

UTPOSTEN

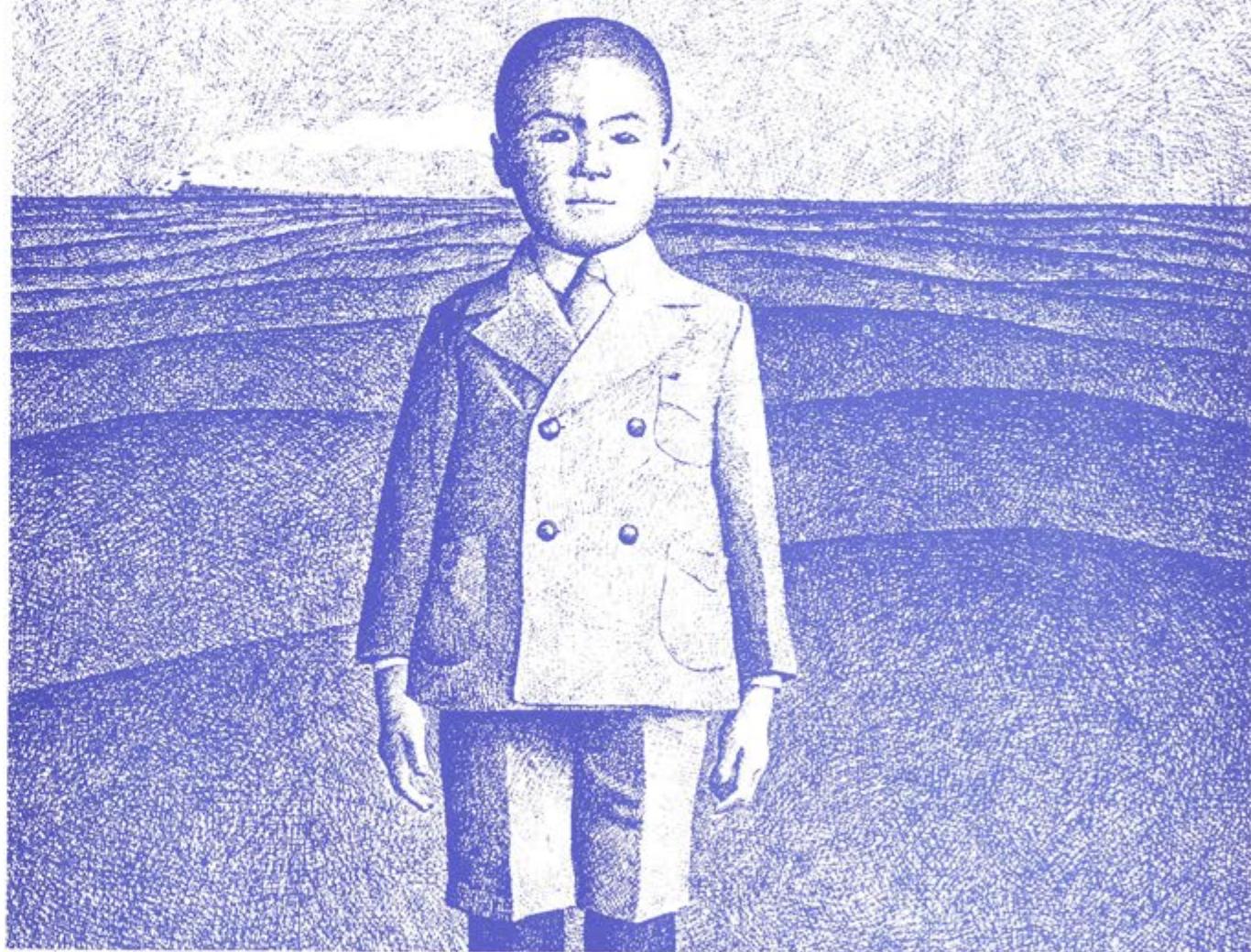
ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 5/6

September/Oktobter 1982

ÅRGANG 11

Temanummer: ETTERUTDANNELSE



AV INNHOLDET:

MARTIN HOLTE:

Foran APLF'S generalforsamling 13. nov. 2

STEINAR WESTIN:

Videreutdanning i almenmedisin 3

AAGE BJERTNÆS:

Tolvmannsforeninger – etterutdannelse for
almenpraktiserende leger 6

HARALD SIEM:

S.I.M.G. 8

GEIR JACOBSEN:

Ord og vendinger i praksis 10

STEINAR WESTIN OG

ARNE IVAR ØSTENSEN:
Utpostens almenmedisinske problemserie 13

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Toril Jacobsen
Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237
Utkommer med 8 nr. pr. år

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

FORSLAG TIL APLF's GENERALFORSAMLING 1982 OM ENDRING

AV §2 I APLF's LOVER

OPPROP

Foreningen kun for det private, liberale etablissement blandt almenpraktiserende leger. Foreningen for et sneversynt fagpolitisk engasjement og med et sannsynlig synkende fagutvalg.

Kjære kolleger dette kan bli foreningens fremtidige skjebne hvis Are Løken's forslag til lovendring blir vedtatt ved Generalforsamlingen i Oslo 13.11.82. Hva er det som er så foruroligende ved dette lovforslaget?

Hvilke dyptgripende konsekvenser vil en lovendring kunne medføre? La oss dvele litt ved disse 2 spørsmål.

Foruroligende fordi dette lovforslaget vil kunne innebære en helt ny struktur av foreningen.

La oss se på paragraf 1 hvor det heter:

Foreningens formål er

1. å fremme utbygging og bedring av den primære legetjenesten
2. å høyne medlemmene faglige nivå
3. å fremme gode kollegiale forhold
4. å ivareta medlemmene faglige og økonomiske interesser.

Når Are Løken vil stenge ute fra foreningen alle med almenmedisinsk praksis på fast lønn stenger han også ute en vesentlig del av den primære legetjenesten. Etter min oppfatning så ser jeg en klar konflikt mellom forslaget til lovendring

Forslag til endring av medlemsparagrafen i APLF's lover fremmet av Are Løken:

§ 2. Medlemsskap.

Medlemmer av Den norske Lægeforening som driver privat almenmedisinsk praksis som hovedverv kan bli medlemmer av foreningen. Andre leger som arbeider i almenmedisinsk praksis eller driver undervisning, forskning eller administrasjon innen almenmedisin, kan bli medlemmer av foreningen, dog uten stemmerett og valgbarhet.

Praktiserende spesialister som er medlemmer av Den norske Lægeforening kan likeledes bli medlemmer, dog uten stemmerett og valgbarhet.

Man må ha vært medlem i minst ½ år før å ha stemmerett og være valgbar.

Are Løken.



og punkt 1 i formålsparagrafen.

Ved å stenge ute en stor faglig resurs blant de almenpraktiserende kolleger vil det uvilkårlig medføre en utarming av fagutvalget. Altså også pkt. 2 i formålsparagrafen vil måtte komme i konflikt med lovendringsforslaget. Hva er APLF uten et kvalitetmessig godt fagutvalg?

Ut i fra denne tankegangen ser jeg det slik at et evt. flertall for lovforslaget vil måtte medføre behov for endring av formålsparagrafen, og da har vi foran oss en helt ny forening. - Privatpraktiserende Legers Landsforening?

Hvilke dyptgripende konsekvenser vil dette medføre?

Jo, alle som ikke driver privat almenpraksis vil melde seg inn i OLL - alle private almenpraktikere som ikke ville føle seg hjemme i den nye foreningen vil melde seg ut.

Tilbake sitter man igjen med en liten gruppe almenpraktiserende leger uten hverken faglig eller helsepolitisk appell.

OLL blir styrket APLF blir svekket - avstanden mellom OLL og APLF vil bli større enn idag.

Hva med våre nyutdannede kolleger som kanskje kommer på fast lønn?

Er det slik vi vil ha det?

HVIS IKKE KJERE ALMENPRAKТИSERENDE KOLLEGER MØT OPP PÅ GENERALFORSAMLINGEN 13.11.82 I OSLO OG KJEMP FOR FORENINGENS EKSISTENS!!! HUSK HVER STEMME ER VERDIFULL.

Martin Holte

Videreutdanning i almenmedisin — nå også med teledata

Av Steinar Westin

COMPUTERS CAN'T DO EVERYTHING.

Our new 5 pound, 13 ounce son was born on December 25, 1982.
We named him John Thomas Perrin Jr.

Våre engelske kolleger innen almenmedisinen har bygget opp et omfattende system for videre- og etterutdannelsen. De har fått sin treårige "vocational-training" som en obligatorisk videreutdannelse etter turnustjeneste for alle som vil bli almenpraktikere med selvstendig pasientansvar (1). De har dessuten sitt innviklede system av praksistjeneste, kurser og eksamener som inngangsbillett til medlemskap i det almenmedisinske selskapet, "Royal College of General Practitioners".

I denne virksomheten benytter de et bredt utvalg av forskjellige utdannings- og evalueringsteknikker. Det kan dreie seg om rene kliniske eksamener med eller uten Video-opptak eller bruk av enveis vindu, simulerte konsultasjoner med skuespillere i pasientrollen (simulated patient encounters, SPE) (2), såkalte "modified essay questions" (3), og de mer velkjente "multiple choice questions".

Mer ukjent for oss er forskjellige teknikker som har vokst opp omkring

selvevalueringssarbeidet blant kolleger (medical audits), der "peer reviews" og mer systematiske forsøk på å evaluere kvaliteten av den enkeltes arbeid ved å slippe kolleger til i journalarkivet i egen praksis (4) har fått et visst omfang. I denne tradisjonen kan man også innlemme den såkalte "practice activity analysis" (PAA) (5), der hyppigheten av utførte diagnostiske prosedyrer og behandlingsmessige tiltak registreres og sammenlignes i grupper av kolleger.

I en mellomstilling mellom utdanning og evaluering står pasienthåndteringsproblemene (patient management problems, PMP) (6), der man enten i skriftlig form, (7) eller ved hjelp av computer-simulering, besvarer eller velger mellom en serie lukkede spørsmål knyttet til et klinisk problemkasus. Vår egen almenmedisinske problemserie i Utposten kan best plasseres i denne delen av det almenmedisinske videreutdanningsterrenget.

Hensikten med denne innledningen er å peke på den store bredden i forskjellige pedagogiske teknikker som står til rådighet for den som interesserer seg for almenmedisinsk videreutdannelse ut over den tradisjonelle kursvirksomheten. Listen kunne gjøres lengre. Og det er faktisk det jeg

tænker å gjøre. Det siste skuddet på stammen er nemlig bruk av teledata i dette arbeidet, gjennom det såkalte Prestel-systemet.

Under et opphold i London nylig fikk jeg anledning til å følge et dagslangt seminar i hovedkvarteret for Royal College of General Practitioners, der temaet var "Study day on Prestel in continuing medical education" (24. sept. 1982).

Et 10-talls håndplukkede almenpraktikere var invitert for å få den nødvendige opplæring for senere å kunne fungere som gruppledere for denne virksomheten, som enda er på eksperimentstadiet.

"Noe av problemet med våre frivillige videre- og etterutdanningsopplegg", forklarte min vert, almenpraktikeren John Bennison fra Essex, "er at de bare ser ut til å rekruttere en kjerne av de mest utdanningslystne, mens en stor andel av almenpraktikerne aldri viser seg i slike sammenhenger". Det skyldes, mente han, at mange ikke liker å eksponere sin uvitenhet, om den nå er reell eller ikke, og heller foretrekker kurser der de kan forblia passive tilhørere.

Som medlem av Education Division Executive i det engelske selskapet for almenmedisin hadde han sett det som en oppgave å utvikle arbeidsformer som kunne trekke flere med i egenaktivitet i grupper uten at den ble opplevd som "truende" for den enkelte deltaker.

Her hadde Meshtel-systemet klare fordeler, mente han. (Spør meg ikke om forskjellen på Prestel og Meshtel, betegnelsene ble brukt om hverandre, og jeg brød meg ikke om å få noen lengre utgreining om det). Dessuten kunne man gjennom den interaktive bruk av teledatasystemet knytte grupper av almenpraktikere i forskjellige byer og sentre sammen til simultan problemløsning. Endelig la han vekt på at oppgavene var utformet med åpne spørsmål, slik at man ikke skulle tvinge deltakere inn i på forhånd fastlagte tankebaner.

La oss tenke oss at vi nå deltar i det månedlige Meshtel-møtet. Vi har fått skriftlig invitasjon til å møte kl. 19.30 presis, sammen med 10-15 andre kolleger, i det almenmedisinske selskapets faste møtelokale. For anledningen er det oppstilt en dataskjerm med tastatur foran halvsirkelen av stoler. En stor papir tavle ("flip-over" - heter det visst på godt norsk) med tusjpenner står godt synlig ved siden av dataterminalen. Den medbrakte dataoperatør har allerede slått telefonnummeret til det almenmedisinske instituttet i Leeds. Teleteksten derfra flagrer over

skjermen og ønsker oss velkommen i grelle farger. Vår gruppeleder, som nettopp har fått sin endags opplæring i London, forklarer hvordan vi skal benytte blokken med selvkopierende papir til å gi vårt svar når oppgavene kommer. Fjorten andre grupper er knyttet inn på nettet i kveld, forteller han. Et kart på skjermen forteller oss i hvilke byer de sitter. Klokka 19.45, stadig presis på sekundet, kommer den første oppgaven tilsyns på skjermen. Vi leser (notert fra skjermen):

"A 25 year old mother brings her two year old only child to see you for advice about his need for circumcision. A similar consultation with a partner 3 weeks ago is recorded in the notes. Examination of the child reveals a long but retractable foreskin with no evidence of balanitis. - List 6 distinct factors which may be responsible for her seeking your advice."

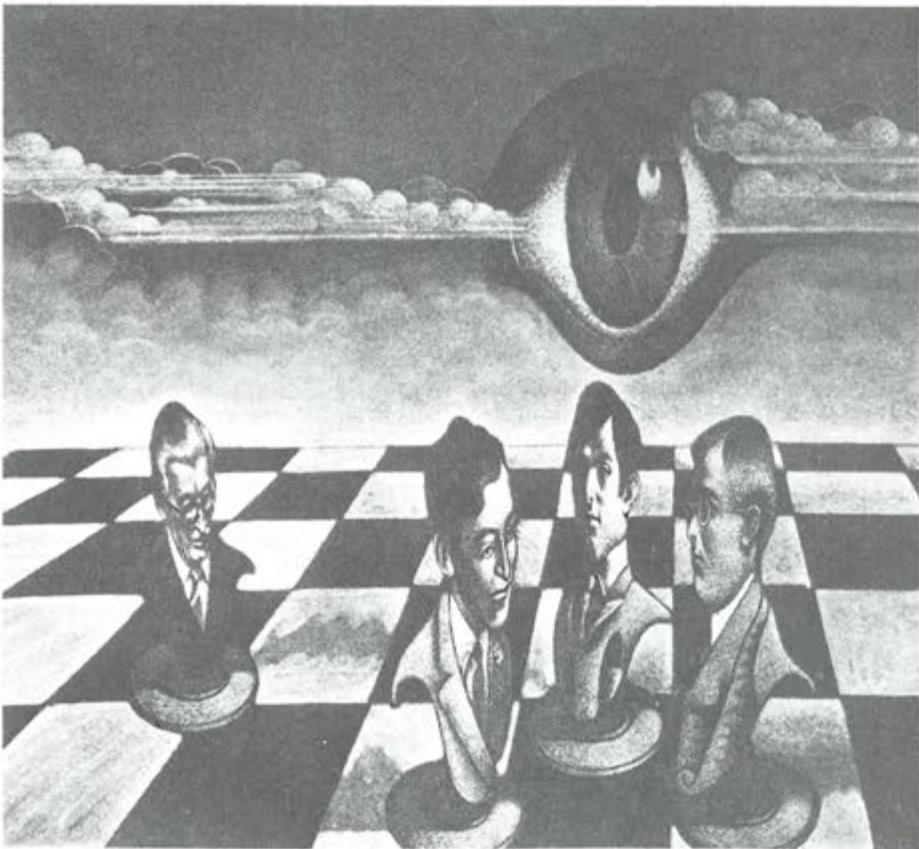
Vi får 5 minutter på oss til å overveie situasjonen og notere ned våre antagelser om morens motiver.

Ingen initialer eller identifikasjon av svararket, som deretter blir samlet inn av gruppelederen og delt ut igjen helt tilfeldig blant deltakerne. Når gruppelederen så inviterer oss til å foreslå svar, kan hver og en av oss plukke formuleringer fra det svararket vi har fått tildelt, eller fra vår egen røde kopi, om vi heller vil det. På kort tid har gruppelederen notert 10-12 forskjellige svar på papir-tavlen.

Hans oppgave er nå å lede den diskusjonen som skal få gruppen til å enes om morens 6 mulige motiver, rangert etter grad av sannsynlighet. Denne øvelsen går altså ut på å oppøve sensitivitet for hvorfor våre pasienter oppsøker oss. Etter 15 minutter er gruppens samlede svar tastet inn på skjermen. De fleste nikker mer og mindre samtykkende, og svaret overføres til Leeds.

Neste oppgave lyser opp på skjermen:

"At a practice meeting your health visitor suggests that a more systematic programme of visiting elderly patients would be beneficial to them. The partners



- agree in principle, but wish to consider the issues involved before the next meeting.
- List 6 distinct issues which the partners might usefully examine before this meeting."

Nye 15 minutters diskusjon før gruppens svar tastes inn og sendes til kollegene Phil Heywood og Ian Stanley, som sitter med skjermer og skrivere i Division of General Practice i Leeds, antagelig med oppbrettede skjorteemer.

Klokka 20.45 har vi fullført den fjerde oppgaven, og det er pause med forfriskninger fram til kl. 21.15. Her er det kanskje på tide å skyte inn at et større legemiddelfirma står for forfriskningene. En fargerik reklameposter står diskret oppstilt ved siden av bardisen. Firmaet har også stilt dataterminalene og telefonene til rådighet. Jeg hadde faktisk tenkt å undersøke denne finessen. Men noen kommer jo likevel til å spørre hvordan man finansierer et slikt foretagende. Nå er det sagt, uten kommentar fra min side, for det er en annen diskusjon.

Så samles vi igjen kl. 21.15, ikke så nøyne med sekundene denne gang. Den lokale legemiddelrepresentant, for det var han som var opplært til å betjene terminalen, henter fram de bearbeide svar på første oppgave. (Den som nå er nysgjerrig etter å vite hva de 15 sentrenes samlede oppfatning var, kan se nederst på siden, men løs oppgaven selv først!)

Det blir endel diskusjon om rekkefølgen av punktene. Dessuten hadde vi noen gode poenger som overhodet ikke var kommet med i landsoversikten - kan alle de andre være så uvitende?

Slik går vi gjennom oppgave for oppgave. Den avsluttende halvtimen fram til kl. 22.30 går med til å gi seg selv og gruppen poeng etter en skala som angir hvor nært opp til landsgjennomsnittet man var med sine svar. Den individuelle vinneren får en flaske rødvin av fin årgang. Gruppens poengscore sendes til Leeds for

bokføring i den nasjonale lagkonkurransen, som går over mange serieomganger. "Top of the league" kåres etter 6 eller 12 måneder - "....to foster continuity and commitment to the groups and their postgraduate centres through friendly rivalry....."

Dr. Bennison beroliger oss med at vi kan avstå fra denne del av selskapeligheten hvis gruppen ikke finner den i god smak.

Vi får samle oss i vår hjemlige virkelighet igjen, trekke trådene sammen og avslutte. Dette blikket inn i en mer teknologisk fremtid enn den vi rår over i vårt eget fagmiljø, kan gi mange assosiasjoner og ideer. Jeg minner om de problemer vårt langstrakte land byr på i videre- og etterutdannelsen. I blant kan det være lettere å flytte teledatasignaler enn å flytte folk. Foreløpig har vi med Utpostens problemserie nøyd oss med å flytte post. Men viktigere er det at det redskapet som med tiden kanskje når oss med teknikken, også åpner for helt andre typer av problemoppgaver og medical auditaktiviteter enn de relativt enkle oppgavene vi fikk demonstrert i London. Men om det er lettere å flytte teledatasignaler, vil vi kanskje allikevel bli stående ved at det er hyggeligere å flytte folk?

Litteratur:

1. Westin, S. & Østensen A.I.: Hvordan lære almenmedisin i almenpraksis? Utposten 1982, 11, nr. 1-2, 10-11, 21.
2. Lamont, C.T. & Hennen, B.K.E.: The use of simulated patients in a certification examination in family medicine. Journal of Medical Education, 1972, 47 789.
3. Charvat, J., Mc Guire, C.H. & Parsons V.: A review of the nature and uses of examinations in medical education. Public Health Papers, 1968, 23. World Health Organisation, Geneva.

4. Sibley, J.C., & al: Quality of care appraisal in primary care: a quantitative method. Annals of Internal Medicine 1975, 83, 46.

5. Birmingham Research Unit, Royal College of General Practitioners, (Fleming, D.M.): Workload review. J R Coll Gen Pract 1982, 32, 292-297.

6. Mc Guire, C.H. & Babbott, D.: Simulation technique in the measurement of problem solving skills. Journal of Educational Measurement 1967, 4, 1.

7. Harden, R.M. & al: Doctors accept a challenge: self-assessment exercises in continuing medical education. British Medical Journal, 1979, 2, 652-653.

VIDEREUTDANNING I ALMENMEDISIN – NÅ OGSÅ MED TELEDATA:

Svar på den første oppgaven i Westin's artikkel s. 3.

Vendi!

1. Dissatisfaction of previous option
2. Parental anxiety
3. Previous infection
4. Lack of knowledge
5. Family member circumcisus
6. Hidden family problem

De 6 faktorer som har leddet moren til å oppsøke deg, var ifølge Eltertalls-vedtak mellom samtlige 15 grupper:

det mer enn til å oppsøke deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

De 6 faktorer som har leddet

moren til å oppsøke

deg, var ifølge Eltertalls-

vedtak mellom samtlige 15

grupper:

Tolvmannsforeninger, fremtidens struktur for almenpraktiserende leger's etterutdannelse?

Av Aage Bjertnæs

Videre- og etterutdannelseskurs for almenpraktiserende leger har i de siste tiår blitt viet stor oppmerksomhet. Aktive kurskomiteer i våre fylker og vårt sentrale VEAP-råd har lagt ned et solid arbeid som har gitt et godt kurstilbud.

Takket være midler fra Den norske Lægeforening's fond for videre og etterutdannelse har god økonomi sikret en høy faglig standard på kursene.

Et interessant trekk i utviklingen av videre- og etterutdannelseskurs de siste 10 år har vært reduksjon av antall katedrale forelesninger i stappfulle auditorier.

Kursistene har foretrukket mindre kurs med færre deltagere eller kurs hvor grupperbeid og diskusjoner har forsterket innholdet.

Hvordan er så utviklingen i våre naboland?

Fra siste DSAM ORIENTERING, Dansk selskap for almenmedisin's tidsskrift finner vi en interessant rapport. En Enquêteundersøkelse om etterutdannelse av praktiserende leger i Danmark beskriver forfatterne at en vesentlig del av etterutdannelsen foregår i 12-mannsforeninger.

Det er faktisk den utdannelsesform som legene bruker flest timer på nest etter medisinalfirmaenes sammenkomster.

Hva er så en 12-mannsforening?

Forfatterne har brukt følgende definisjon:
"En krets av fortrinsvis aktive praktiserende leger, som jevnlig møtes 4-8 ganger årlig, diskuterer og belyser emner, som har tilknytning til almen praksis".



I enkelte av 12-mannsutvalgene er kravet om yrkesaktivitet ikke gjort gjeldende og her kan også pensjonerte leger delta.

En 12-mannsforening opprettes som regel på privat initiativ d.v.s. en aktiv praktiserende lege tar kontakt med kolleger som han/hun kan tenke seg å være sammen med på jevnlige møter. Felles for legene er at de driver i almen praksis og at de som regel praktiserer i samme storgografiske område.

De fleste 12-mannsforeninger fungerer på den måten at man inviterer en spesialist til diskusjon. For så vidt kan spesialisten innlede fra et område som interesserer ham/hun spesielt, men prinsipielt behøver han ikke å forberede seg.

Oftest blir spesialisten brukt som konsulent i deltagernes diskusjon. En del 12-mannsforeninger inviterer også ikke-legelige spesialister, fra hypnotisører til professorer i samfunnshistorie.

Enkelte prøver en form for audit, d.v.s. en form for selvkvalitetskontroll. Innens møtet registerer man på et skjema forskjellige parametere vedrørende et bestemt emne. På møteaftenen diskuteres deretter innbyrdes forskjeller og rationale o.s.v. Andre forelegger kasuistikker eller memento. Det kan også foregå emnediskusjoner i gruppen, eventuelt med opplegg fra en av deltagerne, f.eks. behandling av sinuisit, skulderlidelser o.s.v. Endel har også utnyttet muligheten for å bruke video-utstyr til å kjøre instruksjonsbånd. En rekke medisinalfirmer har brukbare filmer og bånd.

Forfatterne peker på at det er forskjellige måter å styre og lede en 12-mannsforening på.

Det vesentlige er nok, at det skal gå særdeles demokratisk til. Praktisk har det vist seg at det er best at en eller maksimalt to til tre har den ansvarlige ledelsen for å kontakte foredragsholdere og arrangere møtested fra gang til gang, f.eks 1 år i gangen.

Det er viktig at det foreligger en fast rekkefølge for hvem som skal være vertskap slik at det går rettferdig på omgang.

I de eksisterende 12-mannsforeninger i Danmark møtes man som regel mest i de private hjem eller i legesentrer.

Vedrørende valg av emne har enkelte 12-mannsforeninger bestemt et fastlagt møteprogram for det kommende år. Andre bestemmer fra gang til gang hvilke emner som skal tas opp.

I 12-mannsenqueten fra 1981 inngikk også spørsmål om emner som var behandlet i de forskjellige foreningene. De innkomne svar gav følgende liste:

A.
Autogen trening
Allergi
Apotekbesøk
Arbeidsmedisin
Arthrose
Arthritis
Antibiotika

B.
Bakteriologi

C.	Cancer Cancer i praksis	N.	Nevrokirurgisk workshop
D.	Diabetes hos eldre Døvhets Dietetiker	O.	Ortopedi
F.	Familieterapi Fysikalsk medisin Fysikalsk workshop Fødsler Farmakologi Forholdet til den døende "Fumlere og tumlere"	P.	Pediatri Profylakse Psykiatrisk visitasjon Psykolog
G.	Gynækologiske problemer Us. og beh. av kvinner med blødningsforstyrrelser Gravide Geriatri	R.	Rheumatologi Rettsmedisin Radio/Kemoterapi Ryggglidelser
J.	Journaler i praksis	S.	Spesialleger Sexologi Screening Sosiallovgivning - møter med sosialrådgivere
K.	Kryssild mellom overleger Kiropraktor Kardiologisk workshop	U.	Ultralyddiagnostik Ultralydscanning
L.	Lungemedisin	Ø.	Øienleger Økonomien i praksis - evt. m/revisor.
M.	Memento Metrorrhagi		Man har også lagt stor vekt på det sosiale samvær i forbindelse med 12-manns- foreningenes møter. De fleste er enige om at det er viktig med et enkelt traktament. De fleste ste-



"I'm here against medical advice, of course."

der foregikk dette med en øl eller to under aktivitetene. Deretter avsluttet man med et mindre måltid etter innbyrdes avtale. Det var også viktig at man hadde et fast sluttidspunkt.

De fleste steder ble det oppkrevet en varierende kontingent fra 50 - 200kr. i året. Kontingenget ble brukt noen steder til en flaske til foredragsholderen og noen steder til en gave til vertsparet. Møtehyppigheten i 12-mannsforeningene var forskjellig. De fleste steder dog mellom 4 og 8 ganger pr. år.

Man arbeider nå i Danmark med å få en idébank som kan gi idéer, hjelp og instruksjon til opprettelse av flere 12-mannsforeninger. Denne form for grasrøtbe-

vegelse ser ut til å bli grunnstammen i dansk etterutdannelse i årene som kommer.

Denne form for etterutdannelse vil også uten tvil kunne slå an her til lands. Royal College of General Practitioners har i mange år organisert etterutdannelse på denne måten. Man kan tenke seg at initiativrike personer kunne starte slike etterutdannelsesgrupper blandt praktiserende leger i et distrikt eller i en bydel. Et fastlagt møteprogram presentert for VEAP-rådet i regionen burde kunne gi tellende kurstimer. Likeledes burde man kunne søke fondet om støtte økonomisk dersom man føler trang til å hente lærekrefter utenfra.

Prinsipielt burde denne etterutdannelsesform bli rimelig idet den vesentlig bygger på et aktivt engasjement av den enkelte foreningsdeltager. Den enkelte er således selv den viktigste kunnskapsformidler til de andre.

La oss håpe at noen tør etablere en slik etterutdannelsesgruppe. Kanskje har noen allerede startet? I så fall, Utposten er takknemlig for bidrag og stoff om legers videre- og etterutdannelse.



S.I.M.G.



SOCIETAS INTERNATIONALIS MEDICINAE GENERALIS – QUO VADIS?

Av Harald Siem

SIMG er et internasjonalt vitenskapelig selskap, med overveiende Europa - både øst og vest - som arbeidsområde. Formålet med selskapet er fortrinnsvis å fremme forskning og undervisning innenfor almenmedisin, men også å tjene som forum for internasjonal utveksling av erfaringer og resultater på disse områdene.

Selskapet avholder årlig en høstkonferanse eller kongress i Klagenfurt i Østerrike, og en vårkongress eller seminar i vekslende europeiske land. Praktiserende leger - almenmedisinere - har her mulighet for å legge frem resultater og erfaringer fra sitt arbeid for en internasjonal krets av kolleger. Kongressen og seminarene tjener også som etterutdannelse for legene, og spredning av nye tanker og ideer innenfor almenmedisin.

SIMG avholder seg fra enhver politisk eller fagforeningsmessig virksomhet.

Som ikke-governmental institusjon samarbeider SIMG med WHO med henblikk på realisering av Alma Ata-deklarasjonen i de industrialiserte land. Denne rene faglige vitenskapelige profil gjør at samarbeidet med medlemmer fra øst-blokk-landene kan foregå uten spesielt store vanskeligheter.

SIMG var opprinnelig en organisasjon av enkeltmedlemmer, overveiende med sentraleuropeisk dominans (Tyskland, Sveits og Østerrike.)

I de senere år er et stigende antall land blitt medlemmer gjennom sine almenmedinske vitenskapelige selskaper. SIMG samarbeider med WONCA, og erstatter vel behovet for en egen avdeling for WONCA i Europa.

Følgende land er tilmeldt SIMG kollektivt:

ØSTERRIKE - Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

BELCIA - Wissenschaftliche Vereinigung der Flämisiche Hausärzte

DANMARK - Dansk Selskab for Almen Medicin

ENGLAND - Royal College og General Practitioners

HOLLAND - Netherlands Association of General Practitioners

UNGARN - Ungarische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

JUGOSLAVIA - Association of General Practitioners of Jugoslavia.

Følgende land har søkt om medlemskap og forhandlinger foregår:

Frankrike - Union Nationale des Associations de Formation Medicale continue (UNAFORMEC)

Tjekoslovakia - Tschechoslowakische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Finland -
Almenmedicinske afdeling
af den Finske Lægeforening

Island -
Islandske Selskab for Almen
Medicin

Sverige -
Svensk Förening för Allmän
Medicin.

Vest-Tyskland, Øst-Tyskland
og Sveits har relativt
mange personlige medlemmer
i SIMG, men har ikke villet
meldet seg inn kollektivt
ennu.

Norge forventer jo å få et
selskap for almenmedisin
i 1982, og vil ventelig
opppta forhandlinger med
SIMG om kollektivt medlems-
skap.

Kommende SIMG-kongresser
og seminarer:

1982 september 13.-18.:
Klagenfurt, Østerrike.
30. jubileumskongress.

1983 mars 18.-20.:
Paris: Seminar.
"Continuing Education in
General Practice".

1983 September 19.-24.:
Klagenfurt, Østerrike:
Seminar.

1984 våren
Belgia: Forskningsseminar.

1984 september 17.-22.:
Klagenfurt, Østerrike:
Høstkongress.

1985 våren
England: Seminar
"Vocational Training?"

Det er mulig det blir ar-
rangert flere seminarer
med spesielle emner.
Seminarene har begrenset
deltakernatall.

Det foreligger en invita-
sjon fra Israel til SIMG's
medlemmer til:

"International Symposium
on Hypertension Control
in the Community,"

7.-14. november 1982.

Kontaktadresse er:
Health Vacation Center,
P.O.Box 16581,
61164 Tel-Aviv, Israel.

Ved høstkongressene til
SIMG er språket de første
tre ukedagene bare tysk,
mens de siste tre dagene
er det simultanoversettelse
til engelsk, tysk og Fransk.
Dette skyldes at de tre
dagene er internasjonale
med presentasjon av forsk-



ningsresultater og inter-
nasjonale erfaringer innen-
for en stor emnekrrets som
angår almenmedisin.

UTVIKLING

Organisasjonen SIMG har
vært båret av enkeltmennes-
ker med stor entusiasme og
et personlig kontaktnett
over hovedsakelig den øst-
lige del av Europa. De
fem til ti siste årene har
Holland, England og etter
hvert Danmark og Norge kom-
met aktivt med i organisa-
sjonen og påvirket den på
mange måter. Selve organisa-
sjonsstrukturen har
vært noe tilfeldig, og er
som nevnt avhengig av en-
keltmenneskers engasjement.

Ved inngangen til 80-årene
er det tydelig at organisa-
sjonen har fått problemer,
ikke minst fordi flere og
flere land ønsker å være
formelt representert, og ha
den inflytelse som deres
medlemmer gjør dem berettig-
et til.

Den personlige tonen i
SIMG's ledelse, ønsket om
for enhver pris å unngå
maktpolitikk, men samtidig
å hedre de personer som
har drevet foreningen frem
i tidligere år med styre-
medlemskap og stemmerett,
har ført til visse gniss-
ninger. Språket på styre-
møtene er engelsk og tysk.

Det er tydelig ubehag å
spore hos de tysktalende
styremedlemmene når diskus-
jonen foregår for lenge
på engelsk. I det hele
tatt sees vel utviklingen
mot mer moderne almenprak-
sis som en trussel for de
hederskreonede soloprak-
tikere med et varmt hjerte
for pasientens problemer
og en viss avvisning over-
for forsøk på å organisere
almenmedisin i forhold til
overordnede helsepolitiske
mål.

England, Holland og etter
hvert Frankrike med 60 000
almenpraktikere (det sies
å stå 35 000 almenpraktik-
ere bak UNAFORMEC) har
etter hvert satt sitt preg
på organisasjonen, og man
må forvente at omstruktureringer vil skje, men
altså ikke uten at det
knirker.

Til høsten er den norske
representant til styret
igjen på valg. Det er en
stor fordel den mer moder-
ne flyg i SIMG, og for
norsk almenmedisin, at man
holder kontakt med dette
miljøet. Dessverre har
vi i Norge ennå ikke et
selskap for almenmedisin
som kunne forestå en demo-
kratisk valgt representant
for de faglige (ikke les
fagforeningspolitiske) in-
teressene i norsk almen-
medisin.

ORD OG VENDINGER I PRAKSIS

Av Geir Jacobsen

Hvert nummer av "Journal of The Royal College of General Practitioners" inneholder en liten rubrikk: "Words our patients use". Her bringer leserne pasienters ord og vendinger de som leger møter i sin hverdag. Som en forstår dreier det seg om de mangfoldige lokale språkvarianter i den medisinske flora som skifter eier i konsultasjonsrommet. Mange av de engelske ord og uttrykk har såvidt lokal valør at det i mange henseende bare har eksotisk interesse for norske lesere. Av og til dukker det allikevel opp ett og annet uttrykk som enten har sine klare paralleller på norsk eller som viser slektskapet mellom det norske og engelske språket.

Til den første kategorien vil jeg nevne: "He got off at Baker Street" (Liverpool) om coitus interruptus. Fra min egen pubertet har jeg erindringer om "å hoppe av i svingen" som uttrykk for det samme. Trafikkettheten i Baker Street, Liverpool er i denne forbindelse av underordnet betydning.

Til den andre katcgorien, altså slektskapet mellom engelske dialektuttrykk og det norske språk, har jeg følgende to eksempler. Begge er hentet fra Nordøstkysten av Storbritannia (Scotland og Tyneside), altså distrikt som tradisjonelt har vært under mangehundreårig (!) norsk påvirkning og innflytelse. Det er ordene "hust" om hoste istedet for "cough" og "lisk om lyske istedet for "groin".

Så langt "The Journal" og britiske forhold. Nå over til hjemlige trakter.

Som en av de ansvarlige for praksistjenesten i almenmedisin i Trondheim, deltar jeg regelmessig i de orienterende forelesninger som gis medisinerstudenter

tene før praksisperioden. Det gjelder såvel prodeutisk termin (1.termin) som den samfunnsmedisinske hovedtermin (9.termin) det siste studieåret.

Vi legger avgjørende vekt på lege-pasientforholdet og herunder som nevnt den informasjon som skifter eier under konsultasjonen. Personlig har jeg funnet en viss glede i å gi enkelte eksempler på trønderske medisinske språkuttrykk som kan forekomme. Og addressaten er selvsagt de "fremmede" studenter. Visste f.eks leseren at trøndere lever på en meget stor fot, ja kanskje verdens største? Slik er det nemlig når en trønder kommer til deg på kontoret og sier at han har "vondt i foten": Du ber ham ta av sko og strømper, men faktum er at han da like øjerne peker på låret eller leggen for den saks skyld, like så vel som selve foten. "Nedi foten" kan godt være ankelen.



- Naboen min har vannskrek, han. Han vasker seg i tran...!

Den trønderske foten strekker seg altså fra lysken og ut i tærne, med unntak av kneet, som selv her er en anatomisk og språklig velavgrenset legeomsdel.

A tale og forstå pasientens språk er hva vi innprenter studentene. At det kom meg til gode er følgende eksempel fra turnustiden i Sigdal i Buskerud et eksempel på.

Like etter at jeg tilrådte gikk "krilla" i bygda. "Krilla" meg her og "krilla" meg der, tenkte jeg, tok mot til meg og spurte distriktslegen like godt først som sist. Det viste seg altså å være meslinger (morbili) som skjulte seg bak pseudonymet. Det var følgelig ikke lenge før "nydoktoren" forsiktig begynte å ymte frampå om denne "krilla" når det kom henvendelser om exanthemsyke barn. En av våre studenter kunne dessuten bekrefte at "krilla" også finns på hans hjemsted, Østre Toten.



Trøndere er sindige, det visste du kanskje fra før? Ikke forhaster de seg, og sier sjeldent noe som er uoverveid eller overflødig. I helseespørsmål er de særer reserverte. Tar du en passient til kontroll og spør hvordan det går eller hvordan medisinen virket, får du som oftest til svar: "E e' no itj vær' (=verre) heiller".

Snart vil du oppdage at pasienten med det mener å si at han er i rask bedring og snart i stand til å gjenoppta sin vanlige aktivitet. Til og med kan friskmelding komme på tale! Da kan følgende bemerkning falle: "E ska' vel gå sjukmeldt ut uka, da?". Men det siste er kanskje ikke særegent trøndsk, hva vet jeg?

Et annet lødig uttrykk i Sigdal var "resa". Det er diaré. Da jeg året etter snakket om disse ord og uttrykk med mine nye medarbeidere i Trondheim, kunne en av våre legesekretærer fra Tolga fortelle at samme ord brukes i Nord-Østerdal. "Ei skikkelig res'", var hennes beskrivelse av en kraftig diaré.

Et annet forhold mellom ferske turnuskandidater og lokalbefolkningen i distrikt vil jeg omtale til slutt, og med et visst vemon. Med telefonautomatiseringen forsvinner gradvis den betjente telefonsentralen. "Olga" på sentralen vil uvegerlig bli erstattet av reléer og integrerte kretser, i fremskrittets navn. Dette er langt på vei å beklage. For ikke bare visste "Olga" hvor legen var og søkte ham opp i tide og utide med en blanding av skjønn og fantasi. Hun var også av og til den rene engel i tolkens rolle, noe denne anekdoten fortalt av min venn og studiekamerat,



Trygve, kan stå som eksempel på.

Ett står nemlig klart: Enten befolkningen og vi satte pris på det eller ei, holdt "Olga" seg ofte bedre orientert om folks helseforhold og plager enn hennes stillingsinstruks gav hjemmel for.

Så historien:

Den nye turnuskandidat var nyss ankommet distriktet. På en av de første vaktene ringte en eldre kar ute fra en av øyene. Han hadde tydelig noe på hjertet. Det var bare så sørgetlig uråd å få fram hva det dreide seg om.

Pasienten forklarte seg langsomt, nølende og på ubegripelig dialekt.

Alt hva kandidaten forsøkte seg sto det like fast.

Pasienten og den unge kandidat kjente seg like fortvilete og beklemte.

Da brøt en tredje stemme inn i samtalens, for anledningen "Olger" på sentralen og bragte følgende klarhet i problemet: "Doktor, hain fe' (får) itj tå sæ sjiten".

Historien fikk en lykkelig slutt, for hvem vet om ikke vår venn fra havgapet fortsatt hadde gått obstinert om ikke "Olger" hadde kommet ham til unnsæting.

Helt til slutt vil jeg si at jeg opprinnelig hadde tenkt å invitere bladets lesere til å sende inn egne ord og vendinger fra praksis til glede (?) for andre kolleger, og gjerne krydret med små enekdoter. Av erfaring tør det være kjent at slike generelle oppfordringer sjeldent har den ønskete appell.

Derfor vil jeg prøve å la denne serien gå videre som en stafett og be Jo Telje på Vinstra ta over på den neste etappen.

Værsågod, Jo! stafetten er din.

Kom med ord og uttrykk fra din praksis og la deretter utfordringen fortsette til et anna vettugt menneske!

STILLING LEDIG



Utposten søker to idealistiske redaktører

Etter fem innholdsrike og stormfulle år ønsker vi å gi pinnen videre til nye krefter som er villig til å løpe en etappe for norsk almenmedisin. Stillingen er ulønnet, men gir god avkastning i form av personlig utvikling og faglige verdier.

Bil. merket 123.

UTPOSTEN'S ALMENMEDISINSKE PROBLEM SERIE



VED VEIS ENDE — IHVERTFALL FORELØPIG

Det er allerede gått halvannet år siden denne problemserien ble introdusert i Utposten nr. 1/1981. Med evalueringen av serien, som presenteres i dette nummeret, har vårt fikk en rimelig god oversikt over hvordan våre 6 problemoppgaver har vært mottatt.

Evalueringen bør sees på bakgrunn av den målsettingsbeskrivelse vi formulerte for dette pedagogiske eksperimentet i Utposten nr. 1/1981:

1. Vi ville yte vårt bidrag til å gjøre Utposten (endå) mer spennende og klinisk orientert.
2. Vi ville presentere et pedagogisk tilbud til våre kolleger i primærhelsetjenesten, et opplegg som ikke krevde reiser, travær fra praksis, eller økonomiske uttellinger.
3. Vi ville gjøre et forsøk på å bevege oss inn på feltet "kvalitet i almenpraksis", og se om vi med dette opplegget kunne kaste litt lys over hvordan kliniske problemer løses av almenmedisinere idag.

Stort sett synes vi serien har nådd denne målsettingen, ihvertfall tyder evalueringen på det. Men vi må understreke at dette tiltaket egentlig bare bør betraktes som en begynnelse. Den videre utviklingen av det almenmedisinske fagområdet kommer til å bringe fram mange nye pedagogiske arbeidsformer. Og de krav som etter hvert vil bli stillet til kvaliteten av det arbeidet som utføres i primærhelsetjenesten, vil gjøre det nødvendig med flere tiltak som kan bringe

kolleger sammen til gjensidig supervisjon og diskusjon. Terrenget er åpent for gode ideer og nytt initiativ!

Enda har vi ikke tatt stilling til om vi vil gå videre med den formen for oppgaveløsning vi har prøvd oss på her. Men vi trenger i alle fall en pause. Den skal vi blant annet benytte til å gå grundigere gjennom det materialet vi har fått inn. Det gir allerede et ganske interessant innblikk i hvordan kliniske problemstillinger møtes av almenmedisinere, ihvertfall når pasientene fremstiller seg på skrivebordet i skriftlig form! Enda står vi selv sagt tilbake med det avgjørende spørsmålet om hvorvidt vår problemløsning i denne formen gjenspeiler det vi virkelig foretar oss når vi møter den levende pasient. Vi får roe oss med å konstatere at vi ikke er de eneste som spekulerer på slike vanskelige spørsmål (1).

Våre egne synspunkter på arbeidet med problemserien har vi allerede nedtegnet i et tidligere nummer av Utposten (Nr. 7/8-1981). Nå er det lesernes røst vi skal lytte til. Det er bare å bla om!

Steinar Westin

Arne Ivar Østensen

Litteratur:

1. Norman, G.R. & Feightner, J.W.: A comparison of behaviour on simulated patients and patient management problems. Medical Education, 1981, 15, 26-32.



På motstående side presenterer vi svarene på det evaluatingsformularet som ble trykket i de to foregående nummer av Utposten. Overskriften antyder noe av vårt hovedinntrykk ved denne evalueringen: En relativt beskjeden deltagelse, målt etter antallet innsendte svarsflipper, 52 ialt. Men til gjengjeld inneholder disse svarsflippen et interessant materiale av ros og ris, mest det første, får vi legge til, og dertil en rekke ideer og synspunkter som vi nok skal merke oss.

Rubrikken nederst på denne siden sier mer om hvem disse 52 evaluatingsdeltakerne er.

For den som etter hvert er blitt vant til å lese våre histogrammer, er det kanskje overflødig med kommentarer til oversikten på motstående side. Men la oss likevel sammenfatte og kommentere lesernes dom!

- Det er bred enighet om at problemformuleringene har vært godt tilrettelagt for almenpraksis.

Evalueringen:

ENTUSIASMEN STØRRE ENN OPPSLUTNINGEN?

- Det er nesten like bred enighet om at oppgavene ikke har gått for langt inn på spesialistmedisinens områder.
- De aller fleste benekter at oppgavene har vært for vanskelige, men histogrammene har en liten hale mot angivelsen "delvis enig".
- Litt mer delte meninger er det om spørsmålene "for ofte har vært tveyydige og uklare", men flertallet synes ikke det.
- Nesten alle har sagt seg helt enig i at det er nyttig å få sammenholdne egne svar med andre kollegers.
- På spørsmålet om hvorvidt man tror oppgavene er blitt diskutert blant kolleger lokalt er det stor spredning, men de fleste tror ikke det. Det passer godt med spørsmålet i siste avsnitt, der svarerne angir at de gjennomsnittlig bare har diskutert 0,8 av de 6 oppgavene med andre kolleger.
- Det ser altså ut til at problemløsningen er blitt mer av en lønnkammeraktivitet enn vi hadde ønsket. Noen har da også kommentert dette poenget på svarsflippen bakside ved å peke på at oppgaveløsningene hadde egnet seg bedre for utførelse i lokale grupper av almenpraktikere, der det var anledning til diskusjon omkring kasuistikkene. Hvis dette synspunktet er representativt, må det være en utfordring til de lokale almenmedisinermiljøer.
- En lignende spredning finnes for svarene på utsagnet om at problemserien har vært særlig nyttig for kolleger i isolerte distrikter. Det er en overvekt av "enig"-svar, men flere har kommentert at også kolleger i bymiljøer har nytte av slike problemoppgaver.
- Endelig noterer vi oss som siste punkt i avsnitt A at det er bred enighet om at problemløsning pr. post kan bli et nyttig supplement i videre- og etterutdannelsen i almenmedisin. Uneklig en sterk utfordring!

Evalueringens selvbestaltede domsmenn — og kvinner

Her er noen av kjennetegnene ved de 52 kollegene som sendte inn evaluatingsformularet i rett tid:

Det var 45 menn og 7 kvinner. Alderen varierte fra 27 til 83 år (ja, vi benytter anledningen til å takke den eldre årgang av problemløsere som nå også er representert blant domsmennene!). Gjennomsnittsalderen var 38 år, med 36 år som medianalder. 45 av dem var

almenpraktikere eller distriktsleger, mens 7 er rurbrisert under annen legestilling. Gjennomsnittlig hadde de 9 år bak seg i almenpraksis, med en median på 7 år. Her trekker nemlig vår veteran gjennomsnittet oppover med sine 56 år i almenpraksis. Den geografiske fordeling av evaluatingsdeltakerne er omrent som for tidligere oppgaver. Denne gang er alle fylker representert så nær som Akershus og Vest-Agder.

I evalueringens avsnitt B har vi tatt med noen spørsmål om eventuelle endringer i problemseriens oppbygning dersom den skal fortsette eller gjenoppitas.

- Det er et markert, men lite mindretall som mener at svarsflippen ikke behøver å ha anonym avsender. Flertallet, derimot, ønsket åpenbart fortsatt å forblie anonyme.
- Meningsforskjellen er enda større i spørsmålet om navnede svarsflipper

EVALUERINGEN: (52 svar)

I denne figuren gjengir vi på vanlig kjent måte de innkomne svarslippene i histogram-form. Søylene høyde viser hvor stor andel av svarerne som har angitt denne grad av enighet med hvert enkelt utsagn.

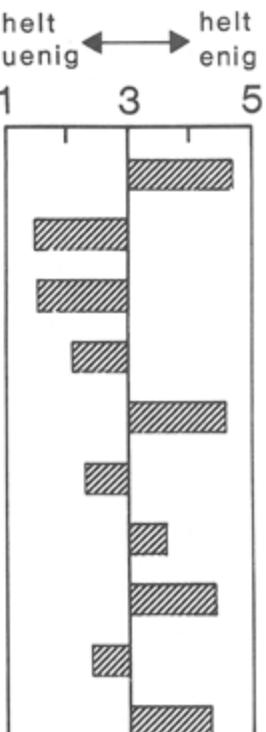
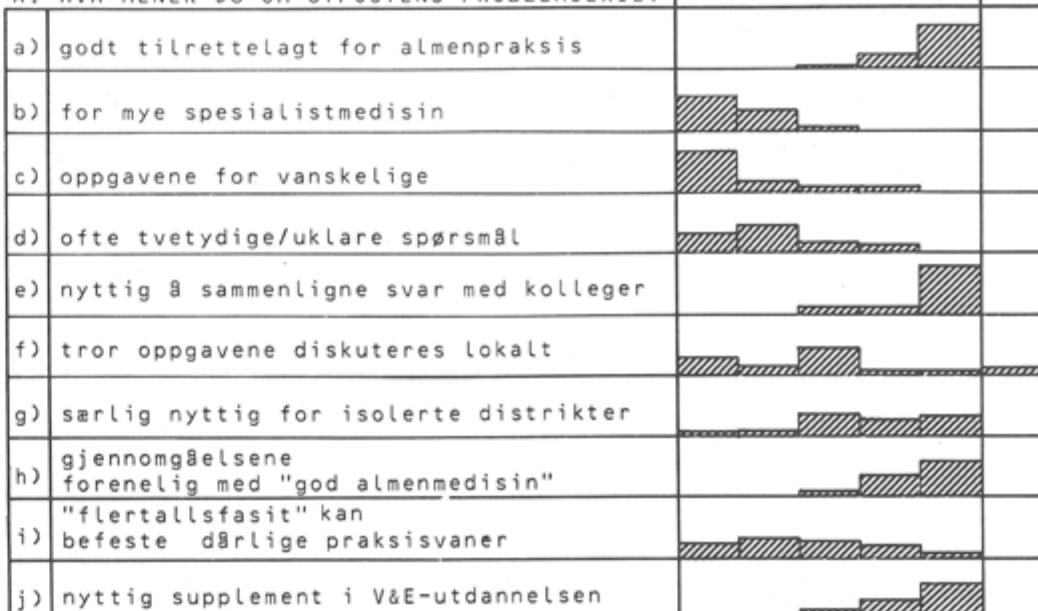
Oversikten til høyre (de vannrette søylene) viser den gjennomsnittlige tallverdi av swarene på hvert enkelt spørsmål.

En nidkjær statistiker vil kanskje synke på nesen av

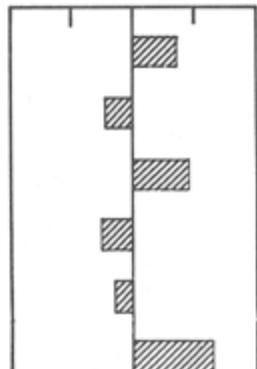
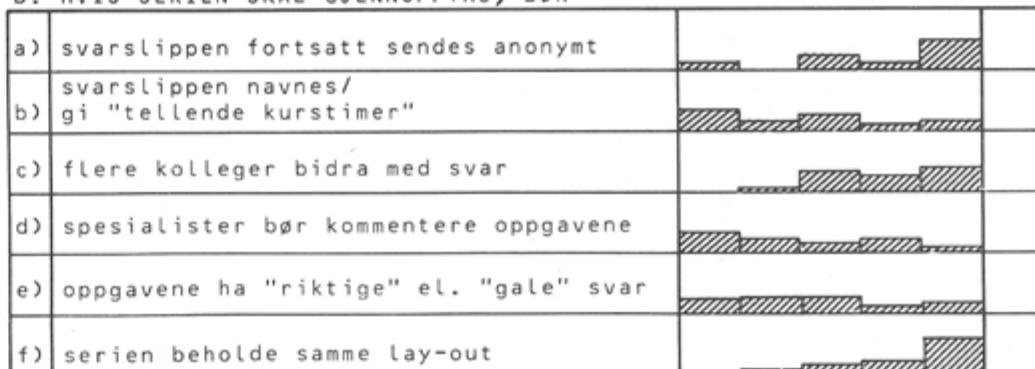
at vi her benytter gjennomsnittsverdier av tall på en ordinal måleskala. Men for vårt formål er det nyttig med et slikt visualt bilde av svarfordelingen.

Svarslippenes baksidekommentarer gjengis på de følgende sidene!

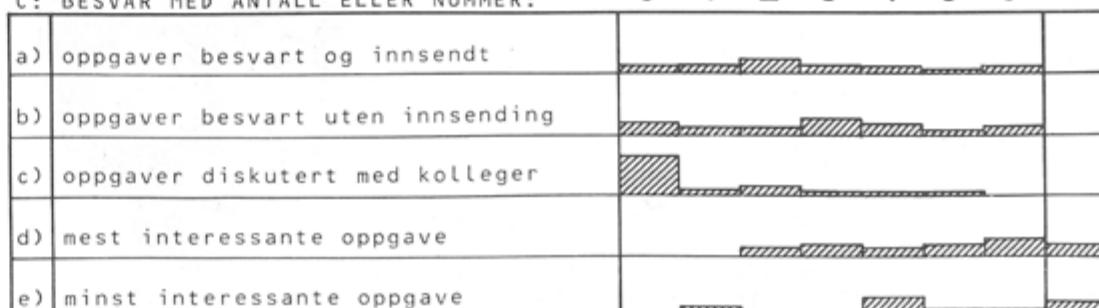
A: HVA MENER DU OM UTPOSTENS PROBLEMSERIE?



B: HVIS SERIEN SKAL GJENNOPPTAS, BØR



C: BESVAR MED ANTALL ELLER NUMMER:



gj.snitt: 2,4

gj.snitt: 2,7

gj.snitt: 0,8

oppgave 6

oppgave 4

UTPOSTEN'S ALMENMEDISINSKE PROBLEM SERIE



EVALUERINGEN:

Entusiasmen større enn ...

Forts. fra side 13

bør kunne gi "tellende kurstimer". En viss skepsis gjør seg gjeldende.

- Et flertall synes at flere kolleger i såfall bør sende inn egne svar, men mange er usikre på om det egentlig er så viktig.
- På spørsmålet om spesialister bør benyttes til å kommentere problemoppgavene er meningene også sterkt delte, men de fleste ser ingen fordel ved det.
- Et lignende svarmønster finner vi på spørsmålet om oppgavene bør utføres slik at de gir bedre anledning til "rik-tige" og "gale" svar. Et knapt flertall synes å være fornøyd med at vi, med viten og vilje, har valgt problemformuleringer som gir rom for skjønn og forskjellige holdninger. Vi mener at arbeidet i almenpraksis svært ofte er så komplisert og så personlig preget.
- Kanskje har mye av denne diskusjonen vært forgjeves, ettersom et klart flertall mener at serien bør fortsette eller gjenoppstå med samme "lay-out".

Evalueringens siste avsnitt er dels kommentert allerede. Men la oss peke på den interessante spredning det er i synet på hva som har vært seriens mest, henholdsvis minst, interessante oppgaver. Vi kan bidra til spekulasjoner omkring dette ved å nevne at oppgave 4 og 5, Bjørg Lien med sin thyreoidealidelse og Kristina med Hennoch Schönlein's purpura, var lagt opp som utpregte kunnskapskrevende oppgaver, mens de øvrige gav mer rom for vurdering og klinisk skjønn.

Så viste det seg altså at Bjørg Lien samlet flest stemmer som minst interessante oppgave, mens Elsa Andersen og hennes problem med arbeidsmarked og trygdeetat fikk flest markeringer som mest interessante oppgave. Eller var det bare fordi leserne husket denne sjette og siste oppgaven best?

La oss nå til slutt oppholde oss litt ved den oppslutningen serien som helhet har fått, målt etter antall innsendte svar-slipper. De seks oppgavene medførte i rekkefølge henholdsvis 100, 77, 59, 75, 44 og 51 innsendte svar innen fristenes utløp, i alt 406 svar-slipper. 355 av disse, svarende til et gjennomsnitt på 59 svar pr. oppgave, kom fra primærleger, almenpraktikere og distriktsleger, som var seriens egentlige målgruppe.

Er dette mye eller lite?

Utposten har et opplag på ca. 1700 eksemplarer. Abonnementsfortegnelsen gir ikke noen lett tilgjengelig oversikt over hvor mange av abonnentene som er primærleger. Men om vi nå antar at vi finner mellom 800 og 1000 primærleger blant abonnentene (overslaget gjort i samråd med redaktørene), betyr dette at hver problemoppgave gjennomsnittlig er blitt besvart av 6 til 7,5% av de primærleger som selv har mottatt bladet.

Igjen spørsmålet - er dette en god eller en dårlig oppslutning? Har det vært bryt verd å utarbeide disse oppgavene?

Vi svarer uten videre ja på det. For det første fordi dette har vært et pedagogisk forsøksopplegg

der all erfaring vi har fått underveis, også den registrerte oppslutning, er av verdi. Dernest må vi understreke at den aktive deltagelse med innsending av svar-slipper ikke har gitt den enkelte noen form for personlige laurbær eller kreditt. Det har vært fullt lovlig, og ihvertfall nesten like spennende, å sitte i sin stol og motta kollegenes felles fasit uten å ha sendt sin egen slipp inn. De som har besvart evalueringsskjemaet oppgir da også at de har løst flere oppgaver uten å sende oss svarene, enn det antall de faktisk har sendt inn (gjennomsnittlig 2,7 mot 2,4 innsendt).

Likevel må vi understreke at et antall på rundt 60 svarere på hver oppgave ikke kan gi et representativt bilde av hvordan problemene løses i norsk almenpraksis totalt sett. Det er utvilsomt en selektiv gruppe av kolleger som har bidratt med svar. Skal vi driste oss til å anta at disse våre ivrige svarere også hører med blant de faglig sterkest? (Noen sider lenger framme peker vi på andre kjennetegn ved våre svarere).

Vi skal runde av her med en kort og enkel takk til alle som har vært med på dette pedagogiske eksperimentet så langt. Evalueringen bør ikke skremme noen fra å prøve lignede tiltak!

Steinar Westin

Arne Ivar Østensen



Kurt Eliassen har ikke lenger vont i kneet -

Svarslippenes baksidekommentar:

OPPGAVELØSERNES EGEN RØST!

Mange av de 52 kollegene som har besvart evalueringsskjemaet, har benyttet anledningen til å gi utfyllende synspunkter om problemserien på svarslippens baksiden. I tillegg til en rekke personlige hilsner fra kolleger som ikke lenger synes det er nødvendig å være anonyme, de er her ved kollektivt takket, inneholder disse baksidekommentarene også konkrete synspunkter som vi gjerne vil dele med UTPOSTEN's leser.

Vi begynner forfra i svarbunken og fortsetter så lenge redaktørene gir oss spalteplass:

Første innkomne svarsliipp kom fra Oslo Helseråd's avdeling for almenhelse-tjeneste:

"Spørsmålsstillingen vil i seg selv gi for mye utslag på svaralternativ. "Problemorientert journal" med spørsmål ut i fra dette evt. som et alternativ?

Jeg synes denne serien alt i alt har vært bedre, mer relevant for almenmedisinens hverdag enn tilsvarende i "Tidsskriftet" (ac. abdomen etc.). Følg opp! Kan ikke instituttene på omgang ha ansvar for serien - og fordype kommentarene de så får?"

27-årig mannlige turnuskandidat, Hedmark fylke:

"Kom først over dette bladet på lesesalen (Ullevål) under studiet. Har siden abonnert - bl.a. for å få vite mer om almenpraksis - det er jo temmelig sparsomt med undervisning i faget (i Oslo ihvertfall).

Har ingen erfaring fra almenpraksis - men synes oppgavene er underholdende og lærerike - for en som har lyst til å forsøke seg i "offentlig almenpraksis".

Har vel egentlig ikke meningsrettigelse i en del av spørsmålene - har "ikke turt" sende inn p.g.a. usikkerheten her tidligere, ville nå gjerne gi positiv feed-back.

Er nå på Elverum sykehus - og synes Hedmark-statistikken var forsmedelig!"

Dansk mannlige kollega, 35 år:

"Kan bruges også i Danmark!"

Kvinnelig almenpraktiker, Hordaland:

"Sakser må hentes, også stifteren - oppgaven løses "i godstolen hjemme" - og så blir det liggende. Kanskje "riv her" og konvolutt minsker hindringene? Egenkopiens rubrikker noe avstand fra slipp for å tillate riving?"

34-årig assistentlege i kirurgi, som førstig har løst alle oppgavene:

"Kasusbeskrivelsene har vært gode. Kanskje de kunne være bedre? Hver svartedel burde hatt plass til kommentarer i tillegg til tallangivelsen 1-5. Da ville det vært større sjans for å oppdage evt. misforståelser. Flere ville sannsynligvis ha gitt tilleggskommentarer

hvis det hadde vært satt av plass til dette. Forøvrig synes jeg problemserien har vært svært god, men det er noe helt annet å se og snakke med en pasient enn å lese en annens (noe subjektive?) beskrivelse av pasienten."

Kvinnelig distriktslege i Sogn og Fjordane:

"Oppgavene har facinert meg - jeg føler de går rett i min egen situasjon. Jeg tenker oftere på mulige praksisforskjeller og valgalternativ, og har lurt på om ikke slike oppgaver kan brukes som et element i lokalt legeforum."

39-årig mannlig distriktslege fra Oppland:

"Oppgaveløsningen krever relativt mye tid og jeg er ikke sikker på om den er vel anvendt. Opplever oppgaveløsningen som noe kjedelig. Dette skyldes ikke at oppgavene er dårlige, men jeg liker ikke selv arbeidsformen. Savner mulighet for diskusjon med kolleger under problemløsningen."

29-årig distriktslege i Oppland:

"Hold ut!"

Mannlig almenpraktiker, 36 år, Sør-Trøndelag:

"Meget bra! La serien fortsette! Ta opp dette med VEAP-rådet om tellende kurstimer. Jeg tror det er gode gulrøtter for tiden."

Kvinnelig almenpraktiker, Buskerud:

"Fint tiltak - det mest interessante (eller heller nyttige) stoff i UTPOSTEN, fin anledning til å tenke over sine egne "praksisvaner", ellers sjeldent man diskuterer sine pasienter med andre almenpraktikere.

Liker best oppgaver der det ikke finnes noe læreboksvær, synes derfor nr. 4 var en dårlig oppgave."

forts. neste side



- og Kristina, 5 år, er frisk igjen!

UTPOSTEN'S

ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE



Svarsliippenes baksidetekstkommentarer:

Oppgaveløsernes egen røst!

forts. fra forrige side

35-årig mannlig distriktslege, Nord-Trøndelag:

"Meget fint tiltak! Det er viktig å formulere problemstillinger som vi møter - og finne løsninger ut fra vår arbeidssituasjon.

Vær forsiktig med å trekke inn spesialister - de hører vi nok fra i alle andre sammenhenger. Problemer i almenpraksis kan best løses av almenpraktikere. Stå på! Lykke til!"

Mannlig almenpraktiker, 53 år, Telemark:

"Den (serien) er i alle deler utsmerket, først og fremst som tiltak, men også i gjennomføringen. "Flertalls"-avgjørelser er jeg ikke redd for, av og til er jo flertallsløsningen riktig!"

Noen fasit finnes ikke, bare et eksempel på løsning (den aktuelle pasient). En bør ha konkrete pasienter å gå ut fra, og ta med de "gale" og "dumme" avgjørelser som en selv dog tar hver dag. Slik er nå engang almenmedisinens. Lykke til fortsatt!

P.S. Det bør være et svar til:
Vet ikke! Bør innrømmes oftere: Vi har ikke (skal ikke ha) riktig svar på alt!"

Mannlig almenpraktiker, 31 år, Sør-Trøndelag:

"Serien er også svært bra for almenpraktikere i by. Oppgavegivere gjenomgåelse er like god fasit og helt nødvendig supplement til "flertallsfasiten".

Svarfrist bør settes med en bestemt dato. Usikkerhet om en er for sent ute til den korte tidsfristen vil få noen til å ikke sende inn svaret (som jeg!).

Konstruering av oppgave kan honoreres med kurstimer. Ellers vil kurstimer stimulere til mange bevarselser og øke verdien av serien. Kanskje flere oppgaver av slik

type? Mange fine "kasus" er vanskelig å passe inn i den nævnevende oppgavestruktur.

Alle oppgavene har vært gode!
Stå på."

Mannlig almenpraktiker, 34 år, Aust-Agder:

"Meget god ide - foreløpig fin spredning i problemstillingene. Bør fortsette i en eller annen form."

Mannlig distriktslege, 39 år, Troms fylke:

"Å få kurstimer for oppgaver av denne type synes jeg er urimelig. I tilfelle må det bli mer omfattende og kreve et visst selvstudium for å fylles ut. Om dette er ønskelig er jeg noe usikker på. Jeg synes serien som nå bør fortsette."

Kvinnelig almenpraktiker, 32 år, Oslo:

"Flott tiltak, dere må ikke gi opp selv om responsen i blant er laber. Vi løser oppgavene uten å sende inn av og til. Lykke til videre!"

Mannlig distriktslege, 34 år, Troms fylke:

"Samtlige 6 problemer har vakt nysgjerrighet og ettertanke. Håper observante og skriveføre kolleger kan fortsette denne stimulerende aktiviteten."

43-årig almenpraktiker, Hordaland:

"Jeg synes dette er alle tiders. Serien, eller deler av den, vil også egne seg for undervisning av studenter, og kanskje også i videre- og etterutdannelsen. Dere må endelig fortsette."

Kvinnelig distriktslege, Finnmark:

"Synes serien har vært en fin

måte å foreta selvevaluering på (en måte, av flere). Skulle noe slikt gi tellende kurstimer, måtte det utvides og formaliseres adskillig. Og det kan godt hende at det ville være et nyttig tilbud. Men jeg ville gjerne beholde det mer uformelle tilbuddet, som selvevaluering, en "rask" feedback, som ikke krever så sterkt innsats, men som likevel gir noe av det som jeg oftest savner."

Mannlig almenpraktiker, 45 år, Buskerud:

"Bra tiltak - bør fortsette. Gjerne "tellende timer". Jeg har dessverre bare besvart to oppgaver, da jeg ellers har vært bortreist. De egner seg jo også godt til å diskutere i grupper."

Hvis redaktørene enda holder spalteplassen åpen, er vi nå ved veis ende med alle de svarsliippenene som var påført baksidetekstkommentarer. Vi takker for synspunktene og håper at også UTPOSTEN's leserer har hatt nytte av denne "meningsutvekslingen".

S. Westin/A.I. Østensen



Forts. fra side 13.

for medisins AV-avdeling, der fasitene i histogram-form har fått sitt plett-frie utseende.

Endelig står vi igjen med to av seriens arbeidshester: redaksjonssekretær Toril Jacobsen i Utposten og kontorassistent Brit Fladvad ved Institutt for samfunnsmedisin, som ikke har latt seg avskrekke av manuskripter som i blant har krevd en puslespillers nøyaktighet i oppsettet.

Da gjenstår det bare å takke bladredaktørene for godt og inspirerende samarbeid om problemserien så langt. Aage Bjertnæs og Martin Holte har aldri lagt skjul på sin positive interesse for dette tiltaket.

SW/AIØ.

PROBLEMSERIENS SVARERE

Vi kan ikke avslutte denne evalueringen av Utpostens almenmedisinske problemserie uten å interessere oss for hvem det er blant våre kolleger som har bidratt med egne svar.
Hvor representative er de for landets primærleger?

La oss først se på hvordan samtlige 406 avgitte svar fordeler seg etter svarernes hovedstilling (tab.1).

Tabell 1. Hovedstilling angitt på svarslippene (n=406)

-almenpraksis/distrikts-	lege: 355 svar
-sykehushuslege	: 23 svar
-bedriftslege	: 7 svar
-forskning/under-	
visning	: 1 svar
-turnuskandidat i	
distrikt	: 5 svar
-turnuskandidat i	
sykehus	: 2 svar
-student	: 4 svar
-annen legestil-	
ling (eks. adm.	
av almenpraksis)	: 9 svar
Sum	: 406 svar

Det knytter seg naturlig nok størst interesse til avsenderdataene på de 355 svarslippene fra primærlegene. Da vil vi gjøre den regnemessige tilnærmingse og oppfatte avsenderdataene for hver enkelt svarsliipp som en primærlege, selv om samme lege kan ha sendt svar på flere oppgaver.

Helst skulle vi nå hatt detaljerte data om alle landets primærleger å sammenligne med. Helsepersonnellstatistikken fra Statistisk Sentralbyrå er ikke detaljert nok for vårt formål. Istedet skal vi basere oss på en sammenligning med de 1305 primærlegerne som besvarte Rutles spørreskjema i mars-juni 1978 (1). De utgjorde 84,3% av landets primærleger på dette tidspunkt.

Tabell 2. Kjennetegn ved problemseriens svarere blant primærlegene sammenlignet med et større materiale av norske primærleger.

KJENNETEGN:	Problemer-siens svar fra primærleger n=355	Rutle's (1) materiale av primærleger n=1305
-Andel kvinner	9,3%	12,4%
-Alder:		
gjennomsnitt	37,3 år	44,3 år
median	35 år	40 år
-Antall år i alm.praksis:		
gjennomsnitt	8,3 år	13,1 år
median	6 år	7 år
-Godkjent alm.prakt. Dnlf	33,9%	32%
-Praksisform:		
solopraksis (evt.m/turn. kandidat)	38,8%	65%
gruppepraksis	61,2%	35%
-Stilling:		
priv. alm.praksis	54,8%	69%
+ bydelsleger	45,2%	31%
distriktsleger		
-Fast lønn i hovedstilling:	17,2%	3%
-Eksamenssted:		
Norge	79,6%	70%
Utlandet	20,4%	30%

Tabell 2 angir noen av de kjennetegnene som karakteriserer våre svarere i forhold til alle de primærlegene som Rutle har dratt "ut av skyggen", og som trolig gir et brukbart bilde av alle norske primærleger.

noe mer tilbøyelig til å svare enn de private almenpraktikene. Endelig kan vi peke på at kolleger med norsk embetseksemten har vært noe ivrigere til å svare enn "utenlandsmedisinere".

Så vet vi det!

SW/AIØ



Tabellen kan kort kommettes som følger:
Våre svarere er noe yngre enn gjennomsnittet av norske primærleger. De har noe kortere tid bak seg i almenpraksis. Kolleger i gruppepraksis er sterkt overrepresentert blant svarerne, likeledes primærleger i fastlønnsstilling. Distriktslegene har vært

1. Rutle, O.: Primærlegen ut av skyggen. NAVF's gruppe for helsestjenesteforskning Rapport nr. 1-1981.



FYLKESTOPPEN: OPPLAND OG SØR-TRØNDELAG PÅ DELT FØRSTEPLASS!

Tabell 3. "FYLKESTOPPEN" - geografisk fordeling av svarene på alle 6 oppgaver. Absolutte tall og korrigert for antallet primærleger¹⁾ i fylket.

Fylke	Totalt svar	Totalt antall	Fylkes-rangering	Antall primærleger i fylket ¹⁾	Svarpros. (pr.100 primær.2)	Fylkes-rangering
Østfold	27	7	24	105	22,8	7
Akershus	26	8	26	155	16,8	11
Oslo	26	8	15	204	7,0	18
Hedmark	4	19	4	106	3,8	19
Oppland	35	1	35	110	31,8	2
Buskerud	10	15	10	116	8,6	17
Vestfold	25	10	25	91	27,5	3
Telemark	17	12	15	87	17,2	10
Aust-Agder	11	14	10	50	20,0	8
Vest-Agder	12	13	7	80	8,8	16
Rogaland	33	3	32	121	26,5	5
Hordaland	31	5	24	153	15,7	12
Sogn & Fjordane	10	15	9	58	15,5	13
Møre & Romsdal	34	2	32	118	27,1	4
Sør-Trøndelag	32	4	31	90	34,4	1
Nord-Trøndelag	8	17	6	67	8,9	15
Nordland	31	5	28	114	24,6	6
Troms	20	11	15	80	18,8	9
Finnmark	8	17	7	51	13,7	14
† opplysning	6	-	0	-	-	-
Sum:		406	355	1956		

1) Helsepersonellstatistikk 1979 (SSB): almenpraktiserende leger, distrikts- og stadsleger med almenpraksis og turnuskandidater i distrikt.

2) Merk at utregningen er basert på antall mottatte svar, ikke på antall primærleger som har svart.

Vi har hele tiden holdt leserne løpende orientert om hvilket fylke som har stått for flest innsendte svar på hver problemoppgave. Dette dels for å spille på lokalpatriotismen i forsøket på å motiverere kollegene til å sende svarslipten inn, dels av mer genuin interesse for å se hvordan deltakelsen i denne typen problemløsning fordeler seg på landsbasis.

Vinnerne av hver enkelt seriegang er allerede utropt og behørig hyllet:

Oppgave nr. 1: Hordaland m/Bergen

Oppgave nr. 2: Oslo

Oppgave nr. 3: Akershus, Oppland, Telemark, og Møre og Romsdal (likt antall)

Oppgave nr. 4: Akershus, Rogaland, Møre og Romsdal (likt antall)

Oppgave nr. 5: Rogaland

Oppgave nr. 6: Nordland

Ikke enkelt å kåre noen serievinner her! Lettere ble det ikke da flere av svarerne fra "bunnfylkene" klaget over denne sumariske beregningsmåten. Kravet var at antall avgitte svar måtte sees i forhold til antallet primærleger i fylket. Vi var selvsagt enige, men hadde aller helst ønsket oss en oversikt over antall Utposten-abonnenter blant primærlegerne i hvert fylke. Omsider fikk vi en abonnementliste, ordnet etter postnummer, men uten angivelse

av hvilke abonnenter som var primærleger.

Men serievinner skal vi kåre! Se bare på tabell 3, der vi først konstaterer at Oppland fylke med sine 35 svar toppler listen. Men det er dog nærliggende - og dertil mulig - å korrigere for antall primærleger i fylket. Vips - her kommer Sør-Trøndelag opp på første plass!

Hvorfor ikke like godt avslutte denne serien - i dobbelt forstand - med å gratulere kollegene både i Oppland og i Sør-Trøndelag med hver sin velfortjente førsteplass? Så kan vi istedet samle pekefingerne og spørre: Hva driver dere egentlig med i Hedmark?

Manifestasjoner ved vitamin B₁₂-mangel



- såvel til profilakse som
til behandling

Betolvex

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens
vitamin B₁₂-status.

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

DUMEX

**NYHET
FRA**



URI-MED A-S

1458 Fjellstrand

Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

EASTLEIGH MED BARE EN MATTE

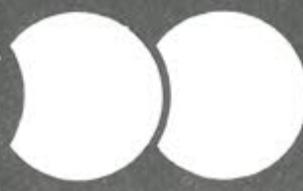
Det velkjente Dri-Nite Eastleigh alarmsystem for sengevætere har etter mange år kommet med en ny modell! Til dette apparatet trenges kun en matte, laget i myk plast med trykte kretser. Dette gir en rekke brukerfordeler:

- behageligere å ligge på
- 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.

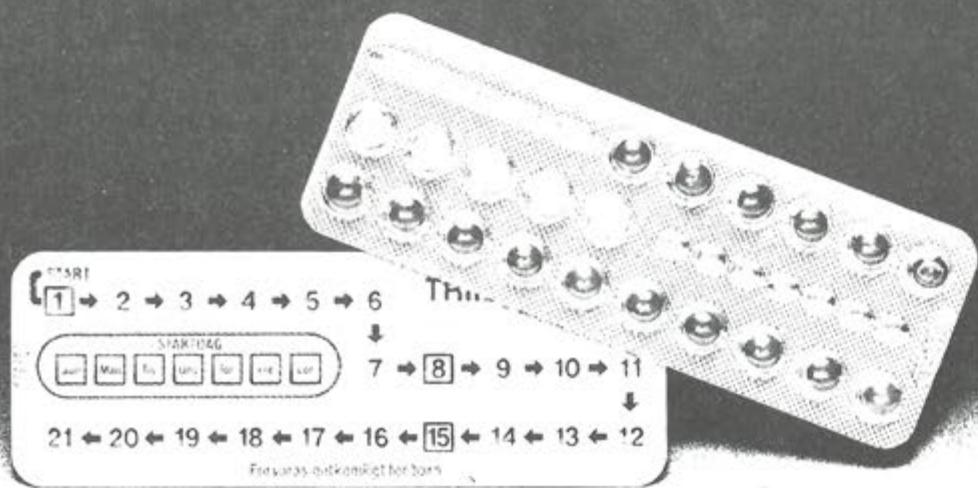
Prisen er den samme som før, dvs. kr. 500,- ekskl. mva. for et komplett anlegg.

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

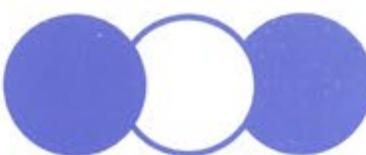
*ethynodiol-diol + levonorgestrel

11081

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 tablette inneholder: Etnyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 50 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.
 1 hvit tablette inneholder: Etnyloestradiol 40 µg + levonorgestrel 75 µg, const. q.s.
 1 gul tablette inneholder: Etnyloestradiol 30 µg + levonorgestrel 125 µg, fargestoff (jernoksyd), const. q.s.

EGENSKAPER:

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

Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervixsekretet således at spermienes passasje vanskliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon.

Absorbjon: Absorberes hurtig og nesten fullstendig. Maksimal serumkonsentrasjon: Etnyloestradiol ca. 1 time og levonorgestrel 1-2 timer etter oral innlegg.

Halveringstid: Etnyloestradiol 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 morsmelen, men i så små mengder at risiko for å påvirke barnet neppe foreligger ved terapeutiske doser.

INDIKASJONER:

Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Östrogenavhengige tumorer. Tromboflebit eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Utpræget familiær disposisjon for kardiovaskulære sykdommer eller trombose. Aktiv leversykdome. Leverfunksjonsstyrrelser. Dubin-Johnson - syndrom, Rotor-syndrom, Graviditetsicterus. Sicklecellanemi. Herpes gestationes. Udiagnosert genitalblodning. Graviditet. Residiverende urinveisinfeksjoner.

Relative:

Ikke etablert regelmessig menstruasjon. Amming.

BIVIRKNINGER:

Trinordiol er en cyklustilpasset p-pille med lavt hormoninnhold. I storst mulig grad tilpasset kvinnens naturlige hormonmonster under cyklus. Bivirkningsfrekvensen er lav sammenliknet med p-piller med konstant sammensetning. Uregelmessige blodninger kan forekomme, spesielt i begynnelsen av behandlingen. Amenorrøe av varierende lengde kan oppstå etter seponering. Mastalgi, kvalme, hodepine, migræne, edemer, tretthet, nedstemthet, fett hår og benkrærer kan forekomme. Endring av vekt og libido. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Tilkelle av leverandringer (adenom, fokal nodu-

lær hyperplasi) er beskrevet. Symptomer kan være akutte buksmerter eller tegn på intraabdominal blodning. Galtesen er noe hypsigere 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 forkirurgiske inngrep. 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 røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer migrænelignende hodepine og/eller synsførstyrrelser skal behandlingen avbrytes. Hos kvinner med sykdommer som erfaringsmessig forverres under graviditet bør preventivtablettet 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. Chioasma 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 B₁₂ (i: 55 e, steroider, antikonsepsjonsmidler, perorale).

DOSERING:

Antikonsepsjon: 1 tablet daglig i 21 dager fra cyklus 1. til 21. dag. Etter 7 tablettfrie dager følger ny behandlingsperiode. Oppstartningsfase: Begynn alltid i forbindelse med en menstruasjon: 1 brun tablet daglig i 6 dager med start 1. menstruasjonsdag (1-6 på brettet). Derefter 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 tablettsbrett 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. blødningdag -
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

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
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

Skårerveien 150, Postbox 20, N-1473 Skårer, Tlf. (02) 70 55 20

