arbeidsmarkedets dystre realiteter. Med hvilken holdning skulle vi møte denne oppsagte kvinnen med nakkemyalgier og åreknuter og liten utsikt til å skaffe seg nytt arbeid?



Klippe her

## A Min mening om serien er at:

Kopi | Besvarelse

- a) Problemformuleringene har vært godt tilrettelagt for almenpraksis.
- b) Oppgavene har gått for langt inn på spesialistmedisinens områder.
- c) Oppgavene har vært for vanskelige.
- d) Spørsmålene har for ofte vært tvetydige og uklare.
- e) Det er nyttig å få sammenholde egne svar med andre kollegers.
- f) Jeg har inntrykk av at oppgavene diskuteres blant kolleger lokalt.
- g) Problemserien er særlig nyttig for kolleger i isolerte distrikter.
- h) Oppgavegivernes gjennomgåelse av egne kasus har vært forenlig med "god almenmedisin".
- i) "Flertallsfasit" kan bidra til å befeste dårlige praksisvaner.
- j) Problemløsning pr. post kan bli et nyttig supplement i videre- og etterutdannelsen i almenmedisin.

## B Hvis problemserien skal fortsette/gjenopptas, bør:

- a) svarslien fortsatt innsendes anonymt.
- b) innsendt svarslien (med navn) gj "tellende kurstimer".
- c) flere kolleger bidra med egne svar.
- d) Spesialister bør benyttes til å kommentere problemoppgavene.
- e) Oppgavene bør gi bedre anledning til å gi "riktige" og "gale" svar.
- f) Serien bør beholde samme lay-out med innsending av svarslien uten konvolutt.

## C Besvar med antall eller nummer:

- a) Hvor mange av de 6 oppgavene (se forrige side) har du besvart med innsending av svarslien?  
(Hvis ingen, skriv 0) Antall:
- b) Hvor mange av de 6 har du besvart uten innsending av svarslien? Antall:
- c) Hvor mange av oppgavene har du diskutert med kolleger (omtrent)? Antall:
- d) Hvilken av oppgavene (nr. 1-6) synes du har vært mest interessant? Nr:
- e) Hvilken av oppgavene synes du har vært minst interessant? Nr:

# EVALUERING:

## Hva mener du om Utpostens problemserie?

Annen gangs utsendelse.  
Svarfrist 20. august 1982.

Husk 5 — helt enig  
skalaen 1 — helt uenig

Denne svarslien klippes fra og sendes institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim, innen 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   
Distrikslege   
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 embeteksamen ved (universitet):

.....  
..... i 19 | |

Bruk ledig plass på baksiden til utfyllende kommentarer!

STIFT



Frankeres  
som brev

Til  
Institutt for samfunnsmedisin  
Parkbygget,  
Regionsykehuset  
7000 Trondheim.

## KOMMENTAR TIL:

### PROBLEMKASUS

1/1982:

### Elsa Andersen



Etter at forrige nummer av Utposten var gått i trykken, mottok vi denne redegjørelsen fra Trondheim trygdekontor, ved seksjonsleder ved korttidsavdelingen, Oddny Crone.

Vi synes den gir en konkret og grei gjennomgåelse av Elsa Andersens trygderettslige stilling, og regner med at den kan være av interesse for kolleger med pasienter i lignende situasjon.

Den som i mellomtiden har glemt finessene i sykehistorien for Elsa Andersen, får ta bryet med å finne fram forrige Utposten-nummer (3/1982).

SW/AIØ

BRETT

Her på baksiden er det plass til egne  
kommentarer om Problemserien:

Dersom Elsa Andersens dagpenger under arbeidsløype er stoppet fordi hun nektet å ta tilvist arbeid, vil en legeerklæring til Arbeidsformidlingen bevirke at hennes rett til stønad må vurderes på nytt. Dersom det av legeerklæringen går fram at hun er i stand til å ta lettere arbeid (f.eks. noe som tilsvarer hennes tidligere arbeid som kontrollør) vil hun fortsatt være berettiget til dagpenger.

Den som blir arbeidsufør i et tidsrom hvori han/hun får dagpenger under arbeidsløype, har rett til sykepenger fra første dag. Egenmelding kan ikke benyttes. Arbeidsuførheten anses tidligst inntrådt den dag lege søker. Sykepengegrunnlaget tilsvarer beregningsgrunnlaget for de dagpengene sykepengene avløser og som er fastsatt av arbeidsmarkedmyndighetene da den løpende dagpengestønad ble tilstått. Sykepengene gir en høyere ytelse enn arbeidsløystønaden.

Forts.

neste side

STIFT

# Helseopplysning!

Sakset fra Agderposten 3.4.82

## MEDISINSKE TIPS

### Smitte ved håndtrykk



Hele dagen bruker vi hendene til litt av hvert. Det er derfor en usikkert å dele ut håndtrykk i tide og utide. Av hygieniske grunner bør håndtrykk bare brukes ved spesielle anledninger.

Medisinske tips, utvalgt av doktor Lasse Hessel

## Til underretning

Herved meddeles at

"NORSKE LEGERS FORENING FOR ANTROPOSOFISK MEDISIN" ble grunnlagt idag.

Dens formål er å fremme arbeidet med de antroposofiske impulser i medisinsk forskning og praksis, og å være med å verne om legers terapeutiske frihet.

Styret består av:  
Egil Tynæs, formann  
Kirkevn. 55, 5040 PARADIS.  
Karsten Gunnestad, kasserer  
og undertegne  
Ulf K. Børresen, sekretær  
3474 AROS.

Oslo, 20. mars 1982.



### Forts. kommentar til Elsa Andersen

Eksempel: Beregningsgrunnlag for arbeidsløysesstønad-en kr. 70.000,- gir i dagpenger 2/3 av 70.000,- kr. 140,- pr. dag

i sykepenger  
70.000: 312 dgr.  
kr. 224,35 pr. dag

Den beste løsning for pasienten under punkt A ville derfor være alternativene c og d.

Etter et halvt år vil det være rimelig at hun rådes til å søke uførepensjon, dersom det nå er sannsynlig at hun ikke makter å ta noen form for inntekts-givende arbeid igjen. Det blir da opp til trygdekontoret/fylkesnemnda å vurdere uføregraden på grunnlag av legeerklæringer, sosialrapporter m.v. For å få uførepensjon kreves det at den trygdedes

ervervsevne må være varig nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdommen, skaden- eller lyten.

Sykepenger betales av folketrygden i inntil 52 uker (312 dager), og når det i dette tilfellet er medisinske indikasjoner for det, bør sykmeldingen opprettholdes til maksimum stønadsdato.

Dersom hennes uføresak ikke er avgjort når sykepengerne opphører, vil pasienten ha krav på attføringspenger, en ytelse som økonomisk tilsvarer uførepensjonen. Attføringspenger betales på forskjellige vilkår: I ventetid før uførepensjon kan tilstås, under medisinsk behandling med utsikt til bedring av ervervsevnen eller i den tid han/hun gjennomgår

attføring (omskolering).

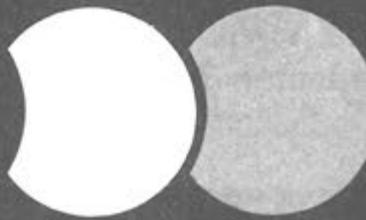
Da Elsa Andersen er 58 år, er det lite sannsynlig at en omskolering eller opp-læring til annet yrke har noe for seg. Forslag til løsning under punkt C vil derfor bli alternativene d og e.

Angående punkt f: Hun vil komme bedre ut økonomisk med egen uførepensjon enn med ektefellet tillegg imannens uførepensjon, bl. a. fordi hun gjennom de årene hun har vært i arbeid etter 1967 også kan ha opparbeidet seg rett til tilleggspensjon.

Trondheim trygdekontor

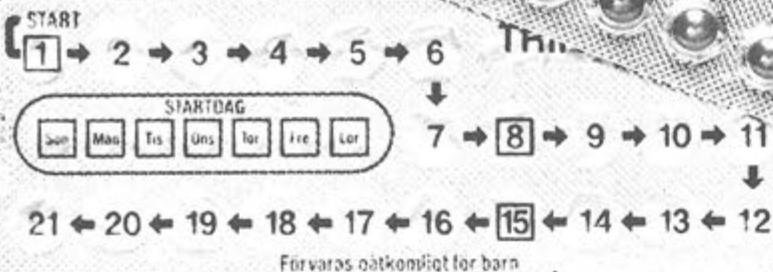
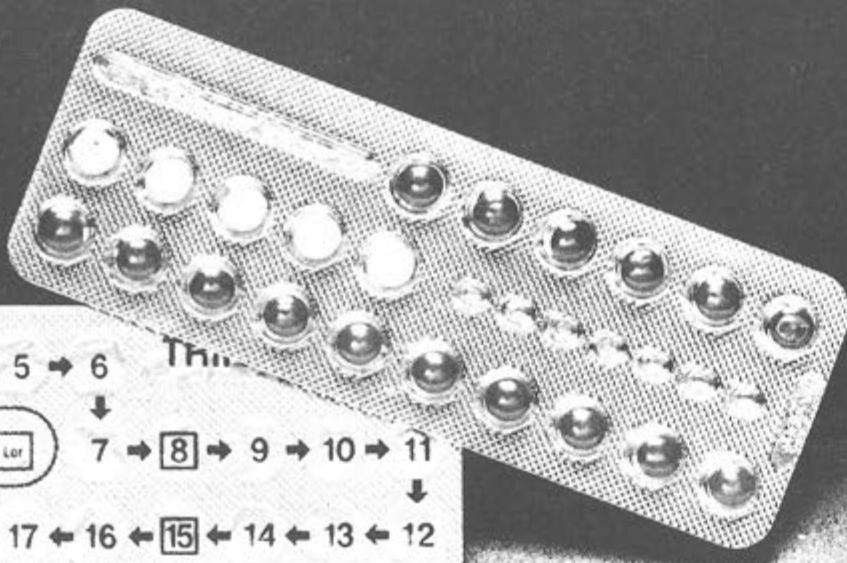
Oddny Crone 19.5.1982.

# 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 grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmønster under cyklus.

### TRINORDIOL - 80-årenes p-pille

\*etinyloestradiol + 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 tablet** inneholder: Etinyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 50 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

**1 hvitt tablet** inneholder: Etinyloestradiol 40 µg + levonorgestrel 75 µg, const. q.s.

**1 gul tablet** inneholder: Etinyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 125 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

#### EGENSKAPER:

**Klassifisering:** Trinordiol representerer en ny generasjon kombinasjonspiller av trefasetypen med lave estrogen- og progestogen-mengder.

**Virkningsmekanisme:** 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskelig gjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidaison.

**Absorbjon:** Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etinyloestradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1-2 timer etter oral innslit.

**Halveringstid:** Etinyloestradiol ca. 26 timer og levonorgestrel ca. 24 timer.

**Metabolisme:** Begge hormoner metaboliseres i leveren.

**Utskillelse:** Via urin og faeces.

**Ovgang i morsmelk:** Begge stoffer passerer over i morsmelen, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

#### INDIKASJONER:

Antikonsepsjon.

#### KONTRAINDIKASJONER:

**Absolute:** Østrogenavhengige tumorer. Tromboflebit 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. Sicklecellaneemi. Herpes gestationes. Udiagnosert genitalblodning. 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 hormonomønster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenlignet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige bledninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorrøe av varierende lengde kan oppføre etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migræne, ødem, tretthet, nedstemthet, følt hår og benkrämper kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilfelle av leverforandringer (adenom, fokal nodu-

lær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blodning. Galisten er noe hyppigere hos dem som anvender p-piller av kombinasjonstypen.

#### FORSIKTIGHETSREGLER:

Som for alle preventivtabletter gjelder at man før behandlingen gjennomgår gynækologisk 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 innslit. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-kar-sykdommer. Denne risikoen er ytterligere øket hos kvinner som røker og hos kvinner som er over 35 år. Det advarer mot samtidig reking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migrenelignende hodepine og/eller synsførstyrrelser 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 oppføre. Uteblir blodningen to ganger etter hverandre, bør det utredes om pasienten er gravid eller ikke. Bør ikke anvendes hos kvinner med tidligere oligomenorø eller amenorø, da slike kvinner vil være disponert for langvarig amenorø med infertilitet etter at preparatet er seponert. Kvinner med regelmessig menstruasjon kan også risikere en slik komplikasjon som imidlertid er sjeldent, og vil i de fleste tilfelle reagere gunstig på behandling.

#### INTERAKSJONER:

Interaksjoner sees med perorale antikoagulantia, fenytoin, rifampicin og vitamin B<sub>12</sub>. (I : 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

#### DOSERING:

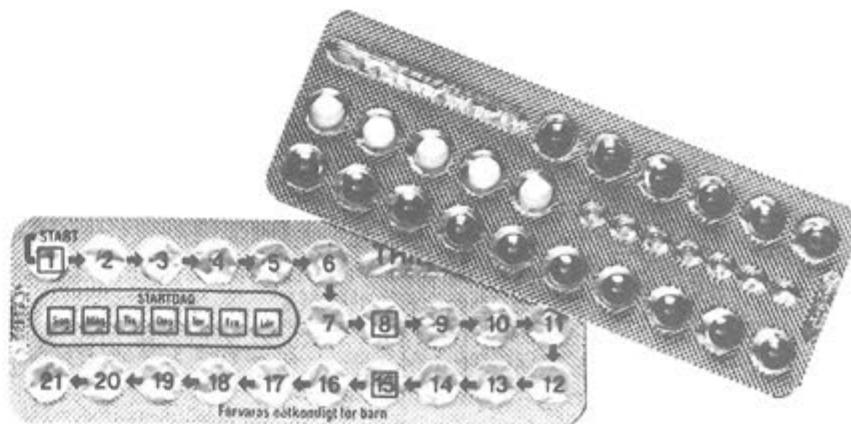
Antikonsepsjon: 1 tablet daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tablettefrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartningsfasen: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablet daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1-6 på brettet). Deretter 1 hvit tablet hver 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 tabletterbrett 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. blodningsdag  
også ved overgang  
fra andre p-piller.



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



BRATLIE ELI OG OLA  
2250 ROVERUD

Returadresser:  
UTPOSTEN  
Risvollan Legesenter  
Boks 3618  
7001 Trondheim

# SURMONTIL® 10 mg

Justeringsdose  
med DELESTREK!



INDISERT  
ved  
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

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

---

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårevælen 150 · Postbox 20 · N-1473 Skårer · Tel. (02) 70 55 20

