UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 1 JANUAR 1978 ÅRGANG 7

Av innholdet

AAGE BJERTNÆS:
Offentlig tilrettelagt almen praksis og noko attåt s. 3

MARTIN HOLTE:
Utpostens fremtid ..... s. 4

PER HAFSTAD:
Blodtrykksmåling uten stetoskop ..... s. 4

BERNT E. ØSTENSEN:
Gyldendals Huslege . s. 5

KNUT AASARØD:
Sykehusmedisin kontra primærmedisin ..... s. 6

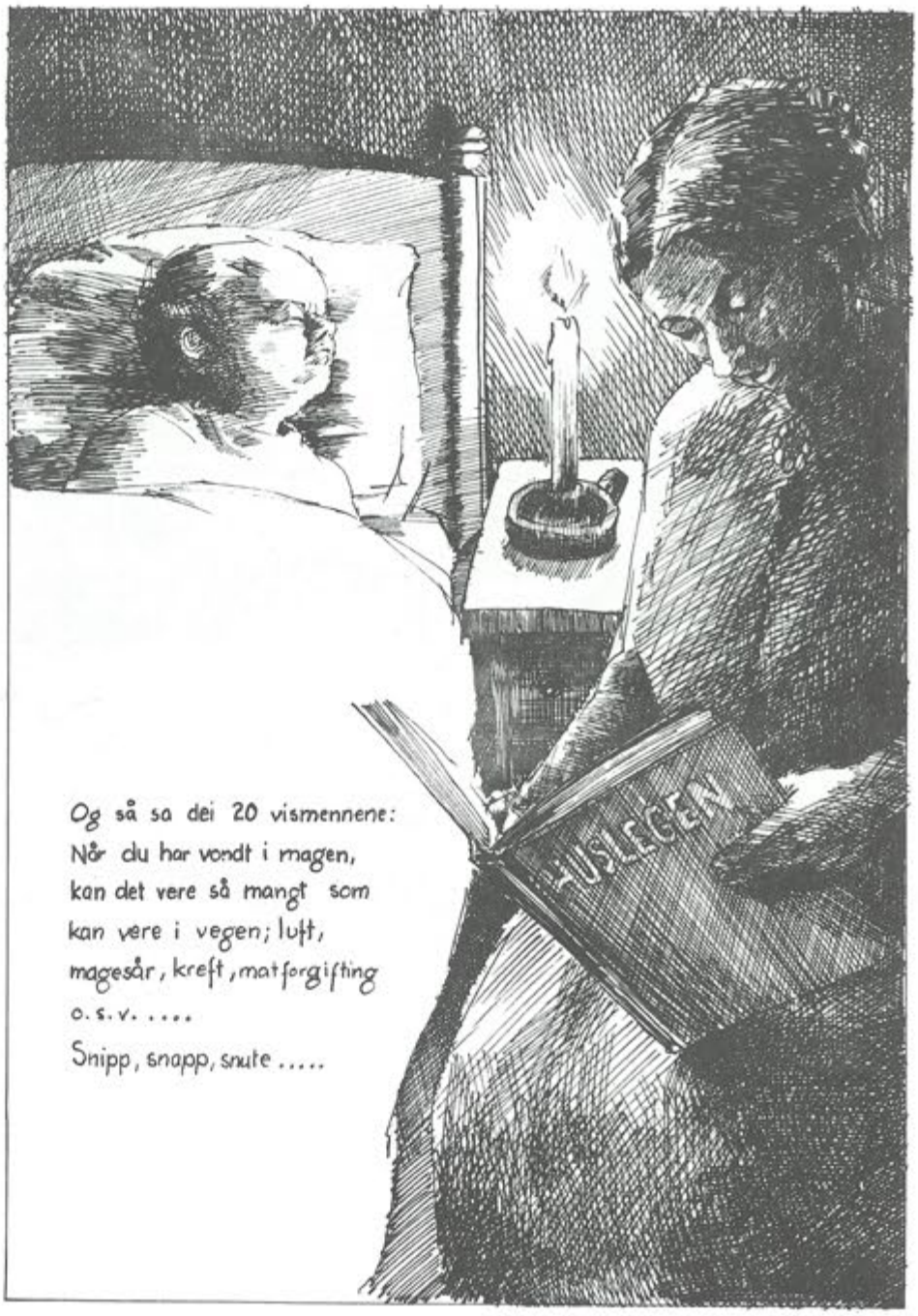
IVAR ROSENBERG:
Klinisk medikament utprøvning i almenpraksis .. s. 7

AAGE BJERTNÆS:
Moderne markedsføringsteknikker ..... s. 9

JARLE HØYE:
Styrking av primærhelsetjenesten – hvordan ..... s. 10

ARNE I. ØSTENSEN:
Hvorfor fastlønnssystemer i primærlegetjenesten?..... s. 11

GEIR JACOBSEN:
Normal-tariffen. Kommentar ..... s. 12



Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Kari Grønning

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 8616
7000 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse

Abonnement:
Kr. 75,- pr. år
Studenter kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

De som kommer:

Aage Bjertnæs:
Prekliniske studier i Mainz - flyttet til Lübec hvor embetseksamen ble avlagt. Tilleggskurs i Oslo, turnustjeneste i Molde og på Hitra. Umiddelbart etter endt turnustjeneste kastet seg hodestups ut i primærhelsetjenesten ved Risvollan legesenter i Trondheim. Etterhvert tilegnet seg den medisinske grunnfilosofi hvor primærhelsetjenesten er den viktigste del av det totale helsevesen. Vært med på å tilrettelegge vidre- og etterutdannelsen i Trøndelag. Formann i Trøndelag Medisinske-selskap, nylig innvalgt som fast styremedlem i Sør-Trøndelag Legeforening.

Biodynamisk grønnsakdyrkning som lidenskapelig hobby og anbefaler julesalat (sikorisalat) og knutekål (for libhaber).

Martin Holte:
Prekliniske studier i Münster i Westfalen, kliniske og kulturelle erfaringer i Freiburg og tilslutt i Lübec hvor embetseksamen ble avlagt. Tilleggs kurs i Oslo, turnustjeneste i Molde hvor spiren til å starte opp i primærhelsetjenesten ble tent. Distriktsturnus i Årdal i Sogn. Startet opp umiddelbart ved samme legesenter som medredaktøren.
Arbeidet med vidre- og etterutdannelsen i Trøndelag. Nylig innvalgt som fast medlem av Fagutvalget i APLF. Viseformann i foreningen av almenpraktiserende leger i Sør-Trøndelag.

Frelst primærmedisiner med paramedisinske interesser som matlagning (dekker gjerne bordet med damaskduk) og urter. Anbefaler sprituttrekk av krekkling og rognebær (det siste til viltmiddagen).

Til de som går:

Kjære Per Wium, Harald Siem og Tore Rud!!

Utposten har dere skapt. En noe komplisert fødsel, men vekst og utvikling har ikke vært preget av fødsel skader, tvertimot vist seg å bli meget levedyktig med en rivende psykomotorisk utvikling. Lærte tidlig å snakke sant og høyt på de riktige steder - fikk en fri barneoppdragelse som vel ga enkelte inntrykk av uforskammet oppførsel. Men det var ikke det viste det seg, det var opprøret mot uholdbare tilstander i primærhelsetjenesten. Det vekket oss opp av den somnolente holdningen mange av oss hadde ovenfor primærhelsetjenesten.
Dette er jo pionerarbeide kjære avtrappende redaktører. Den nye redaksjonsstaben vil takke dere for den formidable innsats dere har utvist med Utposten, og det er med litt famlende hånd vi griper redaktørpennen fatt. Et står ihvertfall klart for oss- Utpostens ånd vil vi fortsatt la leve uforandret så godt vi kan.

Offentlig tilrettelagt almenpraksis og noko attåt . . .

Det snakkes med rette om krisen i primærhelsetjenesten. Aldri har man i løpet av en høst lest så mange nedslående statistikker og sett så mange nedstemte leger uttale seg i presse, radio og TV om problemet. En krisemaksimering nærmer seg spår enkelte...

Vi må helt tilbake til 60 årene, for å finne en situasjon med så mange ledige distriktslege stillinger. Etablering av praksis er også vært avtagende de siste to årene.

Dette til tross for at: vi utdanner flere leger nå enn noensinne. Vi har fått almenmedisinskeinstitutter ved samtlige medisinskefakulteter. Studentene gies stadig mere undervisning i faget, man er i ferd med å akademisere det, tilpasse det til universitetsplanet.

Vi har fått all spesialiteten, almenpraktiker DNLF utdannelsen, som nærer 60% av våre almenpraktiserende leger enten har unnagjort eller er i ferd med å fullføre. Aldri har vidre etterutdannelsestilbudet vært bedre. Tre kataloger med tilbud og sentrale kurs for enhver smak. Det lokale kurstilbud ligger også vel tilrette de flest steder.

Almenpraktikerne har de siste årene vist tiltagende gruppeaktivitet flere steder i landet, selv om det ikke lyktes å etablere lokalforeninger har man funnet et fellesskap som har skapt innbyrdes styrke. Legeforeningens landsmøte i Loen i 1977 ble "et vekkelsemøte for almenpraksis". Kan man klare å bringe denne vekkelsestemning til studentene ved våre medisinskefakultet, eller vikarene ved våre sykehus? Mye tyder ihvertfall på at myndighetene har funnet troen på primærmedisinens betydning. Dette har vært en hektisk høst for vårt lands fylkesleger, stadsleger og sykehussjefer. Mange har stått frem på arenaen med alternativer til løsningen av primærlegekrisen.

Vi venter fortsatt på loven om primærhelsetjenesten.....

Hva er det som er skyld i den vanskelige situasjonen? Spørsmålet er komplisert og vil kreve atskillig mere arbeid i form av undersøkelser og utredninger før løsningen foreligger. Noen undersøkelser er allerede foretatt og er under utarbeidelse og man hilser disse velkommen. Måtte flere følge etter.

Fordi 1.100 privatpraktiserende leger og 500 distriktsleger som hovedsakelig har sin inntekt fra normal tariffen har man fått justert takstene fra 1. desember 1977. Det ville være ønskelig at man fikk en debatt om takstsystemet hvordan dette fungerer og om dette skal beholdes eller om man skal forandre takstsystemet. For alldel bør vi vel også gå ut med spørsmål til de 1.600 legene som i dag lever av systemet, om de er tilfreds eller ikke.

I høst registrerte man med stor glede at regjeringen gikk inn for opprettelse av25 fastlønns distriktslege stillinger i nord-Norge for å bedre den vanskelige situasjon som eksisterer i dag. Det er grunn til å rette øynene nordover kanskje er dette den riktige vitamininnsprøyting man trenger hvor mørketid og harde klimatiske forhold i alle år har gitt sitt utslag i liten stabilitet i akademikeryrkene. Oslo kommunes helseplan med opprettelse av stadig flere fastlønnete almenpraktikere må vel også sies å være et fornuftig eksperiment. Til nå ser det ikke ut tl at det har vært vanskelig å besette de ledige stillingene det har vært opptil svært mange søkere til hver stilling. I Sør-Trøndelag har fylkeslegen og sykehussjefen også tatt initiativet til å få opprettet 30 fastlønn stillinger med almenpraktikere i distriktet og Trondheimby. Hilser også dette tiltaket velkommen og vi ser med spenning på hva resultatet vil bli. Dersom dette er løsningen til bedre primærlege dekkning bør man vel la eksemplet etterfølges i det ganske land. I mange år fremover vil vel legene foretrekke stillinger i Oslo området fremfor Nord-Norge dersom betingelsene er de samme. Fastlønnssystemet vil alene ikke kunne løse dette problem. Vi bør ha høstet erfaringer med disse prøveprosjekter før man markedsfører fastlønnsprinsippet som det eneste og beste system.

Aage Bjertnæs

Utpostens fremtid

Hvorfor ikke innposten? - når den nye redaksonjonens lokaliteter ligger i Trondheimby. Våre større byer er som kjent dåligere dekket med primærlegetjeneste enn på landsbasis. I Trondheim har vi fra slutten av 1950 årene til i dag ikke hatt noen netto tilvekst av almenpraktiserende leger. Det er fortsatt 25 som betjener en by på ca. 130.000 innbyggere dvs. 1 lege på 5.000 mennesker. Dette illustrerer vel klart nok at vi befinner oss på en "post langt langt der ute" i forhold til den plass primærhelsetjenesten burde hatt i det totale helsevesnets bilde. Derfor har den nye redaksjonen besluttet å beholde Utpostens navn og å fortsette debatten om primærhelsetjenestens utvikling og problemer. Sentrale emner i denne sammenheng er: almenmedisin som basisfag i medisinutdannelsen - økende rekruttering - bedre arbeidsforhold - styrke yrkesbevisstheten og selvtilliten i forhold til våre sykehus kollegaer - stimulere til økende forsknings aktivitet og et aktivt vidre og etterutdannelses miljø. Primærlegen skal være hjørnestenen i vår fremtidige strukturering av helsevesnet for å sikre kontinuitet og trygghet i behandling situasjonen og det forebyggende helsearbeidet.
Vi vil derfor kjempe mot opprettelse av særomsorgene som spretter opp som paddehatter rundt oss. De velkjente argumenter om at dette er nødløsninger fordi primærlege dekkningen er så dårlig kjenner vi. Det vi mangler er en skikkelig politisk innsatsvilje for å gripe fatt i problemets årsak, nemlig rekrutteringen om arbeidsforholdene, ikke symtomatiskbehandling som vi alle kjenner til er den dårligste løsning.

Som dere skjønner kjære lesere så lever primærhelsetjenesten i sin skjebnetime og vil vel det fortsatt i 2-4 år fremover, men så vil vel meget være avklaret. Derfor er det viktig at vi alle gjør en innsats for å forme vår fremtidige primærhelsetjeneste til det beste for pasientene og oss som arbeider i den.

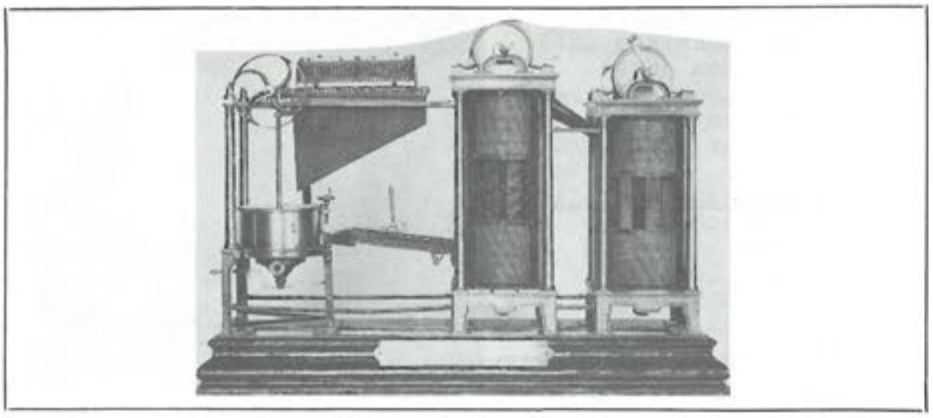
Martin Holte.

Blodtrykksmåling uten stetoskop

Per Erik Hafstad, Trondheim, 11.01.78

I løpet av den senere tid har det kommet på markedet flere blodtrykksapparater hvor det ikke er nødvendig å bruke stetoskop, men der blodtrykket indikeres enten ved optisk signal eller ved hørbart signal oftest er disse to signalmåter kombinert. Jeg er kommet i hende et slikt apparat som produseres av et tysk medisinsk-teknisk firma. Apparatet kalles Elektronic Test 2400 og er av en slik størrelse at det kan medbringes i legekofferten.

Selve skalaen, mansjetten og betjeningen på blodtrykksapparatet er det samme som for andre blodtrykksmålere som er beregnet til bruk i sykebesøk.
I mansjetten er det innebygget en svært trykkømfintlig mikrofon som opptar de korotkoffske lyder som forsterker disse og gjengir såvel lyd som lydimpulser. Denne del av apparatet er batteridrevet og et slikt batteri holder for ca. 4500 målinger dvs. ett batteriskifte gjennomsnittlig



2. - 3. hvert år.

På mansjetten er det en stor rød punktmarkering som markerer stedet for mikrofonen. Denne skal ligge over arteria bracialis når blodtrykket måles. For å kontrollere riktigheten av denne måte å måle blodtrykket på, har man valgt å kontrollere dette apparatet mot den tradisjonelle blodtrykksmåling.
Man har alt målt blodtrykket på 40 tilfeldige valgte personer, og blodtrykket er målt etter 3 min. sittende og på samme arm, Først på tradisjonell måte deretter med apparatet med optisk og hørbar indikering.

Hos alle pasienter fant man et riktig korrelerende systolisk blodtrykk, men hos 4 av pasientene et forskjellig diastolisk blodtrykk varierende fra 2 til 5 mm.

Alt i alt må det vel sies at denne blodtrykksmåleren er helt pålitelig sammenlignet med ens eget sensorium og er et bra alternativ ved et valg av blodtrykksmåler. Det har absolutt sine fordeler

Forts. side 13

Helseleksikon som erstatning for et medmenneske — Huslegen?

HUSLEGEN — Gyldendal store helseleksikon 1—4, 1700 sider. Bernt E. Østensen, almenpraktikter D.n.l.f., Trondheim, 22.12.77

Markedsføringen er i gang, den gamle huslegen er død eller dersom han ikke er helt død, bidrar i alle fall dette verket til å få tatt livet av han en gang for alle. Kanskje var han allerede død da bokverket ble laget, for hans ånd og person er overhodet ikke representert.

Etter en innledning på 90 sider, tennes håpet om at dette verket representerer noe annet enn tidligere legebøker. Ved videre lesning glir en imidlertid over i en følelse av maktløshet. Selvfølgelig finnes det en masse verifulle opplysninger formet som spørsmål og svar i dette verket. Poenget er imidlertid at også dette verket bærer tydelig preg av at her har man 20 anerkjente spesialister brukt kikkert enda en gang.

På tross av at det i innledningen presiseres at dersom man blir syk skal man oppsøke en almenpraktiserende lege, syndes det regelmessig mot dette råd senere i verket. Eneuresis hos barn skal behandles av barnelege. Ved mistanke om allergi skal allergolog konsulteres. Ved mistanke om øyensykdom skal en ikke oppsøke optiker men øyenlege, almenpraktikeren hopper man lekende lett over. Alle kvinner over 20 år bør undersøkes med cytologisk prøve av cervix ihvertfall hvert 2.-3. år, og det selvfølgelig av kvinnelege. Det burde vel være almenkjent at dette er et arbeide som i dag i stor utstrekning også drives av almenpraktikere og som vel for fremtiden også bør drives av almenpraktikerne. Berettigelsen av rutinekontroller av overnevnte slag uten noen som helst form for seleksjon, kan vel også i høy grad diskuteres. Kapasiteten ved landets patologiske laboratorium vil jeg ikke kommentere nærmere.

Statens skjermbildekontroll har for lengst gått over til selektive undersøkelser.
HUSLEGEN går den andre veien. "Friske voksne mennesker bør få lungene røntgenundersøkt med 1 eller 2 års mellomrom"
Påstandene hagler videre: Som tiltak for å forebygge/oppdage magekreft tidlig skrives det: "Dette ville være mulig hvis flere pasienter som har mageplager var mer innstilt på å bli røntgenundersøkt". Jeg tør komme med den påstand at dette ikke er problemet, men det motsatte, nemlig å avgrense bruken av røntgen ved alle mulige former for mageplager. Som et videre tiltak i samme forbindelse nevnes 1/2-1 årig legeundersøkelser. Jeg tror alle almenpraktikere (og alle andre leger) ville være takknemlige for en oppskrift på hva en slik undersøkelse skulle omfatte for virkelig å ha noen reell verdi.

Noe som mangler er opplysninger om banale lidelser som f.eks. forbigående feber hos barn som mangler alle andre tegn på sykdom. Et råd om at en i slike tilfeller kan avvente situasjonen uten å ringe til den amulante legevakten etter 2 timers varighet av feberen, mangler i dette verket.

Som generell kommentar til bokverket vil jeg som i innledningen presisere at dette verket ikke har noen som helst erstatning for huslegen.

Verket gir svar på en hel rekke rent medisinske spørsmål, men representerer ikke det en mener med huslegen, nemlig en person som symboliserer nærhet, trygghet og tilgjengelighet.

For huslegen vil oppgaven ikke bli lettere med dette verket i de tusen hjem. Her kan pasienten plukke ut diagnoser passende til aktuelle plager og presentere denne sammen med ferdige "smørbrødlister" over hvilke undersøkelser som må foretaes uten at legen har mulighet for å foreta en helhetsvurdering av hvilke undersøkelser og behandling som er mest hensiktsmessig.

Jeg overlater til andre å ta standpunkt til om verket bør anmeldes for misvisende med hensyn til tittelen på verket.

Sykehusmedisin kontra primærmedisin

Studentholdninger — stud. med. Knut Aasarød 9. termin, Trondheim

De færreste medisinske studenter har, selv ved slutten av sitt studium ingen klar formening om hvor og hvordan de ønsker å praktisere sitt framtidige yrke. Det er vel meir eller mindre tilfeldige erfaringer fra de første åra etter endt studietid som staker ut retninga.

Ikke desto mindre har det, godt hjulpet av en heftig debatt blant våre yrkesaktive kolleger, blitt kart for oss at det finnes to typer medisin, nemlig sykehusmedisin og almenmedisin hvor ulikhetene er meir framtredene enn likhetene. Etter hver er da spørsmålet oss studenter imellom blitt: "Har du tenkt å jobbe i sykehus eller utenfor?" Jeg tror fleire og fleire svarer sykehus ettersom studie nærmer seg slutten. Grunnen til dette er mange, og jeg skal forsøke å trekke frem noen av dem.

Vi utdannes i og til sykehusmedisin. Våre lærere er spesialister og i miljøet finnes store ressuser i form av eksperter og avansert utstyr. Alt dette blir en viktig del av den medisin vi får erfaring med. Vi får en følelse av at det ikke er skikkelig medisin om man ikke kan vurdere elektrolytt-status på alle pasienter. Dette forsterkes av spredte bemerkninger fra forelesere om "Hattfjelldal" eller "Cladal", og skrekkeksempler om alvorlig sykepasienter som går udiagnostiserte hos primærlegen i fleire år "før han oppsøker oss."

Det inntrykket som sykehusmedisinen gir oss av det å være lege er fjernt fra fra mange av de oppgaver som primærmedisineren står overfor. Vi ønsker å være leger, og har motvilje mot å drive i periferien av det vi meiner å være utdannet til. Trygdesaker, rutineundersøkelser og ellers sosialmedisinske spørsmål som f.eks. en distiktslege må ta stilling til, opplevves som fjernt fra "den egentlige medisen" - den diagnostiserende og behandlende medisin. Hensynet til det faglige nivå og frykten for å bli en dårlig lege etter år i distrikt teller nok

også for mange av oss. I tillegg kommer det ubehagelige ved å måtte stå aleine med ansvar, noe man i større grad unngår i sykehus. Jeg tror at for mange studenter teller disse momentene meir enn f.eks. utsiktene om stort arbeidspress og lang arbeidsdag.

Uten å kjenne altfor mange legekoner tør jeg likevel si at det store flertallet av dem må være svært tolerante og aksepterende overfor sin ektefelles lange og nokså ustrukturerte arbeidsveke. Hvis ikke hadde det nok vært atskillig fleire skilsmisser blant legene enn det er. Gifte mannlige medisinere kan ikke i samme grad regne med at deres koner vil akseptere å stadig å være den som renonserer på egne ønsker om yrkesliv, samt måtte ta storparten av byrdene i heimen mens ektemannen bruker mesteparten av døgnet til sin praksis. Mentaliteten har forandret seg. Sammen med dette virker det faktum at vi etterhvert får fleire kvinnelige medisinere - de fleste av dem gift med yrkes aktive menn, som neppe vil akseptere kun heimearbeide i lengre tid. Arbeid på sykehus vil være mye enklere å forene med arbeidsstilling i heimen og arbeid for begge ektefellene.

Hvordan har så debatten om almenpraktikerens situasjon virket på oss studenter? Jeg tror den i stort monn har bidratt i samme retning som de faktorer jeg har nevnt ovenfor, - nemlig at vi i enda mindre grad enn før kan tenke oss primærhelsetjenesten.

Bildet av primærlegens arbeid er malt i mørke farger, sikkert med rette - langt på vei. Å gi et rosen-rødt bilde for å lokke kandidater til helsetjenesten utenfor sykehus vil være galt. Men i tillegg til de konkrete praktiske endringer som må komme trengs det også en mentalitets endring blant leger og studenter i synet på almenpraksis. Skal dette lykkes må debatten i større grad enn til nå ta for seg de positive sidene ved det å drive primærmedisin. Det ville være å kaste ungen ut med badevannet om innleggene fra primærlegene bidrar til at vi studenter heilt mister lysten og ikke minst troen på å drive medisin utenfor sykehus. Det går på forhånd altfor sterke strømmer mot sentra og med sykehusene.

Jeg håper at debatten i Utposten i tida fremover også vil bidra til å gi primærmedisinen meir prestisje og dermed bedre rekrutteringa.

Utposten ber om kommentar fra andre studenter. Hansken er kastet!

Klinisk medikamentutprøving i almenpraksis

Ivar U. Rosenberg, Porsgrunn

For endel år siden var en firmarepresentant på kontoret og tilbød meg 10 salvetuber gratis mot at jeg skulle fylle ut ett skjema for hver eksempasient som fikk en tube, og etter en tid fortelle firmaet hvordan det hele hadde virket, ved å fylle ut skjemaene og sende dem inn. Dette var det første forskningstilbud jeg kan huske.
Et åpent ukontrollert "forsøk" uten ansvarshavende, forsøksprotokoll, sammenligning, publikasjonsopplegg, eller noe. Jeg påpekte dette og sa at jeg gjerne kunne forsøke salven men noen rapport ville jeg ikke kunne sende. Da samlet han jammen salvene sine sammen og gikk, synlig snurt.

Slikt skjer da ikke i dag? Neppe så uklokt, salgsteknikken har bedret seg, men jeg har to eksempler:

Sist vinter ble det av et firma igangsatt en åpen undersøkelse med det formål å undersøke den antihypertensive effekt, bivirkninger og praktiske anvendelighet av et nylig markedsført antihypertensivum som kun kan forskrives av spesialister. En uting forresten. Her tilbys et forskningsopplegg, nå med en kort forsøksprotokoll,fine skjemaer med mange rubrikker, notater om andre medikamenter og bivirkninger, men ingen ansvarshavende, ingen publiseringsopplegg, men hotellweekend loves, preparater utleveres til oppstarting og det er ordnet med lokale sykehusleger som skal stå som proforma førstegangsforskrivere av medikamentet når vi skal forsyne pasientene med blå resepter senere.
Dette er også et åpent, ukontrollert registreringsopplegg, gir skinn av multisenterforskning, men er et gigantisk markedsføringsopplegg og et ledd i å forsøke å få preparatet registrert uten klausul om spesialistvurdering.

Det aller ferskeste eksempel:
Et annet firma, også antihypertensive midler, 200 leger planlagt vervet over hele landet, hver skulle starte behandling på 8 hypertonipasienter, med 3 forskjellige behandlingsopplegg for å se hvilket som skulle passe best i almenpraksis. Kun allerede registrerte preparater skulle benyttes. Firmaet produserte fyldig forsøksprotokoll, doseringskort i mange farger, stort registreringsopplegg, -men: Heller ikke her noen mulighet for innflytelse på et ferdigsydd og ferdigtrykket opplegg, intet om kommunikasjon, ingen ansvarlig kollega, ikke ett ord om publikasjonsopplegg. Et svært markedsføringsprosjekt uten forpliktelser eller faglig ansvar. Ideen bak undersøkelsen er sikkert god: Nemlig å undersøke forskjellige behandlingsopplegg og sammenligne disse, i almenpraksis, men måten er uakseptabel.
Disse 3 eksempler er opplegg som jeg vil si at vi skal føle oss for kostbare til å være med på. Kun det helt gode er godt nok.

Det er jo i de to siste tilfellene en kan la seg lure til å tro at man er med som

ledd i et seriøst forskningsopplegg. Man smøres med naturalia - hotell-week-end, og i det ene tilfellet, man føler at man slår et slag for å få fjernet en diskriminerende forskrivningsregel.

Smøringen skal jeg komme tilbake til - den kan sees fra en noe annen synsvinkel, nemelig som en liten kompensasjon for arbeidsinnsatsen, da ser jeg ikke noe galt i den. Men det er forsøkets standar som skal være "lokkematen", ikke eventuelt naturalia eller andre ytelser.

Tilbake til det første punktet - forskningen, medikamentutprøvningen. Foruten den kliniske medikamentutprøving har det foregått en svær og ofte langvarig utvikling gjennom grunnforsking, laboratorieutprøving og dyreforsøk til man kommer frem til forsøk på mennesker, i små, åpne forsøk, etterhvert mer lukkede og kontrollerte forsøk, gjerne i spesialavdelinger på sykehus,og så kommer ofte medikamentet på markedet uten å ha vært skikkelig utprøvet der de vesentlig skal brukes i almenpraksis.
Det har vært prøving på utvalgte pasienter, på utvalgte avdlinger, under spesielle forsøksbetingelser og av spesielle doktere.
Men alt dette er ofte fjernt fra de forhold vi møter i den primære helsetjeneste. Det merker vi tydelig hvis vi etter endel år i praksis går en tid på sykehus: Vi opplever en annen verden, en annen ideologi, en forandret mennesketype både blandt pasienter og doktere.
Derfor bør etter mitt skjønn medikamenter som <u>vesentlig er tenkt brukt i almenpraksis også utprøves i almenpraksis</u>, og under utprøvingsforhold som er naturlige i den vanlige, daglige rutinen.

Det er en utbredt feiltagelse å tro at utprøving i sykehus eller i spesialpraksis er mer verdifull enn utenfor sykehus. Men en må også sette like store krav til oppleggene, og disse krav må vi selv være med å sette, både til oss selv og til medikamentfremstillerne.

Og nå kommer jeg frem til noe meget viktig: FORSØKSPROTOKOLLEN.

Den skal inneholde praktisk talt alt: Medikamentet, hensikten med undersøkelsen og kriterier for pasient-utvelgelse, adminstrasjons-måte, presentasjonsformen for pasienten, etiske over-veielser, beskrivelse av målinger, registreringer av virkninger og bivirk-ninger, alt i detalj, deltagere, ansvarshavende uavhengig kollega eller prosjektledelse, kommuni-kasjon, møter, osv., hvor-dan resultatene skal samles og bearbeides og ikke minst: At resultatet skal publiseres, og hvis mulig hvorledes. Bortsett fra rent faglig forhold og kamfulert markedsføring er det oftest m.h.t. forsøks-protokollens innhold at firmaoppleggene er blitt berettiget kritisert. Dette gjelder spesielt uavhengig ansvarshavende kollega, del-tagernes mulihet til å ut-arbeide og påvirke opplegget kontrollen med innsamling og bearbeidelse av data samt garanti for publikasjon. En må tilstrebe like, men praktiske arbeids- og måle-metoder.
Jeg nevnte presentasjons-formen og etiske problemer. Vi er underlagt de etiske normer som Helsinkideklara-sjonen har fastlagt, og det betyr i korthet at pasient-ene skal informeres om hva de er påtenkt å være med på, at det er et forsøk, evt. faremomenter, evt, placebo, og man må overveie om det er etisk forsvarlig i det hele å benytte placebo. Det er legen som står ansvarlig for det han gjør, ikke firmaet, på sykehuset er det i større grad sykehusets ledelse som er ansvarlig.
Jeg vil her nevne de etiske komiteer, som sannsynligvis blir oppnevnt for hver regi-on - de skal godkjenne all ~~forskningpå-og-med~~ forskning på og med pasien-ter - på etisk grunnlag, også i almenpraksis. Det vil sannsynlig bli et samar-beid mellom Statens lege-middelkontroll og disse etiske komiteer.

Når det gjelder bearbeidelse av matrialet, der vil si statistikk og tabeller, er det av og til slik at det er enkel reguladetri, andre ganger er der EDB-behandling med standaravvik og statis-tisk signifikans som står på lur bak hjørnet, da trenger man oftest eksperthjelp. Og denne eksperthjelpen må inn allerede ved planleg-gingen, for da kan en så mye lettere unngå fallgruber. Også skal det hele syes sam-men til noe som skal kunne publiseres. Hvis et firma kommer med en forespørsel, enten et ferdigsydd opp-legg eller en ide, eller man selv ønsker å sette igang på egen hånd, er det da noen steder en kan få råd? Både for å hindre at vi blir direkte lurt, og for å sikre oss at vi blir med på noe som vi kan ved-stå oss som ansvarlige almenpraktikere og at det er forskning og ikke markedsføring.

①

②

Ja, vi har ALMENMEDISINSK FORSKNINGSUTVALG som ble opprettet 1974.

Dette er et utvalg som er sammensatt av representa-nter for de 4 almenmedi-sinske institutter i Tromsø, Trondheim, Bergen, Oslo, samt 3 representanter for A.p.l.f. og O.l.l. Formannen og sekretærfun-ksjonen rullerer mellom instituttene, og befinner seg for tiden i Bergen, med formann Olav Sulheim. Henvendelser bør skje dit, men kan også skje til de andre medlemmene.

Forskningsutvalgets formål er å:

Støtte og stimulere forsk-ning i almenmedisin ved å gi eller formidle veiled-ing under planlegging og gjennomføring av slik for-skning,

registrere og koordinere planlagte, igangværende og gjennomførte prosjekter,

registrere og formidle ideer til forskning og ta initiativ til prosjekter utvalget finner aktuelle,

arbeide for kanalisering av midler til forskning i almenmedisin, være behjelp-elige med å ordne finansie-ring av konkrete prosjekter

I praksis vil dette si: Send inn til Utvalget alt det dere blir spurt om å være med på, så det kan bli registrert. Ønsker dere råd så be om det. Utvalget er ingen overordnet in-stans, heller tvert om, det er der for å benyttes, og trenger man penger så finnes de, bare en går til de rette kilder. Den enk-elte lege er suveren i valg av prosjekt, men i standens intresse bør han søke og høyne kvaliteten. Utvalget kan kanskje hjelpe med å skille klinten fra hveten. Uansett: Bruk almenmedi-sinsk forskningsutvalg.

Så litt om "smøring" eller det å kjøpe doktere".

Det er realt å få betalt for en jobb, enten det skjer ved direkte pengeut-betalinger eller det er pakket inn i pent omslag i form av et høyfjells-hotell. Det er realt så lenge vi gjør en jobb på oppdrag under den forut-setning at vi kan stå for det vi har vært med på og legger det frem offentlig, at vi kan borge for den forskningsmessige standar. Ipraksis vil det si i form av et publisert arbeid som da må ha passert en tids-skriftredaksjon og som kan imøtegås av evt. kritikere. Og det vi sier i en publi-kasjon må være så nær sann-heten som vi kan få det. Et kopiert brev fra en dr. til et firma om hvor for-treffelig vedkommende syneș et preparat er sier dess-verre mer om doktoren og firmaet enn om preparatet, Pga. noen slike uheldige tilfeller har firmaenes felles organisasjoner etter initiativ fra Almenmedisin-sk forskningsutvalg anmodet sine medlemmer om ikke å bruke annet enn offentlig-gjorte publikasjoner i sin markedsføring.

Derimot kan kanskje et lite forsøk, med noen få pasienter, med etisk for-svarlig indikasjon og kanskje også placebo, samt en kontroll-gruppe. bli

Forts. side 13

Moderne markedsføringsteknikker i almenpraksis

Almenmedisin/almenpraksis er i ferd med å bygge seg opp til et akademiskfag. Vi har få forskningsresultater å støtte oss til. I mange år har våre sykehuskolleger gjort studier på små selekterte pasientgrupper som enten har vært inneliggende i sykehus eller gående på poliklinikker henvist fra primærleger. Større studier fra forholene slik de fortoner seg for almenpraktikeren har vi får av. Mange uløste oppgaver ligger å venter på våkne almenpraktikere med sans for forskning.

Vi har fått et almenmedisinskforskningsråd og våre almenske-samfunnsmedisinskeinstitutter vil også bidra med hjelp og støtte til intresserte praktikere. Under dagens forhold hvor våre kolleger sliter under et umenneskelig hardt arbeidspress og med lang arbeidstid er det ikke lett å samle overskudd til slik forskning.

Legemiddelsprodusentene av antihypertensiva har også travle tider. Vi leser at 10% av vår befolkning har for høyt blodtrykk, 400.000 personer med andre ord og mange penger å tjene for de som lager gode preparater. Konkurransen om markedet er i full gang. Legemiddelkonsulenter med og uten bevertning dukker stadig opp, legemiddelsremedys går daglig i søppelkassen. Kurser og symposier med og uten bespisning lokker legene, dog de fleste følger spillets regler og kaller dette markedsføring.

Noen har dog troen på at de har truffet spikeren på hodet når de knaller til med "hypertensjons forsøk i almenpraksis" forskningprosjekt for 200 leger med 8 pasienter hver dvs. 1600 pasienter som i løpet av 3 måneder skal bruke firmaets 3 forskjellige antihypertensiva alene eller i kombinasjon med hverandre. Det er en åpen studie hvor man hele tiden vet hvilket preparat man behandler pasienten med. Medikamentene er velkjente og har vært på det norske markedet i en årrekke. De er vel gjennomprøvd og trenger ingen ytterligere dokumentasjon. Msd's farverike "forskermappe" med bla. biletter i 4 forskjellige skrikende farver fikk assosiasjonene i gang og tankene gikk til sirkus Arnardos festlige bilettluke.

Forts. side 13

Styrking av primærhelsetjenesten — hvordan?

Jarle Høye, distriktslege i Røros

Sentralt i argumentasjonen står ønsket om en offentlig tilrettelagt almenpraksis med et fastlønnssystem, samt oppretting av flere stillinger for derigjennom å styrke rekruttringen slik at arbeidsforholdene blir mere menneskelige. Det synes som om denne veien å gå har stor oppslutning blant distriktslegene rundt om i landet. Jeg viser til "Åpent brev om legekrisen på Nordmøre", (Utposten 2/77) hvor samtlige distriktsleger skrev under.

I oktober-77 fikk de samme synspunkter almen tilslutning blant distriktsleger i Sør-Trøndelag samlet til kurs på Røros. Deltagerne ved årets Bygdøy-kurs for off.leger har avgitt en skarp uttalelse mot årets statsbusjett med bare 25 nye distriktslegestillinger, og peker på at en "trenger 3200 leger mot de 1600 som arbeider der, og det bare for å dekke de oppgaver som allerede finnes". Tallenes utgangspunkt er Siems utredning etter oppdrag fra Sosialdepartementet.

Også på sentralt hold gis det tilslutning til de samme synspunkter. Mork har ifølge uttalelsen fra Bygdøy-kurset hevdet at en trenger minst 100 nye offentlige legestillinger pr. år iåra fremover. Om dette er noe Mork har gått inn for i departementsammenheng eller bare et ønske han har, vet vi lite om.

Den kommende Medisinalråd, fylkeslege i Sør-Trøndelag, Egil Willumsen synes imidlertid å gå inn for tankene ovenfor. Han har gått i bresjen for at fylket tar initiativet til å opprette stillingshjemler for ca. 30 leger i Sør-Trøndelag, en slags ny type offentlige leger i almenpraksis med administrativ tilknytning til helserådet. Dette utfra en situasjon som beskrives som nærmesr kriseartet, hvor ingen har ansvaret, og at en neppe kan vente en ny lov om helsetjenesten utenfor sykehus før om 2-3 år.
Fylkeslegen peker på " at jo lenger den onde sirkel vedvarer, jo flere uheldige ringvirkninger vil en få og jo vanskeliger blir det å få rette opp skjevhetene. Spesielt vil man få som følge at publikum blir vant til og sykehusene innstillet på å yte service på et høyere nivå enn fotutsatt. Både vanene i befolkningen og uvanene i institusjons- og poliklinikktjenesten som blir indusert pga. uttalte skjevhet i ressursfordelingen vil tendere til å bli permanent eller forsterket. Skjønnsmessig kan en i Trondheim anslå at 50% av de tjenester som skulle utføres av den primærehelsetjeneste i dag blir overtatt av institusjonene, eller de blir ikke utført i det hele tatt. Når en da vet at dette er både dyrere og dåligere enn det som er forutsatt ved en godt utbygget primærhelsetjeneste fremgår det med all tydelighet at det haster (min understrekning) med å få en bedre balanse i vårt helsevesen med en riktigere oppgave og funksjonsfordeling i samsvar med behovene".

Andre steder i landet er situasjonen tilsvarende. Det nye Haukeland sykehus i Bergen er prosjektert med 300.000 konsultasjoner pr. år. Myndighetene snakker varmt om primærhelsetjenestens betydning, men i praksis kveles vi av deres handling, Haukelandprosjektet vil sannsynligvis drepe alt som heter primærhelsetjeneste i Bergen.

Overlege Arne Holmboe

Spesialist i psykiske og nervøse sykdommer, tar mot pasienter ved Røros sykehus den 26/10, 27/10 og 28/10-77.
Henv. til sykehuset. Pers. telefontid samme dager 13.30—14.00, sykehusets veksel.

I distriktene føles også problemene på kroppen. Pasienter som hører hjemme i primærhelsetjenesten suges til sykehusenes poliklinikker. Annonsen viser et grotesk eksempel og gjelder en svensk psykiater med hytte i Røros-traktene, og som oppsøker distriktet noen dager annenhver måned. Personlig henvendelse er tilstrekkelig. Men når pasienten kommer i krisesituasjoner er pyskiateren reist, og vi må steppe inn uten å vite noe om tidligere problemer/behandlingsopplegg.

Vi har og vil få i åra framover en netto-tilgang på ca. 300 leger pr. år i landet. Regjeringen styrer 25 av disse inn i primærhelsetjenesten i 1978 gjennom statsbusjettet. Resten havner i overveiende grad på institusjoner.

Skjevfordelingen vil bare forsterkes. Hvis en tar utgangspunkt i Siems forsiktige utregning på 1600 nye leger for å ta seg av dagens oppgaver i primærhelsetjenesten vil en med regjeringens tempo nå målet i år 2042!

Sosialminister Ryste's uttalelser i Stortinget 3.11.

Forts. side 14

Hvorfor fastlønnsystem i primærlegetjenesten?

Arne Ivar Østensen,
alment praktiserende lege, 7080 Heimdal

Man kan gå ut fra at legene, som andre yrkesgrupper i samfunnet også har andre verdier enn økonomi på sin prioriteringsliste.
Fritid, tid for familien og venner, faglig utbytte og miljø, den totale arbeidssituasjon, hjelpepersonell og tilrettelegging av praksis har fått en ganske annen betydning i de senere år enn tidligere.

Normalarbeidstid, adekvat betaling for overtid og vaktberedskap, vaktordninger og tid til videre og etterutdannelse er krav man hører oftere og høyere i diskusjonen mellom alment praktiserende leger.

Kan normaltariffsystemet ikke lenger rekruttere yngre leger til alm. praksis?

Hvis man setter noen av de ovenfor nevnte krav til sitt arbeide og samtidig ønsker en like god økonomi som legene ved sykehus, finner man ganske raskt ut at med de satser vi har i dag er det en ikke ubetydelig risiko å begynne praksis i legegruppe i privat regie.
Legegruppen på 3 - 4 leger tilfredstiller sikkert mange av kravene om faglig miljø og utbytte etc. Ved bruk av felles laboratorium og hjelpepersonell, anskaffelse av dyrere spesialutstyr og felles benyttelse av lokaler kan sikkert den totale arbeidssituasjon bedres.
Normaltariffen er imidlertid til nu ikke utviklet til å dekke de meromkostninger dette medfører. Som eksempel kan nevnes at husleien i nye foretningsbygg som kunne tenkes benyttet til legesenter overstiger den økonomi som i dag ligger i normaltariffen.
Den subsidiering som finner sted i "Garantimodellen" til Trondheim kommune viser dette.
Når driften blir for dyr må man "rasjonalisere" !

Dette kan bare gå på enkelte arbeidsrutiner, som øke antall pasienter pr. tidsenhet (kortere tid pr. pas.) Øke hyppigheten av enkle kontroller som tar liten tid. "Utnytte" laboratoriet og ikke minst øke arbeidstiden utover det vanlige. Subsidiere driften av kontorpraksis fra sykebesøk, natt og dag-vakt tjeneste. Forebyggende helsearbeide blir lavprioritert, hvem har økonomi til slikt, når utgiftene pr. time ved å være borte fra kontoret overstiger den timelønn man får for slik tjeneste.

Sammenligner man situasjonen for leger i og utenfor institusjoner slik den har utviklet seg til nu, blir det klarere hvorfor vi ikke rekrutterer primærleger.

Inntektssiden:
- Primærleger: De fleste bare normaltariffen, men distr. legene noe fast lønn. Time-betaling for forebyggende helsetjeneste (Normaltariffen bevisst holdt nede av regjeringen)
- Sykehusleger: Økende fast lønn, Vaktgodtgjørelse, Normaltariff for ekstra arbeide ev. % vis fordelt.

Utgiftssiden:
- Primærleger: Økende omkostninger ved drift. Dyrere etablering. Ugunstigere skatteregler en tidl. samt større avgift til folketrygden. Utgifter til pensjon. Subsidiere deltagelse i forebyggende helsearbeid.
- Sykehusleger: Ingen eller få utgifter til drift av praksis. Ingen faste utgifter.

Arbeidsforholdene:
- Primærleger: Ofte liten kollegial kontakt. Økende arbeidsbyrde, både antall timer og vaktberedskap. Krav om sammarbeid med andre etater og forebyggende helsetjenester. Liten mulighet til videre og etterutdannelse.
- Sykehusleger: Mulighet til god kollegial kontakt. Arbeidsbyrden deles på stadig flere. Arbeidet mer og mer spesialisert. Lønn under møtevirksomhet. Stadig nedsettelse av arbeidstiden. Mer fritid gjennom avspasseringsordningen. Som regel anledning til videre og etterutdannelse med lønn. (ofte organisert)

Rekruttering:
- Primærleger: Ingen netto tilgang siste årene. (Derav økende byrde på de som er etablert).
- Sykehusleger: Stadig opprettelse av nye stillinguten noen bremse. (den som skriker høyest får mest) Økende antall midlertidige vikariater kan sluke alle nye leger i mange år. Dette synes ikke å være kjent på sentralt hold.

Har med vilje holdt meg fra å berøre problemene omkring lav og høystatus medisin.

Konklusjon:
Av dette mener jeg det er enkelt å trekke den konklusjon at primærlegetjenesten for tiden ikke er konkurransedyktig i kampen om de nyutdannede legene.
Der hvor offentlig drift av legesenter er satt igang har man alt vist at dette er underskuddsforetagende.
Ytterligere bevis på at normaltariffen ikke har fulgt med hverken i økonomisk henseende eller i struktur, skulle være unødvendig.
Fastlønnssystemet må derfor komme, for å få rekruttert de leger som kan tenke seg dette arbeidsområdet, men ikke er villig til å gi avkall på alle de fordeler sykehusleger har.

Normaltariffer bør tas opp til revisjon, samtidig som Det nye Fond legeforeningen har fått til disposisjon som støtte til nyetablerte leger, kan ta til å virke.

Det ene systemet utelukker ikke det andre. Vi har bruk for begge legetyper i vårt land. Begge løsninger har sine svakheter, men fremtiden får vise hva som er riktigst å satse på, sett i relasjon til befolkningens behov.

Normaltariffen. Kommentar

GEIR JACOBSEN. TRONDHEIM

Siste ordinære revisjon av Normatariffen fant sted 1/12-76. Avtalen var, som tidligere, 2-årig. Takstene økte den gang 15%. Det var imidlertid tatt med en klausul om at takstene skulle justeres på nytt 1/12-77 for å dekke stigningen i utgifter til drift av privat praksis. Utgangspunktet for denne justering skulle være den generelle konsumprisindeks. Medregnet var at det medisinske hjelpepersonell, på linje med andre lønnstagere, skulle sikres en reallønnsstigning på ca 2%.

Ved justeringen økte takstene med rundt 8%. Fra Departementet ble det fremholdt fra starten at det hele tiden gjaldt kompensasjon for økte omkostninger. Det var klart gitt uttrykk for at ne på nåværende tidspunkt ikke ønsket noen reallønnsstigning for legene. Ved siden av denne takstøkning har vi fått opprettet et fond i Lægeforeningen som skal brukes til å yte lån til kolleger som ønsker å etablere privat praksis. Slike lån kan man nå altså søke om direkte til Den Norske Lægeforening.

Den nominelle økning i takstene var slik at refusjonstaksten for konsultasjon hos alment praktiserende lege økte med 2 kroner til 27 kroner. Videre økte refusjonstaksten for sykebesøk med 5 kroner til 45 kroner ved 1. og 2. sykebesøk. Mellomlegget økte for 1. konsultasjon med 5 kroner til 20 kroner.

Utover dette er alle tilleggstakster uendret fra før. Det gjelder også alle laboratorietakster. Tillegget på 5 kroner i refusjon ved 1. konsultasjon hos "almenpraktiker Dnlf" er også uendret. Pasientens mellomlegg ved 1. gangs konsultasjon og sykebesøk er nå helt like. En kan jo spørre om det er "riktig" at befolkningens "egenandel" på denne måten gjøres lik for ulike former for service fra helsevesenets side.

Når det gjelder "5-kronen", kan man spørre om dette er en adekvat og rimelig honorering til den som har rett til å bruke betegnelsen "almenpraktiker Dnlf"? Selve grunnlaget for å kunne benytte betegnelsen er knyttet til visse kvalitative krav hos utøveren. Man bør nå, etter min mening, søke å bringe godtgjørelsen for denne kategori almenpraktikere opp på et nivå som er mer i pakt med det som gjelder for de praktiserende spesialister. Grunnlaget for at disse har høyere takster, ligger i erkjennelsen av at de har spesielle kunnskaper og ferdigheter på sitt fagområde utover det almene og at dette bør honoreres ekstra. Slik situasjonen er med "5-kronen" idag, er det mer enn tvilsomt om denne honoreringsform og dens størrelse er nok til å dekke de merutgifter som er forbundet med å opprettholde status som "almenpraktiker Dnlf". Dette gjelder da med tanke på de krav som stilles til etterutdanningen for disse kolleger.

Ut fra foranstående kan det kanskje virke som om jeg ønsker en videre differensiering av takstsystemet, og det er ganske riktig. På samme måte som at det er en differensiering mellom praktiserende spesialist og alment praktiserende lege, bør det være et eget takst-sett for "almenpraktiker Dnlf". Takstene for sistnevnte kategori bør i så stor grad som mulig, søkes bragt opp på et nivå som tilsvarer det for de praktiserende spesialister.

Jeg ønsker å berøre ytterligere et punkt, nemlig følgende:

Er det rimelig at det er <u>ens takster</u> for alle kategorier leger som får refundert fra Normaltariffen? Jeg sikter da til om det er rimelig at sykehusleger, offentlig ansatte leger i hel stilling (skoleleger, helsestasjonsleger m.v.), bedriftsleger og andre med fast engasjement skal ha samme refusjon fra Normaltariffen for mer eller mindre tilfeldige konsultasjoner som finner sted i deres ordinære arbeidstid, som den tariffen som de praktiserende leger har?
Det tør være en kjent sak at det drives en ikke ubetydelig form for almenmedisinsk virksomhet i sykehuskorridorer, på skolelegekontorer, helsestasjoner, enkelte bedriftslegekontorer og ellers av kolleger som allerede har en fast lønn for et fast engasjement. Skal det fortsatt være samme takst for disse mer eller mindre tilfeldige konsultasjoner når de gis av allerede fastlønnete kolleger, som det er for de alment praktiserende leger som har Normaltariffen som eneste eller hovedinntektskilde? Leger i fast engasjement utenom praksis har jo ingen utgifter i forbindelse med slik form for praksis som det her siktes til.
Skal det være et eget takstsystem for den som har almen praksis som hovedbeskjeftigelse?
Det vil kunne innvendes at den medisinske ytelse i begge tilfeller er den samme og det kan vel forsåvidt stemme.

For meg er det helt avgjørende at den alment praktiserende lege har Normaltariffen som sin hovedinntektskilde. Almen praksis er legens hovednæring. Dette bør en ta hensyn til på den måten at det benyttes annen tariff for dette enn for de kolleger som sporadisk berører faget almenmedisin og som følgelig har Normaltariffen som sin bi-inntekt - og helt uavkortet.
Hvis en kommer dithen at prinsippet om et differensiert takst-system skal utvikles for dem som har praksis som hovednæring, vil dette betinge at kolleger lar seg registrere som almenpraktiker for å oppnå det takst-system som

følger yrkeskategorien alment praktiserende lege.

Loven om primærhelsetjenesten blirstadig sterkere etterlyst, også fra folk som er ansatt i denne delen av helsetjenesten.
En slik lov kan tidligst tre i kraft først på 80-tallet. Selv med en slik lov anses det som tvilsomt at det offentlige helt og holdent i overskuelig fremtid vil kunne tenke seg å overta , enn ha økonomisk evne til opprettelse og drift av nye og driftsovertagelse av allerede eksisterende primærlegeenheter. Følgelig vil det for de fleste av landets 18-1900 alment praktiserende leger (turnuskandidater, distriktsleger og privatpraktiserende leger) bli Normaltariffen som vil bli hovedinntektskilden. Jeg tenker at dette vil bli tilfelle i det minste for de nærmeste 10 år.

Det er ut fra denne vurdering og med tanke på at en lov om den primære helsetjenesten kan komme til å innebære at privat praksis og fastlønnsordninger vil eksistere parallelt i framtida, at jeg har kommet med mine ytringer om en differensiering av Normaltariffen. Det gjelder først og fremst i forholdet til dem som har Normaltariffen som eneste eller hovedinntektskilde og dem som har den som bi-inntekt innenfor rammen av allerede fast engasjerte og fast avlønnete stillinger og normalarbeidstid. Dernest bør det komme en differensiering av takstsystemet slik at "almenpraktiker Dnlf" får en honorering mer i samsvar med de faglige kvalifikasjonene som er ment å ligge i denne betegnelsen.

Arbeidet med å skape differensierte avlønningsformer for de almenpraktikere som driver forebyggende helsearbeide for Trondheim kommune (skole, helsestasjon) slik at de som har praksis som hovednæring, får en høyere timesats, er kommet så langt at det synes å ville bli en realitet. Dette viser at det slett ikke er urealistisk å arbeide for å oppnå en differensiering av det som er vår hovedinntektskilde: Normaltariffen.

"I'm fed up taking the anti-depressants."

Forts. fra side 4

i og med at det kan bæres med over alt. Det kan brukes stående, sittende og liggende uten at man er avhengig av lange ledninger eller en passende plass for å sette fra seg blodtrykksapparatet på.

Man bør vel være mest mulig avslappet under målingen i det små muskelkontraksjoner kan gi impulser til den svært følsomme mikrofonen, og av den grunn gi signaler gjennom apparatet. På et par pasienter hadde man vanskeligheter med å måle trykket umiddelbart, men dette lot seg lett måle når man palperte seg fram til arteria bracialis.

Prisen på apparatet er ca. 600 kroner og fåes kjøpt hos de fleste medisinske utstyrsforretninger.

Forts. fra side 8

noe som bringer almenmedisinen et skritt fremover. Hvis en vil være uavhengig av et firma kan kanskje Norsk Medisinaldepot eller Lægeforeningens Fond yte økonomisk bistand.
Om publikasjonen skulle det bli en mulighet for å få til via Tidsskriftets praksisspalte. Men kan hende har firmaet villet finansiere et slikt opplegg, og at de så betaler med en reise eller et hotell opphold, det er som oftest lite i forhold til arbeidsinnsatsen.
Lykke til!

Forts. fra side 9

Pfizer går i disse dager ut med ønske om å få flest mulig almenpraktikere med på en hypertensjonsstudie åpen sådan med sitt eget preparat. Forskermappen er av en noe mer beskjeden kvalitet og er ikke på langt nær så pragende i farger som den foran beskrevne men også her er hensikten å få ført preparatene i pennen til flest mulig leger i en tid hvor reseptblokken sitter løst.

Belønningen til forskeren er et forskerkurs på et eller annet bedre hotell.
Jeg viser forøvrig til dr. Ivar Rosenbergs artikkel i dette nummeret hvor han tar for seg betingelsene vi bør sette til undersøkelser vi skal delta i. Alt annet er med videnskapensøyne bortkastet tid, og tjener kun firmaene som får solgt mere av sine preparater. Legemiddelsprodusentene vil ha behov for markedsføring. La de fortsatt få gjøre dette men la oss henstille at vi får åpne og rene forhold hvor vi kan kalle en krakk for en krakk og markedsføring for hva det er.

HUSK

fornyelse av abonnement for 1978

Forts. fra side 10

76 kommer etter dette i et merkelig lys: Sosialdepartementet "ser på distriktslegetjenesten som en uhyre viktig del av vår helsetjeneste, og (at) man er innstilt på å styrke denne tjeneste og bedre dens arbeidsforhold både på kortere og lengre sikt". Våren -77 fra samme talerstol: "Under de rådende forhold er det etter min mening opprettelse av nye distriktslegestillinger som representerer det viktigste umiddelbare enkelttiltak". Mener Ryste at den takt regjeringa har lagt opp til gjennom årets statsbusjett er i tråd med disse uttalelsene?

Som sagt haster det nå med styrking av primærhelsetjenesten. Ikke bare for å få brukbare arbeidsforhold, men like viktig, for å snu utviklingen beskrevet i sitat fra fylkeslege Willumsen.

Mye tyder på at det nå så ofte siterte tallet 1600 nye leger i primærhelsetjensten er for lavt. Siem tar med kurativt legearbeid, legevakt, helsestasjonsarbeid, skolelegearbeid, tilsynslegevirksomhet, bedriftslegearbeid, andre helsekontroller og offentlig legearbeide og kommer frem til 7.25 legeårsverk pr. 5000 innbyggere.

Dette synes jeg noe lettvint kuttes ned til 4 pr. 5000 med begrunnelsen at Sosialdepartementets mål på 3.75 legepasient-kontakter pr. år i 1981 er "urealistisk høyt for vårt land".....selv om andre land har en vesentlig høyre konsultasjonsrate", og vidre fordi "man har med de samme familier å gjøre enten man er behandlende lege, helsestasjonslege, tilsynslege eller annet".

Men Siems beregninger tar kun utgangspunkt i de forventninger til legetjenesten som allerede er formulert i forskjellige offentlige dokumenter i dag. En må vel tro at for å bygge opp en skikkelig primærhelsetjeneste vil oppgavene bli større og flere enn det?

Siem tar heller ikke hensyn til legenes utdannelsesbehov, noe som i følge han sjøl vil føre til at tallet må økes med 10%, altså 320 i tillegg.

Han nevner også argumentene for å beholde mellomlegget "for å rasjonere legetjenesten. Etterspørslen etter legetjenester til 0-kostnad vil være langt større enn det vi kunne dekke i dag, og langt større enn helsearbeiderne syns det er rimelig å dekke".

Spørsmålet blir da hvem som rasjoneres bort? Det må vel bli pasientene med dårligst økonomi - de med lavest sosial status - hvor en finner flest problemer av medisinsk , psykisk og sosial art, altså de mest hjelpetrengende? Jeg synes ikke en kan finne en verre måte å rasjonere på.

Utfra dette mener jeg Siems beregninger er for lave. Det er rimelig grunn til å ta hardere i, uten at jeg tror det er mulig å komme med noen eksakte tall i dag.

Jeg synes diskusjonen om primærhelsetjenesten har kommet så langt at en har fått avklaret og stort sett blitt enig om de viktigste hovedtrekkene. Dette har ført til at vi nå vet hva vi vil.

Det avgjørende nå er at noe blir gjort. Myndighetene synes ikke å ville ta noe initiativ. Derfor er det viktig at leger og annet helsepersonell over hele landet forsøker å skape en opinion og et press overfor de samme myndigheter får å få de til å innse ansvaret de har overfor de som arbeder i primærhelsetjenesten og overfor befolkningen som helhet. Det er ikke nok å skyve disse problemene over på kommuner som fra før sliter tungt økonomisk og hvor problemene er størst.

Dopamet

ℓ-α-metyldopa

i huskepakning til samme pris som før.

Følgende pakninger er huskepakninger:
0,25 g med delestrek: Glass à 100 og 250 tabletter.
0,5 g med delestrek: Glass à 30 og 100 tabletter.
Tallrike undersøkelser viser at mange pasienter ikke tar sin medisin som foreskrevet av legen.

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

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

For øvrig finnes DOPAMET i gjennomtrykkspakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

Tenormin

ATENOLOL

Pasientfeil i form av glemte doser opptrer hyppigere når et preparat må tas flere ganger daglig. Ved hypertonibehandling som ved annen behandling bør man derfor tilstrebe å kunne gi dagsdosen som 1 enkelt dose.

Harris og medarbeidere har vist at 1 dose Tenormin daglig synes å gi den samme virkning på hypertensjon som 2 enkeltdoser.[1]

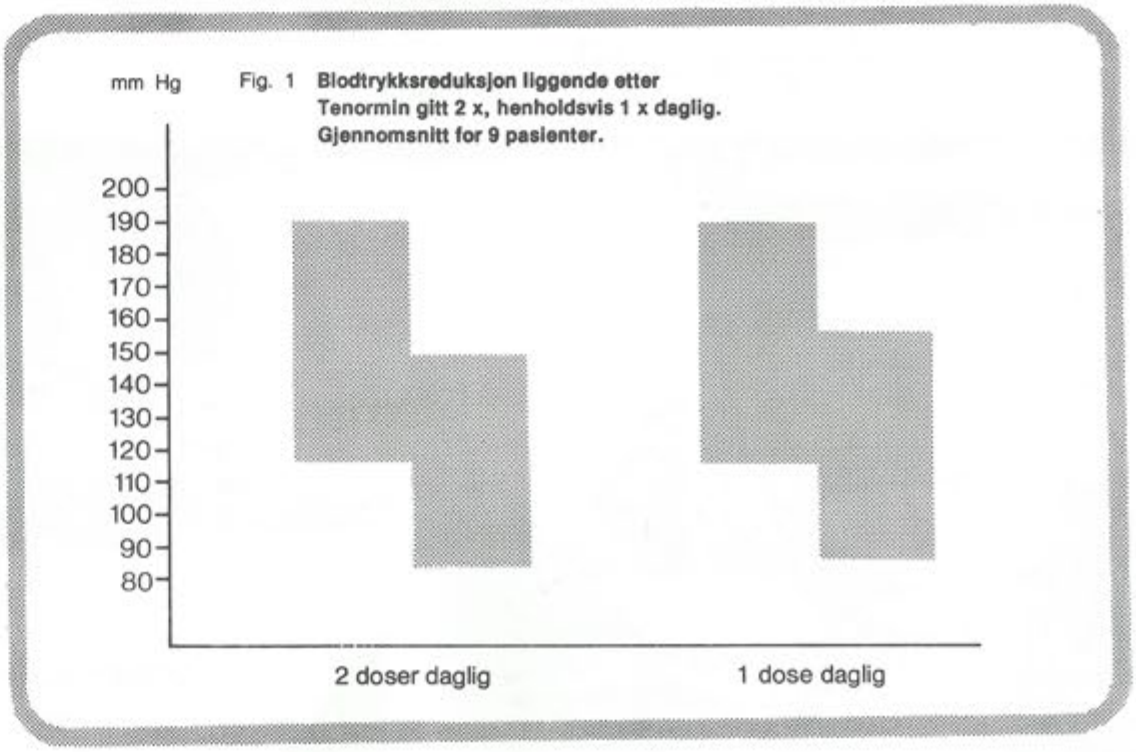


Fig. 1 **Blodtrykksreduksjon liggende etter Tenormin gitt 2 x, henholdsvis 1 x daglig. Gjennomsnitt for 9 pasienter.**

Kontraindikasjoner: Ukomplisert hjerteinsufficiens. AV-blokk grad II og III. Bradykardi. Arteriosclerosis cerebri et obliterans. Ukontrollert eller vanskelig kontrollerbar diabetes mellitus. Metabolsk acidose. Raynaud's syndrom. Graviditet (se «Forsiktighetsregler»).

Bivirkninger: Kalde hender og føtter, muskeltretthet kan forekomme. Gastrointestinale ubehag og søvnvansker har vært rapportert. Hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen. Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner kan forekomme.

Forsiktighetsregler: Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktive luftveislidelser. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta2-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøye. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkere virker uten å oppheve digitalis' positive inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokkernes negative inotrope effekt motvirke digitalis' positive inotrope effekt. Betablokkerne og digitalis virker addivtivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasienten da må overvåkes nøye. I noen tilfelle uten holdepunkter for hjerteinsufficiens i anamnesen, har hjerteinsufficiens oppstått etter noen tids behandling med betablokkere. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroformanestesi.

Ved nedsatt nyrefunksjon innebærer bruk av betablokkere risiko for forverrelse av nyrefunksjonen som derfor må følges nøye.

Dersom man ønsker å seponere preparatet før kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. en uke.

Dosering: Individuell dosering. Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende effekt, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasientene må derfor overvåkes nøyere m.h.t. bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablett daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter to uker, økes doseringen til 2 tabletter 1 gang daglig. Ønskes ytterligere reduksjon av blodtrykk, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

PAKNINGER:
Trykkpakning 30 tabletter à 100 mg
100 tabletter à 100 mg

Litteratur:
1. Harris, A. M. et al: J. Int. Med. Res., 4: 347–351, 1976.

ICI-Pharma
Stortingsgt. 14, Oslo 1
Tlf. (02) 42 69 40

ELI OG OLA BRATLIE
2250 ROVERUD

Et alternativ ved behandling av kvalme og brekninger

Stemetil® Stikkpiller á 25 mg

proklorperazin

Stikkpiller á 25 mg
5 stk. 50 stk.

DOSERING:
Individuell, 1 stikkpille á 25 mg 1-2 ganger daglig, evt. 2-3 ganger daglig. Så snart tilstanden tillater det, bør man gå over til peroral behandling.

KONTRAINDIKASJONER:
Absolutte: Koma, svære alkohol- og hypnotika intoksikasjoner. *Relative:* Leverlidelser. Myastenia gravis.

BIVIRKNINGER:
Ekstrapyramidale: Akinesi, parkinsonisme, akatisi, akutte dystonier. Dosereduksjon og eventuelt tillegg av antiparkinsonmiddel i begrenset tidsrom, vanligvis helst ikke lenger enn 2-3 måneder, bedrer ofte symptomene. Akatisi reagerer ofte dårligere på antiparkinsonmidler enn de parkinsonlignende symptomer. Tardive dyskinesier. Disse kan være mer eller mindre irreversible. Dosen reduseres, og gradvis seponering av medikamentet overveies. Vanlige antiparkinsonmidler forverrer dyskinesien. *Psykiske:* Somnolens, som regel av kort varighet. *Vegetative og kardiovaskulære:* Ortostatisk hypotensjon. Mild obstipasjon. Kvalme, munntørrhet. Akkomodasjonsparese, angioneurotisk ødem. *Dermatologiske:* Lette hudreaksjoner. *Hematologiske:* Leukopeni ses sjelden, men har vært rapportert. *Leverkomplikasjoner:* Icterus ses sjelden, men har vært rapportert.

FORSIKTIGHETSREGLER:
Ved langvarig neuroleptikabehandling må vedlikeholdsdosen ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige symptomer på tardive dyskinesier. Antipakinsonmidler bør kun brukes når det foreligger behandlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger. Forsiktighet bør utvises ved dosering/behandling av pasienter med alvorlige hjerte- og kretsløplidelser, leverlidelser, nyrelidelser, krampe, tromboflebitter, høy alder og barn. Ved initial parenteral behandling og hos eldre må man være oppmerksom på faren for blodtrykksfall (noradrenalin anvendes ved hypoensive kriser). Forsiktighet må utvises hos pasienter med ubehandlet trangvinkelglaukom, i graviditetens første trimester, under laktasjon. Pasienter på langtidsbehandling bør kontrolleres rutinemessig. Ved behandling i høye doser gjennom lengre tid kan risiko for cornea og linseforduinkling foreligge. Pasienten advares mot bilkjøring og pass av maskiner. Kombinasjon med alkohol bør unngås.

M.h.t. andre indikasjoner, egenskaper, interaksjoner og pakninger, henvises til Felleskatalogen.

rhône-poulenc
pharma rhodia

MEDISINSK
INFORMASJONSKONTOR

SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK