UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 2 | FEBRUAR 1978 | ÅRGANG 7

Stikkprøvekontrollen

Av innholdet

AAGE BJERTNÆS:
Videre- og etterutdannelse i nyere perspektiver ..... s. 2

KJELL SAMUELSEN:
Stikkprøvekontrollen .. s. 3

JOHAN GREVE BRUN:
Om stikkprøve-kontrollen ..... s. 4

BJØRN MAGNE EGGEN:
Obligatorisk almenpraksis for spesialistgod-kjenning? ..... s. 5

MARTIN HOLTE:
Hypertoni-problematikk ..... s. 6

Fra en distriktsleges hverdag ..... s. 8

NILS JOHNSEN:
«Din nervøse pasient» – bokanmeldelse ..... s. 9

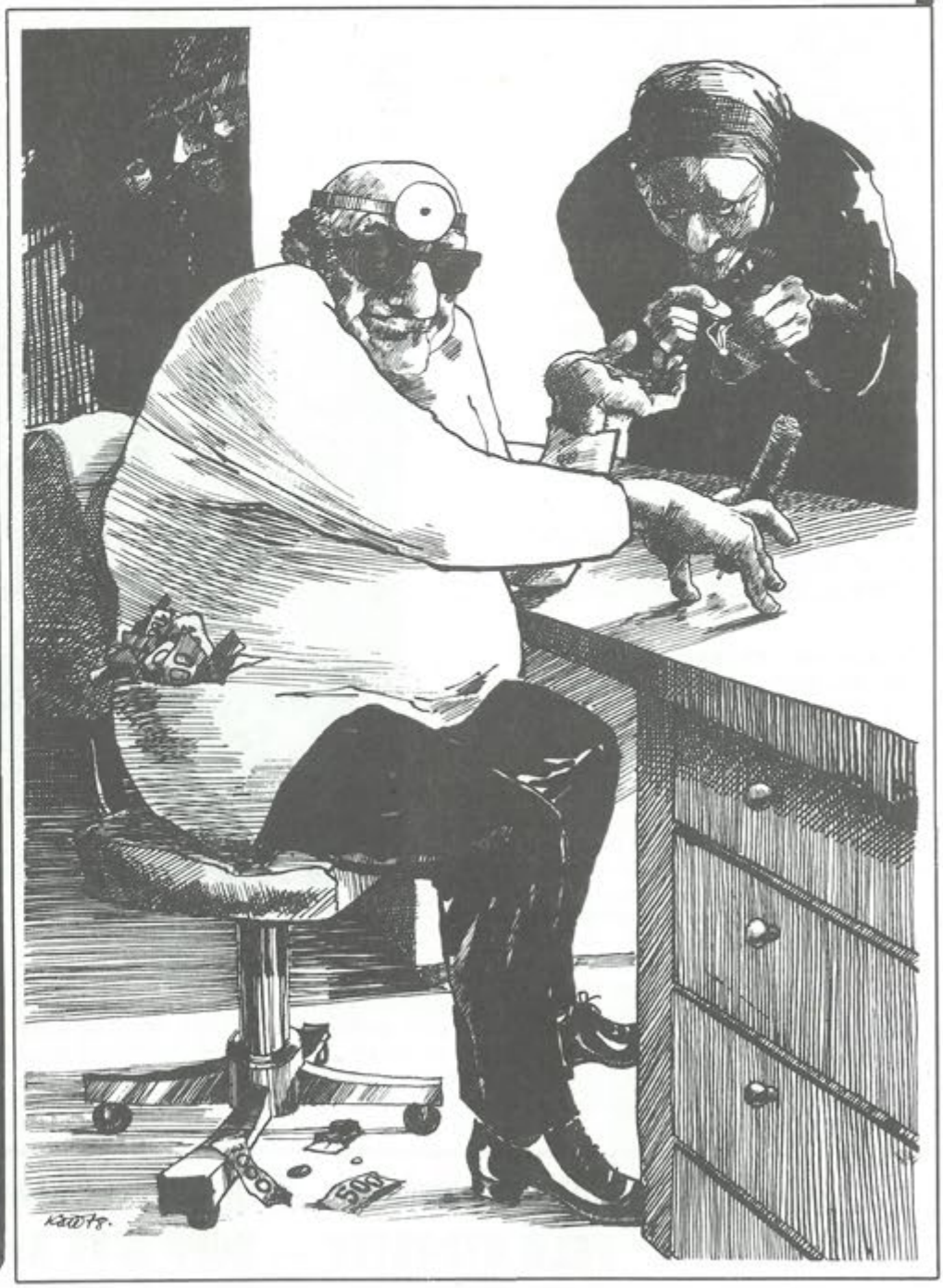
Forskningsprosjekt i al-menpraksis ..... s. 10

HANS VON KROGH:
Sykehusmedisin kontra primærmedisin ..... s. 11

HANS VON KROGH:
Medikamentut-prøvning ..... s. 12

WILLIAM FREDRIKSEN:
Om normaltariffen ..... s. 12

TERJE VEVATNE:
Fastlønnsordning ..... s. 13



Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Kari Grønning
Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 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

Videre og etterutdannelse i nye perspektiver

Da de gamle spesialistreglene ble opphevet, falt kravet om tjenestegjøring i almenpraksis bort.
Det siste sekel i vår medisinske utvikling satte teknikken i høysetet, spesialist og subspesialistutdannelser ble pusset opp og satt på pidestallen.
Erfaring fra almenpraksis ble ikke regnet som nyttig i de fleste spesialistutdannelsene, men ble regnet som heft for en lege i sprinter-posisjon på den medisinske-karrierebane.
Ikke å undres at våre medisinske kandidater dro sporenstreks tilbake til sykehusene rett etter turnustjeneste.....

Slik fikk vi en spesialiststand uten erfaringer fra praksis utenfor sykehusets murer.

Da almenpraktiker DNLF-utdannelsen ble opprettet ble det krevd minimum et års sykehus tjeneste i videreutdannelsen og videre 3 mnd. sykehustjeneste kontinuerlig hvert 5. år for å opprettholde utdannelsen. Dette for å få et tilstrekkelig faglig nivå, men også for å gjøre legene bedre kjent med sitt nærsykehus og dets funksjoner.

Fra praktiker hold har det flere ganger vært hevdet spesialistene bør få anledning til å lære hvordan primærlegetjenesten fungerer som et ledd i sin side-utdannelse. Til nå har dette ikke funnet gehør hverken i de fleste spesialistforeninger eller hos YLF.
Almenpraksis teller kun som sideutdannelse når det gjelder spesialisering for pediatere og leger i fysikalsk medisin.

stillinger i disse økonomiske trange tider vil vel for de fleste fortone seg som en ren utopi.
Problemet lar seg likevel løse ved å gjeninnføre almenpraksis som obligatorisk sideutdannelse for ALLE SPESIALISTER.

For våre fremtidige 3.500 almenpraktikere som i tur og orden skal ha sin videre- utdannelse og kontinuerlige etter-utdannelse i norske sykehus, får vi nok et problem av dimmensjoner.
Å kreve at det blir opprettet tilstrekkelig videre og etter-utdannelses

Mye av vikarproblematikken vil derved falle bort og ikke minst vil både norske almenpraktikere og spesialister få en bedre utdannelse som kan komme våre pasienter til gode.

Aage Bjertnæs

150 primærleger årlig er vårt krav
FØLG UTPOSTEN — HOPP IKKE AV!

Stikk-prøve-kontrollen

Kjell Samuelsen, distriktslege
Hauge i Dalane

Den såkalte stikkprøve-kontrollen av regningskortene fra legen til trygdekontorene, ble innført for et par år siden.
Den hadde vel sitt utgangspunkt i at det i enkelte sjeldne tilfeller var skjedd misligheter fra legenes side når det gjaldt regningskortene. Dette gjaldt misligheter av en slik art eller størrelsesorden at de ble oppdaget også uten stikkprøvekontrollen. Spørsmålet nå må derfor være om nyordningen med stikkprøvene har avslørt misligheter i en slik størrelsesorden at den rettferdiggjør at ordningen opprettholdes. I allefall har den fungert såpass lenge nå at det skulle være mulig med en evaluering av tiltaket. Fungerer det etter sin hensikt?

Disse evt. positive sider, må så veies mot de negative sider som ordningen etter mitt syn innebærer.
Hele vårt oppgjørssystem med trygdekontorene hviler på et tillitsforhold mellom leger og trygdeetaten. Stikkprøvesystemet innebærer at tilliten ikke stikker særlig dypt,
Men langt, langt viktigere er det at vår virksomhet som praktiserende leger er avhengig av et tillitsforhold mellom pasient og lege. Og dette tillitsforholdet rokkes enkelte ganger kraftig når pasienten får stikkprøvelappen. I mange tilfeller er hennes eller hans reaksjon og første tanke: "Hva slags lureri er det doktoren min driver med?"
Selvsagt er den trygghet pasienten har overfor sin lege som fagmann den viktigste. Men det betyr også en del i denne forbindelse at ikke pasienten skal tro at legen er en luring vis á vis trygdekontoret når det gjelder økonomi og penger.

Dernest, hva husker pasienter flest om de spørsmål som stilles? Ikke i få tilfeller huskes lite, intet eller direkte galt. Enkelte svarer så ufullstendig på spørsmålene at de ikke gir grunnlag for noen slutning fra trygdekontorets side. Noen kommer opp til legekontoret og får hjelp til utfyllingen av kontorsøster!

Enkelte svarer også galt slik at legeopplysninger på regningskort og pasientens svar ikke samsvarer. Og da er det opp til legen å skulle bevise at det er han som har rett, og at pasientens hukommelse er dårligere enn legens noteringer. Jeg har vært i den situasjon at jeg har måttet kontakte pasienten, forklare ham forholdet og be ham huske nærmere etter. Deretter har pasienten på min anmodning telefonert trygdekontoret og beriktiget sine opplysninger. Endel svarer ikke i det hele tatt. Enkelte av disse i den misforstått gode hensikt å dekke sin lege. En slik reaksjon beviser jo at pasient/lege tilliten står i fare for delvis å ødelegges.

Jeg synes derfor det nå er all grunn til at ordningen evalueres. Og kan det ikke påvises at den representerer et stort fremskritt i myndighetenes påpassing av legene, bør den fjernes.

De negative sider er så åpenbare at de bør minst kunne oppveies av de positive. Rikstrygdeverket og legeforeningen må sammen kunne finne fram til et evalueringsopplegg og så ta konsekvensen av dette.

På lengere sikt bør - etter min mening - primærlegetjenesten over på fastlønn og fast arbeidstid og da slipper vi jo denne utidige påpassing og mistillit som kontrollene innebærer. Men primærlegesituasjonen pr. jan.-78, gjør at vi må regne med at stykkprissystemet fortsatt vil fungere i mange år fremover, i allefall som alternativ avlønningsform.

Norsk helsepolitikk har de siste par årene dreiet mot en stadig større vekt på primærhelsetjenesten, heldigvis - i allefall verbalt, sist ved helsedirektørens sterke understrekning av dette i sitt nyttårsintervju med pressen. Og primærlegetjeneste i Norge, det betyr generalisten, almenpraktikeren og distriktslegen. Dette i motsetning til f.eks. Sverige, hvor poliklinikkene ved sykehusene og spesialistene fullstendeig dominerer bildet. Det er viktig at vi opprettholder vårt "generalist - system."
Viktig fordi familielegeprinsippet med almenpraktikeren i byene og distriktslegen på landet er et langt bedre system enn det f.eks. svenskene har valgt. Pasienten trenger en fast forankring til "sin" lege i en stadig mer komplisert og oppdelt medisinsk verden.

For det første er vårt system det billigste, men fremfor alt er jeg ikke i tvil om at det er langt bedre for pasienten. Og i denne ordningen er det tryggheten og tilliten til legen - huslegen, familielegen, "min doktor" - som er helt avgjørende og sentral.

Stikkprøve-kontrollen rokker ved dette tillitsforhold og denne trygghet.

Stikkprøvekontrollen

UTPOSTEN har stilt visegeneralsekretær i Den Norske Lægeforening, lege Johan Greve Brun noen sentrale spørsmål

— Hva er bakgrunnen for stikkprøvekontrollen?

Svar: Refusjonstariffen er fastsatt med hjemmel i folketrygdloven (tidligere syketrygdloven) og inneholder i kap. I bestemmelse om at trygdekontorene skal revidere og kontrollere legeregninger som den trygdede har levert eller som er levert av lege der hvor det er inngått avtale om direkte oppgjør.

For en del år tilbake foretok enkelte trygdekontor stikkprøvekontroll av legeregninger ved personlig henvendelse til pasienten når denne kom innom trygdekontoret, uten at legen var orientert om dette.

Etter drøftelser mellom Oslo trygdekontor og Oslo lægeforening ble man enige om at dersom det var nødvendig med stikkprøvekontroll, burde denne foregå åpent og i samarbeid med legene. Forslag til skriftlig henvendelse til pasientene ble forelagt sentralstyret, som behandlet saken i juli 1966.

Trygdens utgifter til legehjelp (1977) antas å bli ca. 1 milliard kroner. Legestanden kan ikke forlange at disse store beløp som utbetales overhode ikke skal kunne være gjenstand for kontroll. Sentralstyret ga derfor sin tilslutning til en slik stikkprøvekontroll, og godkjente det skjema som ble tatt i bruk i Oslo.
På grunn av inntrufne forhold har det senere vært inngått avtale med lokalavdelingene i Buskerud, Telemark, Akershus og Hedmark om tilsvarende stikkprøveordninger.

20. oktober 1973 ble det i "Tidsskriftet" tatt inn en redegjørelse fra Rikstrygdeverket, som hadde funnet det nødvendig å innføre strengere kontroll med den utbetaling som skjer til de leger som får oppgjør direkte fra trygdekontoret, og ordningen ble gjort gjeldende for hele landet.

— Hvordan fungerer stikkprøvekontrollen? Har det vært reaksjoner mot ordninga?

Svar: Selvsagt har det vært registrert en viss kritikk mot gjeldende ordning for stikkprøvekontroll av legeregninger. Kritikken er på varierende grunnlagt og kommet fra såvel leger som pasienter og tjenestemenn i trygdeetaten. Lægeforeningen tok derfor opp spørsmålet i juli 1976 med Rikstrygdeverket, og foreslo at det ble innkalt til et møte/seminar for å diskutere stikkprøvekontrollen. Dette med tanke på å rydde ut av veien en del irritasjonsmomenter ved endringer i stikkprøvekontrollen.

Med tanke på et slikt møte/seminar ble det holdt et forberedende møte i Rikstrygdeverket i oktober 1977. Til møtet var det innkalt trygdesjefer fra hele landet, og Lægeforeningen var invitert til å delta som observatør.

Under møtet syntes det å komme frem at enkelte trygdesjefer fant at stikkprøvekontrollen ga lite ut bytte, fordi folk misforstår skjemaet, og har vanskelig for å huske når de var hos legen og hvor ofte de har vært der. Det positive ved stikkprøvekontrollen var at den syntes å ha en god generalpreventiv virkning. Dersom stikkprøvekontrollen skulle oppheves, måtte det først finnes en annen kontrollordning, da et kontrollsystem var nødvendig med nuværende oppgjørsordning. Det stikkprøvekontrollen vesentlig avslørte av uregelmessigheter, var det mellomlag pasienten hadde betalt.
En av trygdesjefene gjorde oppmerksom på at han hadde gått ut i lokalpressen og informert om stikkprøvekontrollen at denne var en rutine og ikke betydde noen mistanke. Han hadde også hatt informasjonsmøter med legene, trygdekassen og trygdefunksjonærer, og mente at dette hadde vært en av grunnene til den ubetydelige motstand og reaksjon det hadde vært i hans distrikt mot stikkprøvekontrollen.

Rikstrygdeverket meddelte at saken vil bli diskutert innen trygden før det ble sammenkalt til et større møte av trygden og Lægeforeningens offisielle organer.

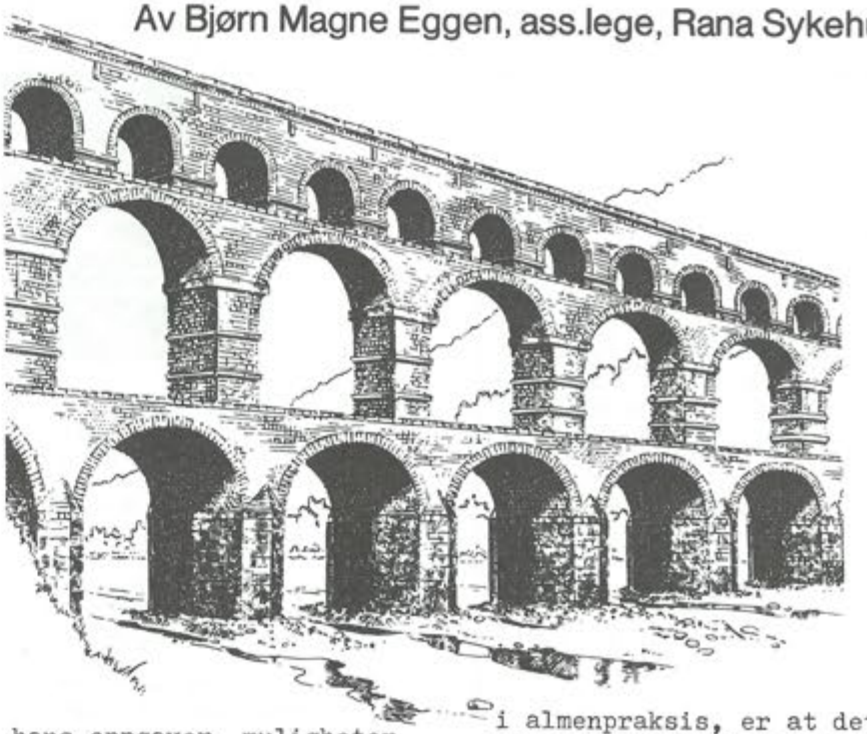
— Har stikkprøvekontrollen avdekket noen misligheter?

Svar: Dessverre må man konstatere at stikkprøvekontrollen har avdekket enkelte beklagelige forhold. Den vanligste uoverensstemmelse mellom pasientenes opplysninger og legenes regninger til trygden har vært når det gjelder mellomlaget. Trygdens folk er selvfølgelig klar over at pasientene lett kan huske feil, men hos noen leger finnes det så stor uoverensstemmelse at denne ikke kan overses.
I den forbindelse må man ikke glemme at det ved kgl.res. i 1953 er gitt regler om kvitteringsplikt for leger. Det er her anført at legen skal gi kvittering for hele det mottatte beløp, dvs. også bandasjemateriell, medisiner m.v. Trygden på sin side er pålagt å føre kontroll med legenes inntekter og likeså gi opplysning til ligningsmyndighetene om disse forhold.

(Utposten ber om kommentarer fra leserne.)

Obligatorisk almenpraksis for spesialistgodkjenning?

Av Bjørn Magne Eggen, ass.lege, Rana Sykehus



I festtaler gjennom mange år er almenmedisin blitt omtalt som grunnlaget for og hjørnesteinen i hele vårt helsevesen. Viljen, eller kanskje evnen, til å trekke de praktiske konsekvensene av dette har manglet, dels under savnet av en lov om primærhelsetjenesten.

Tallet på leger her i landet er sterkt økende, men problemene i primærhelsetjenesten er større enn noen gang før, alle nye leger, og vel så det, er det arbeid for innen sykehusene, ikke minst takket være at underordnede sykehusleger har sterke begrensninger i adgangen til overtidsarbeid.
Misnøyen med, og beklagelsene over dårlig samarbeidsevne fra speialistenes side opplever vi stadig oftere, vi arbeider tilsynelatende i hver vår veden. På sykehusene med all verdens ressurser til rådighet i primærhelsetjenesten mer eller mindre overlatt til eget skjønn. Dette til tross for at vi arbeider med det samme pasientmaterialet. Sykehuspoliklinikkene kontrollerer og behandler pasienter som MINST like godt kunne vært fulgt opp lokalt, av primærlegen, men kanskje også primærlegene lar være å henvise pasienter som burde vært spesialistvurdert, og dessuten får tilbake pasienter som de mangler praktiske og erfaringsmessige ressuser for å kunne ta seg av på en fyldestgjørende måte. Kanskje løsningen på dette måtte være at vi lærte hverdag å kjenne, dvs. rett og slett at vi BYTTET PLASS. For primærlegene er en oppmerksom på dette behovet, derfor også kravet om sykehustjeneste før en kan få 'kvalitetsstemplet' Almenpraktiker Dnlf. Men jeg drister meg til å tro at også vi som sykehusleger ville ha godt av å kjenne almenpraktikerens hverdag, hans oppgaver, muligheter og ressurser. Bare på den måten kunne vi i fellesskap være i stand til å ta vare på vår felles oppgave - pasientene - på det riktige omsorgsnivået.

Et godt samarbeid forutsetter etter min mening at begge parter vet hva den andre gjør, og kan gjøre, hva en ser, og hvordan virkeligheten fortoner seg, og ikke minst: hvilke ressurser en har til rådighet. Dette er nødvendig for at en skal kunne gi råd, og for at en skal kunne undervise kolleger, og ikke minst studenter. Vi hører stadig klager fra studentene og kandidatene at det de har lært om er sjeldne (dvs. "fine") sykdommer, mens vanlig (dvs. kjedelig) medisin nærmest er utelatt fra studiet. I undervisningen har vi lett for å glemme at det også finnes pasienter som ikke legges inn på.sykehus, pasienter som studentene nærmest står maktesløse overfor den dag de skal ut i almenpraksis. Denne delen av helsevesnet må oppvurderes, en mulighet er at spesialistene tvinges til å oppleve at den eksisterer!
Den viktigste grunnen til at kolleger som er under spesialist-utdanning bør ut i almenpraksis, er at det bare i den situasjonen en virkelig får effektiv feedback på hvordan sykehusene og spesialistene fungerer, sett med almenpraktikerens og ikke minst med pasientens øyne.

Der er derfor sterkt å beklage at almen praksis i dag ikke godkjennes som del av spesialistutdanningen. Almenpraksis burde kanskje endog være obligatorisk? Ved en slik ordning ville vi dessuten - som tilleggseffekt - oppnå at almenpraktikeren lettere fikk vikariater ved sykehusene, hans egen praksis ble dekket (noe som er av betydning, både økonomisk og for pasientene), og ikke minst, det ville bety et personlig kjennskap mellom kolleger i almenpraksis og i sykehus/spesialistpraksis i området, et kjennskap som ville bety økt gjensidig respekt og bedret samarbeide.

Hvor lang tid i almenpraksis en skal kreve, vet jeg ikke, kanskje 6 måneder er tilstrekkelig, kanskje bør det være minst 12 måneder. Diskusjonen bør iallefall komme i gang, allerede i juni neste år er det Landsmøte i Lægeforeningen, da bør forslaget reises.

HYPERTONIPROBLEMATIKK

Referat fra en særdeles positiv opplevelse av farmasøytisk industris delaktighet i medisinsk informasjon

AV MARTIN HOLTE

Konklusjon: Almenpraktikeren må aktivisere seg i langt sterkere grad når det gjelder oppsporing - utredning - behandling og kontroll av hypertonikere. Her må igangsettes en bevistgjøring av problemenes viktighet, for å bevise at vi ikke trenger en egen hypertonisæromsorg, som er under utvikling i vårt naboland Sverige. Hvordan skal vi almenpraktikere få større forståelse av problemene? Jo, delta i seriøse forskningsoppgaver som ledes av oss selv! Sett i gang med egne prosjekter. Vi må våkne opp i tide, nemlig før helsemyndighetene støttet av våre spesialister kommer med hård hånd og beskjærer ytterligere vårt arbeidsfelt med å frata oss styringen med hypertoniproblematikken. Bakgrunnen for dette varsko er den enkle kjensgjerning at halvparten av alle hypertonikere er kjent, bare halvparten av disse er i behandling og halvparten av disse er utilstrekkelig behandlet. Det betyr at kun 1/8 av alle behandlingstrengende hypertonikere er adekvat behandlet. Når vi vet at hypertoni er den største risikofaktor for å bli utsatt for hjerte-karsykdommer og at denne risikofaktor lar seg behandle, er dette varsko berettiget.

Sammen med noen av Nordens ypperste hypertoniforskere ble jeg som en ganske vanlig almenpraktiserende lege med litt interesse for hypertoni invitert til et 2 dagers hypertoni symposium i København. I alt 83 deltakere fra Danmark, Sverige, Finland, Island og Norge ble samlet til noen hektiske hypertonitimer med ialt 23 foredrag, det vil si at ca. 1/4 av deltakerne var engasjert som foredragsholdere. Dumex sto som sponsor for arrangementet og inviterte og det var alt - ingen aktiv reklameingen medikament informasjon. I kursmappene vi fikk utlevert lå det kun en blokk, en kulepenn og professor Hummerfeldts utmerkede brosjyre om hypertoni i almenpraksis og som alle burde studere nøye. Altså ingen forsøk på infiltrasjon av usakelige medikament informasjoner.
Den faglige del av symposiet var preget av et kvalitativt høyt faglig nivå med nøktern og saklig diskusjon. Den ikke mindre viktige sosiale del av arrangementet ble også gjennomført i samme solide enkle stil.

I denne forsamling av eksklusive hypertoniforskere må jeg si at jeg til tider følte meg som fluen på veggen, som ble åpenbart store ting. Noen av deltagerne hadde litt vanskelig med å forstå hva jeg skulle gjøre der som ikke drev med forskning. Et tydelig tegn på at vi ikke må la oss regjere av en slik selektert forskergruppe. Vi må ta skjeen i egen hånd, for å sette igang forskning på det planet hvor den hører hjemme - nemlig på det almenmedisinske nivå.

Det vil gå for langt å referere fra alle 23 foredrag, men jeg vil forsøke å lage et resymé av hovedtemaene som omhandlet screening, epidemologi, økonomi og behandlingsopplegg.

Først til hypertoniscreening av befolkningen. For å anskueliggjøre hypertoniproblemets størrelse kan en si at under en prosent av befolkningen får en juvenil diabetes mellitus, mens derimot ca. 10% utvikler en behandlingstrengende hypertoni.
Initialfasen av en blodtrykkssykdom er kun høyt blodtrykk uten symptomer. Derfor ble nødvendigheten av oppsøkende virksomhet sterkt understreket for å knipe hypertoni i tidlig stadium. Dette har ført til at en dansk forskergruppe tok for seg en screening av 25.000 dansker ved å sette opp en "blodtrykksmålingstand" i et supermarked, hvor en kunne bare "droppe innom" for en blodtrykksmåling.
Filosofien bak en slik fremgangsmåte for blodtrykkscreening i befolkningen er kravet til lett tilgjengelighet til undersøkelsen. Alle med blodtrykk like eller større enn 160/100 mm ble henvist til lege.
Litt skremmende perspektiver synes jeg. Tiden til at vi får "blodtrykksautomater" med kun tekninsk avlesning av blodtrykk, montert på hvert hjørne, er kanskje ikke så fjern. Videre at "automaten" spytter ut en resept og folder om blodtrykksbehandling hvis blodtrykket er for høyt, Etter supermarkedsundersøkelsen kunne en registrere en stigende omsetning av antihypertensiva. Ca. 5% av de personer som ble undersøkt hadde behandlingstrengende blodtrykk. Undersøkelser av blodtrykkspasienter under behandling viser at kvinner tar sine medisiner regelmessigere

enn menn og at hun går regelmessigere til kontroll.

Det er mange måter å regne ut gevinsten av blodtrykksbehandlingen på. En besnærende måte er å se på hvor mange leveår som gjennomsnittlig tapes ved å ha for høyt blodtrykk. I 35 års alderen med diastolisk trykk på 105 mm vil en mann tape gjennomsnittlig 5 leveår, derimot en kvinne 7 leveår. Hvor meget av disse tapte leveår kan gjenvinnes ved blodtrykksbehandling? Etter klinisk skjønn kan grovt beregnes at starter man behandlingen i 20 års alderen hos en hypertoniker kan igjenvinnes 80%, starter man i 60-70 års alderen ca. 20%, og mer hos kvinner enn hos menn.
Konklusjonen blir at jp yngre pasienten er jo viktigere blir det å behandle en hypertoni. Spørsmålet blir da, skal befolkningen screenes allerede i skolealder med blodtrykksmåling? Det var enkelte av symposideltakerne som kunne tenke seg å gå inn for en slik linje.
I Danmark har man tatt en avgrenset befolkningsgruppe i by i alderen 40 - 80 år og undersøkt med tanke på blodtrykk. De undersøkte hadde før forsøkets start sist fått målt blodtrykk i 44% hos praktiserende lege, i 34% ved lokalsykehus og 12% andre legekontakter og 6% visste ikke hvor de sist hadde fått målt blodtrykket. 63% av de undersøkte hadde hatt kontakt med praktiserende lege siste året og kvinner 1/3 gang hyppigere enn menn. 68% av de undersøkte hadde hatt kontakt med helsevesnet siste året derav 34% som hadde fått målt blodtrykk.

Konklusjonen blir at aldersgruppen 40 - 80 år kommer 2/3 av befolkningen i kontakt med helsetjenesten på "naturlig" måte, men bare hos halvparten av disse ble blodtrykket målt. Hvis vi ble flinkere til å måle blodtrykk kan vi "naturlig" screene store deler av befolkningen og unngå presset fra slike voldsomme isolerte screenings opplegg.

I Sverige har man regnet på hva det koster å hypertoniscreene befolkningen med "follow up" i 5år på personer med for høyt trykk. Hver hypertoniker koster 7.500 kroner, derav medikament kostnad 45% dvs. 3.400 kroner pr. 5år.
Totalt beløper utgiftene seg til 4.700.000 sv. kr. ved en screening av 30.000 personer med "follow up" og behandling.

Noen finske forskere har sett på muligheten av å reduser. eventuelt seponere blodtrykksmedisinen etter lengre tids behandling. Ved sponerings-forsøk hos hypertonikere f. i 1911 kunne 26% fortsette uten medikamenter med tilfredstillende blodtrykk. Derimot kunne bare 10% av pasienter f. i 1924 fortsette uten medikamenter. Dette betyr at man bør være oppmerksom på muligheten av å redusere eventuelt seponere blodtrykksmedikasjon spesielt hos eldre hypertonikere.

Noen dansker hadde sett på kostnaden ved utredning av hypertonipasienter. Utgiftene ved en enkel hypertoniutredning innbefattet Hbg, serum kreatinin, serum kalium, urin micro og undersøkelse på albumin sukker og blod, EKG og rtg. thorax beløper seg til 350 dk. kroner. Denne utredningen ble brukt på alle pasienter med diastolisk blodtrykksverdier mellom 90 og 100 eller når pasienten var over 70år. Dette var oppservasjonsgruppen som ikke fikk behandling. Hvis man til overnevnte undersøkelser legger til isotoprenografi kostet det 500 kroner for en utredning. Denne utrdningskombinasjonen ble brukt hos pasienter med diastolisk verdi over 105 eller hvor det ble påvist klinisk hypertoniforandringer. Hvis man ytterligere supplerer overnevnte utredning med en utvaskningsa-urografi beløper utgiftene seg til 700 kroner. Denne utredningskombinasjonen ble brukt hos pasienter under 50 år med diastolisk verdi over 115, alle pasienter uansett alder med diastolisk verdi over 130, plutselig forverrelse av en blodtykks-situasjon eller utilstrekkelig effekt av medikamentell-behandling De tre utrednings alternativer kan alle utføres ambulant og bli derfor rimelig imotsetning til innleggelse til hypertoniutredning. Ved mistanke om renal/renovaskulær hypertensjon ble overnevnte undersøkelser supplert med renalangiografi og nyrevenekateterisering og total-kostnadene skjøt da iværet til 10.000 kroner pr. pasient. Av dette kan man lese at hovedvekten av hypertonipasientene kan utredes ambulant og der kan gjøres relativt utførlige undersøkelser med relativt beskjedne beløp. Det er kun et fåtall av hypertonikerne som egentlig trenger hospitalisering for nærmere utredning. Det er vel et spørsmål om man i dag ikke legger inn for mange i sykehus til kostbare hypertoniutredninger.

La dette være et eksempel på fornuftig disponering av økonomiske midler til informasjon fra farmasøytisk industri. La oss slippe " såpereklamen".

Hverdag i utkant-Norge

Fra en distriktsleges dagbok

Valgprogram (sep.-75):

I all utbygging av helse og sosialstellet må vi ha i tankane eit framtidig sosial- og helsesenter. (Arbeiderpartiet).

Distriktslegen (okt.-76):

Arbeidspresset blir for stort i lengden. Ved to anledninger har jeg registrert 74 aktive arbeidstimer på en uke utenom vakt annenhver uke. Distriktet er dekket med legevakt hele året uten at det koster det offentlige en øre. Det er liten interesse for å søke seg til distrikter med slikt arbeidspress, og mange stillinger står ledige. Det er fare for at kommunen kan bli stående uten legehjelp hvis kommunen ikke søker om å få opprettet distriktslege-II-stilling.

Formannskapet (nov.-76):

Formannskapet er i prinsippet enig i at kommunen på noko sikt må få to distriktslegestillinger. Slik forholda i dag ligg til rette for dette, kan ikke formannskapet sjå at kommunen har økonomi..... Formannskapet ser likevel saka så viktig at det bør nedsettes ei arbeidsnemnd...

Arbeidsnemnda (des.-76).

Det er full enighet om at vi ber kommunen å disponere eiendommen Baistrand slik at en er sikret tomt til helsesenter.

Arbeidsnemnda (mai-77):

Vi er derfor av den oppfatning at de folkevalgte i løpet av kort tid bør bestemme hvor nytt helsesenter skal bygges.

Kommunestyret (okt.-77):

Det er soleis satt i gang utgreiing både på statleg og fylkeskommunalt hald. Ein får sjå dei vidare planane for helsestellet noko i samband med dei utgreiingane som skal komme, der ein også må vente ei avklaring om utgiftsfordelinga... Kommunen tek sikte på å få distriktslege-II-stilling frå 1979 dersom det økonomisk syner seg råd..... Kommunen må få avklara alternative løysingar for helsesenter anten det bør bli lagt på Baistrand eller... eller... Ellers må også boligsituasjonen avklårast på kort og lang sikt.

Kontorsjefen (des.-77).

En tar sikte på å få helse- og sosiallinje på den videregående skolen. En vil i størst mulig grad trekke på lokale undervisningskrefter....

Ordføreren (des.-77).

Til de gamle på sjukeheimen: Dei gamle må få trygge tilhøve. Rekreasjonsheim og heim for åndsvake skal koma snart.

Distriktslegen (jan.-78):

Legene har ulovlig lang arbeidstid allerede. Hvem skal være tilsynslege på rekreasjonshjem og hjem for åndssvake ?
Hvilken lege skal ta nødvendig undervisning på videregående skole?

Ordføreren (jan.-78):

Til lokalpressen: De viktigste prosjekter nå er vassverkutbygging og nye skoler. Rekreasjonsheimen skal stå ferdig neste sommer. Om helsesenteret: Taushet.

Distriktslegen:

Med søvndrukken stemme etter å ha blitt vekket de siste 7 av 10 netter til sykebesøk: Kommunen har ikke råd til å bygge helsesenter. HAR JEG RÅD TIL Å FORTSETTE ROVDRIFTEN PÅ MIN EGEN ARBEIDSKRAFT?

EN BOKANMELDELSE:

«Din nervøse patient» av Torben Bendix

DISTRIKTSLEGEN I RINGERIKE NILS JOHNSEN

Almenpraktikerens befatning med mennesker som søker ham pga. psykiske problemer, har fått sterkt økende interesse. Omfanget av denne del av vår virksomhet er raskt stigende, men vår kompentanse heller mager. Vi kan ikke unndra oss oppgavene, så vi kan like godt møte dem. Vi alminnelige leger - er og blir innfallsporten og oftest eneste hjelpeinstans for mennesker med psykiske besvær. Slik vil det fortsatt være og denne pasientgruppe vokser stadig. Så for oss blir spørsmålet hvorledes kan vi i dette felt faglig dyktiggjøre oss?

Så kommer julegaven. - Tynn, spinkel og beskjeden i sitt utseende. Frekk, påstålig og morsom i sitt innhold. Dessuten knakende god tross alt.

Torben Bendix, "Din Nervøse Patient" er født i rett tid. Ja, det må den være. Først ble den utsendt til alle danske leger - så oss, og nå etter hva forfatteren opplyser, står svenskene for tur.
Hva er skjedd med annen faglitteratur?
I allefall ikke med et slikt frekt angrep på legen, hans holdning og arbeidsteknikk. Sendt i posten - snart til hele Nordens legebestand med hilsen "din fagforening.

"Læger har aldrig lært at høre efter. Vi har tvært om lært at vi skal spørge hele tiden, så patienten ikke får oss på afveje. Vi skal spørge og spørge om alle de relevante ting og vi skal vide hva der er relevant".

"Hvis du hører båndopptagelser av legesamtaler, så taler mange fantastisk meget ned til pasienten. Lægen vet bedre og det er presis den holdningen som jeg kaller respektløs".

Det er jo frekt, men er det sant?
Jeg husker ikke hva jeg skulle ha lært, men har tråkalt litt rundt i bøker fra første kliniske avsnitt. En norsk, en hollansk, en engelsk og en i psykiatri og tilslutt Jarl Jørstad i Psykoterapi.

Om anamnese og holdning - jo lytte er såvidt nevnt, men ikke et ord om hvordan. Det er mengder av instruksjon om de relevante spørsmål (viktig nok).
Og så påstålig. "Det værste er, hvis du tror at du ikke har bruk for at læse den "Take it or leave it".
Besvar aldrig spørgsmål -
Giv aldrig råd -
Du skal -
Du må ikke -
- "denne samtaleteknikk er den beste metode til at bekæmpe "vor Herre-trangen. Det er innebygget i metoden". Det lyder som en profet.
Hvorfor så påstålig Bendix?
"Når den er så provoserende rigid, så er det - jo fordi de fleste almenpraktiserende leger, de har fått seg noen fasonger å snakke med pasienten på, som er svære å rokke ved. Jeg har opplevet at man må se tingene meget skarpt for at de skulle kunne forstå, at ved de måter de selv har lært å snakke med pasienter på, da de ikke hørte hva pasientene sier".

Morsom er den i tillegg. Det er viktig å huske at den er dansk. Denne bok handler om å ha respekt for de mennesker som er ens pasienter, og ha tro på at de har ressuser i seg selv til å finne løsninger på sine problemer.
Patienten vet bedre. og har patenten på seg selv, la ham komme til ordet og hør etter.

Dette er holdningen som formidles. Men boka er mer. Den gir en metodebeskrivelse og teknikkinstruksjon. Her melder seg en serie motforestillinger som er åpenbare, spesielt om en er ute etter å forsvare seg ved angrep:
- Ekkopapegøye aktivitet og og endeløse pauser passer ikke legens temperament og heller ikke alltid til patientens problematikk.

"You're not really a hypochondriac. You only think you're a hypochondriac."

- Hemmelige allianser skaper ofte farlige spenninger og nye problemer såvel innen alliansen som utenfor.
- Riktige spørsmål er vesentlige og vitner om fagkunnskap. Etc. etc.
Imidlertid: - Dette er en metode, lett beskrevet og mulig å lære.
En er bedre enn ingen - og en i tillegg for dem som metode har, utvider reportoaret.

Forskningsprosjekt i almenpraksis

Gruppe for helsetjenesteforskning planlegger en landsomfattende undersøkelse blant almenpraktiserende leger. I den anledning har vi spurt :

Hva er Gruppe for helsetjenesteforskning?

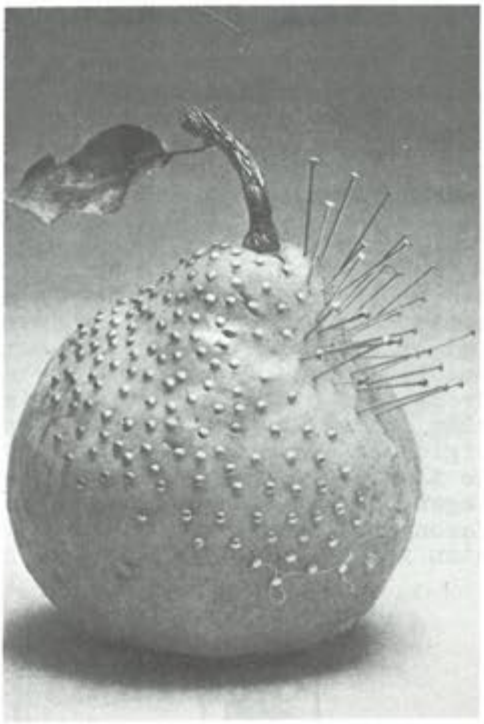
Det er en gruppe opprettet av Norges almenvitenskapelig forskningsråd. Den ble startet for snart 2 år siden, og består i dag av 1 kontorfullmektig, 1 sykepleier, 3 økonomer og 3 leger. Professor Peter F. Hjort er leder for gruppen. Av prosjekter gruppen arbeider med kan nevnes dødspleie, eldreomsorg, personell i helsetjenesten og hypertonibehandling. Primærhelsetjenesten er også et viktig arbeidsfelt for gruppen. Det er et område med stort behov for forskning, og vi planlegger derfor en landsomfattende undersøkelse blant almenpraktiserende leger.

Hva går undersøkelsen ut på?

For det første ønsker vi å kartlegge ressursene i almenpraksis. For det andre ønsker vi å belyse hvordan finansieringsordninger, praksistyper, antall hjelpepersonell, utstyr, tilgang til spesialist og arbeidsbelastning virker inn på legens arbeidsmåte. Fast lønn kontra stykkprissystem og gruppe kontra enelege diskuteres, men vi vet lite eller ingen ting om hvordan disse forskjellige systemer virker inn på primærlegetjenesten. Vi ønsker et bedre fundament for de anbefalinger som blir gitt de styrende organer, slik at en best mulig tilrettelegging av primærlegetjenesten.

Kan dette komme almenpraksis tilgode?

Ja, det mener vi. Det er snakket pent om primærhelsetjenesten i mange år, men hverken i distriktene eller i de store byene er det blitt bedre. Situasjonen er nå prekær. Vi ønsker å bidra til en løsning av dette problem. Ved å samle opplysninger om det arbeidspress primærlegene har, og ved å kartlegge ressursene i almenpraksis, tror vi primærlegene vil stå sterkere i sine krav om en skikkelig utbygd primærhelsetjeneste. Vi mener det er viktig å få frem hvor lite primærlegene koster i forhold til neste omsorgsnivå, og at en ved å satse på primærhelsetjenesten antakelig kan spare ressuser. Vår undersøkelse vil bli et fundament å bygge videre på i diskusjonen om og planlegging av en god primærlegetjeneste. Vi håper gjennom vårt arbeid å stimulere til forskning innen almenmedisinen. Forskning er nødvendig for å gi faget identitet, basis for egne meninger og akademisk status.



Hvordan skal undersøkelsen legges opp?

Vi vil først sende ut et "legeskjema" som vi ber alle landets primærleger svare på. Dette vil gi opplysninger om legenenes arbeidsforhold og forutsetninger. I neste omgang vil vi be ca. 1/3 av primærlegene registrere sitt arbeid.

Dette gjøres ved å fylle ut et skjema for hver pasient som konsulterer legen på kontoret, eller som legen reiser i sykebesøk til. Skjemaet er enkelt og lite, og vil ta ca. 30 sekunder ekstra for hver pasient. Denne registreringen skal foregå i en uke. Besvarelsene vil være anonyme. Undersøkelsen er planlagt vinteren/våren 1978.

Hvem står bak undersøkelsen?

Gruppe for helsetjenesteforskning er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet ledes av almenpraktiserende lege Olav Rutle, som er ansatt som stipendiat. Ved utformingen av undersøkelsen har vi hatt god støtte av evalueringsutvalget for primærlegetjenesten i Bergen. Vi har også hatt uvurderlig hjelp av 17 primærleger i Bergensområdet og 3 primærleger fra Oslo, som har deltatt i to pilotundersøkelser. Vi vil også få undersøkelsen godkjent av Oll., APLF, Lægeforeningen, Instituttene for almenmedisin og samfunnsmedisin og Almenmedisinsk forskningsutvalg før vi sender den ut. Det er tenkt etablert en styringsgruppe for prosjektet på 5 medlemmer, hvorav 3 er almenpraktiserende leger. Disse skal ivareta de deltakende legers intresser, og være en sikkerhet for at de innsamlede opplysninger ikke blir misbrukt. Vi vil oppfordre alle primærleger til å støtte opp om prosjektet slik at vi kan lykkes i vårt arbeid.

Se redaksjonens kommentar på side 14.

«SYKEHUSMEDISIN KONTRA PRIMÆRMEDISIN»

Stud. med. Knut Aasarød har i "Utposten" 1/78 utfordret til debatt. Hans innlegg innbyr til ytterligere kommentarer, selv om det i et organ som "Utposten" vel kan bli til at kollegene "messer" for hverandre, mens kanskje flere av innleggene burde være rettet til og for politikere.

At debatten om primærhelsetjenesten og almenpraktikerens arbeidssituasjon i det siste har influert på søknaden til den tradisjonelle almen (privat) praksis synes å kunne bekreftes. Avd. for almenhelsetjeneste, Oslo helseråd, får ofte kontakt med kolleger som nå reagerer mot sin lange arbeidsdag og relativt trange økonomiske vilkår ved å henvende seg til Helserådet for informasjon og spørsmål om aktivt inngrep for å bedre ders situasjon.
Lægeforeningens nye fond er som kjent beregnet på støtte til nyetableringer, de som allerede er ille ute ville vel ikke få noe fra dette fondet. Kolleger som står på nippet til å etablere seg vil vel påvirkes betydelig av uroen.

I kontrast til dette har vi fått en meget god respons av velkvalifiserte søkere til våre bydelslegestillinger, som kjent kan disse stillingene by tilnærmet like gode arbeidsforhold og betingelser som i sykehusstillinger. Politikerne i Oslo har etter mitt skjønn tatt et riktig og fremtidsrettet standpunkt da de besluttet å opprette kommunale helse- og sosialsentra med fastlønnet personale.
De har innsett ansvaret for byens helsetjeneste - og bevilget midler som kan gi muligheter for å bedre den prekære situasjonen i primærhelsetjenesten i Oslo. Helserådet fikk sågar en ekstrabevilgning på kr. 2mill. for 1978 til ytterligere styrking av primærhelsetjenesten, en bevilgning helserådet ikke hadde en gang drømt om - og langt mindre søkt om.

Politikerne i landets fylker/Storting og regjering, vil følge opp sine kolleger i Oslo - og virkelig la fagre ord følges av handling, som monner, tror jeg situasjonen relativt raskt kan bli bedre for befolkningenns primærhelsetjeneste.

Økonomiske tiltak via "Normaltariffen" synes lite realistisk - skattepolitikken i vårt land er for effektiv til at den kan gjøre utslag. Det er et paradoks - på en side har vi en så tyngende skattepolitikk for at borgerne i landet blant annet skal kunne få sosial - og helsemessige goder som et moderne samfunn bør gi, på den annen side gir denne skatte- og økonomiske politikk (les forhandlingene mellom FAD/Lægeforeningen) slike utslag at nevnte helse- (primærhelsetjeneste) tilbud uteblir på grunn av at personellet som skal gi tjenesten "drepes" økonomisk.

Interessen for almenhelsetjeneste må dog fortsatt oppmuntres - og undervisning i denne store del av medisinen må intensiveres. En artikkel i det svenske "Läkartidningen" nr. 3/78 omhandler dette.
Følgende refereres fra denne artikkel "Forsøkskurs för medicinare i øppenvård".

Under studietiden grunnlegges synet på helsetjeneste, på pasienter og hvorledes ulike ressurser skal anvendes. Holdningspåvirkningen betyr meget gjennom undervisningen. Almenhelsetjeneste har ikke vært representert i grunnutdannelsen tidligere. Holdningen arter seg meget forskjellig mellom ulike helsetjenester.

OSLO HELSERÅD, 1.2.-78 avd. for almenhelsetjeneste

HANS VON KROGH, ass. overlege

Innen den spesialiserte helsetjeneste får man lett en forestilling om at alt kan løses med teknikk. Den teknologiske eksplosjon har imidlertid forlengst overskredet samfunnets ressurser. Det er viktig at man tidlig i utdannelsen kan vise hva almenhelsetjenesten kan by på.

En målsetting må være å få bedre balanse i holdningsmønsteret og utvikle tillitsfulle relasjoner mellom primær og institusjonshelsetjeneste. Et av de viktige punkter artikkelforfatteren, distriktslege Mogens Hey, fremholder er at gjennom undervisning i primærhelsetjeneste får studenten et innblikk i samtlige oppgaver som dukker opp i denne del av medisinen. Et viktig område er hvorledes man håndterer de eldres problem - og dette er viktig.
"D e eldre" som begrep er en stor forbruker av våre helsetjenester og berettiget krav på vår omtanke. En person over 70 år trenger ca. 4 ganger mer helsetjeneste årlig enn gjennomsnittsbefolkningen forøvrig. Man må ha en myk innstilling til hvorledes man skal anvende ressursene.
Det er ofte ikke spåørsmål om å helbrede, men snarere om å lindre, berolige og trøste. Det gjelder om å ha et ganske bredt assortiment av løsninger å tilby og om å anvende sin fantasi. Gjennom samtaler med de eldre på legekontoret, og på alders- og sykehjem får studenten ett innblikk i hvorledes et eldre menneske ser på sin helsesituasjon og hvorledes deres behov kan tilgodesees.
Studenten får også se hvor manglene og lukene finnes.

Forts. side 14

Medikamentutprøving ved Oslo's kommunale helse- og sosialsentra

OSLO HELSERÅD, avd. for almenhelsetjenste

Hans von Krogh
ass. overlege

I løpet av den senere tid har avd. for almenhelsetjeneste ved Oslo helseråd mottatt flere henvendelser fra farmasøytiske firmaer om medvirkning i multi - senter-undersøkelser om medikamenter.

Avdelingen har pr. 25.11.77 i samarbeid med bydelslegene kommet frem til følgende rettningslinjer, godkjent av Stadsfysikus Mellbye, Oslo helseråd:

1. "Alle henvendelser fra farmasøytiske firmaer til avdlingen eller til enkeltleger innen avdelingen om utprøvning av medikamenter i praksis skal henvises til Almenmedisinsk Forskningsutvalg ved sekretæren, amanuensis Olav Sulheim, Institutt for almenmedisin, Ulriksdal 8c, Bergen, til faglig vurdering av undersøkelsesopplegget.

2. Avdeling for almenhelsetjeneste skal vurdere undersøkelsesopplegget med hensyn til tidfaktoren som vil gå med for de enkelte leger i en slik undersøkelse; og eventuelt forbeholde deltagelse hvis en undersøkelse kan synes å gå uforholdsmessig mye ut over de daglige arbeidsoppgaver i den ordinære arbeidstid. Bydelslege I skal være inneforstått med en deltagelse.

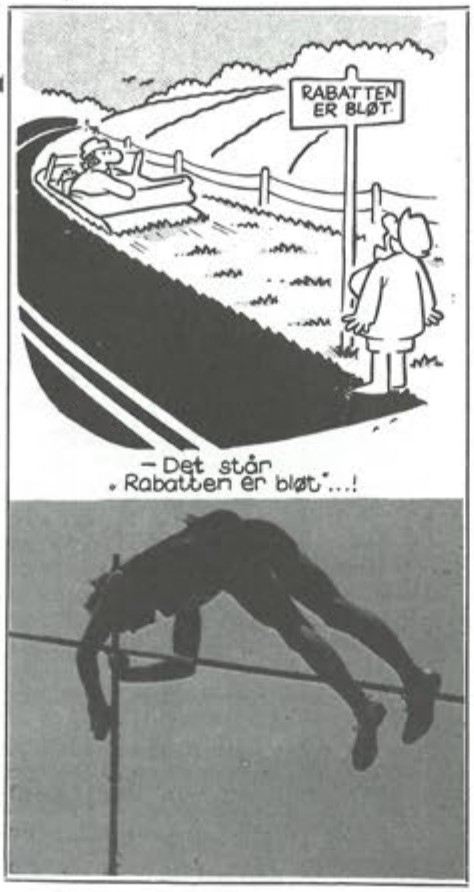
3. Alle leger i avdelingen står fritt i om de vil delta eller ikke i et undersøkelsesopplegg av denne type.

4. Hvis det offentliggjøres materiale fra slike undersøkelser, skal bydelslege I nevnes som medisinsk leder for senteret, eventuelt skal det spesifiseres fra hvilket senter materialet hentes".

Svar til Dr. Jakobsens artikkel om normaltariffen i Utposten nr. 1 -78

WILLIAM FREDRIKSEN
Spes. i reumatiske sykdommer, Hønefoss

De synspunkter som kollega Jakobsen fremholder må vel stort sett fra alles synspunkt være riktige. På grunn av de forhold han fremhever med at sykehusleger med sin gangpraksis o.s.v. har relativt bedre "Honorartariff" enn praktiserende leger som på normaltariff skal dekke alle sine utgifter, så kunne det være en tanke at man ved neste takstrevisjon ikke fikk noen økning av normaltariffen i det hele taget, men at man isteden fikk fastsatt et prosenttillegg som skal utbetales praktiserende leger og praktiserende spesialister på toppen av de regninger de innsender til det lokale trygdekontor med honorartariff som basis. Man vil da oppnå en generell økning av satsene for de praktiserende leger, og oppnå på den måten en styrkelse av deres økonomi i og med at utgiftene til drive en praksis er jevnt stigende. Jeg tror et slikt syn ville lettere kunne finne gehør hos den annen part ved forhandlinger.



Fast lønnsordning for distriktleger

Distriktslege Terje Vevatne, 5450 Sunde

I Utposten nr. 6 er det ett innlegg fra kollega Sæthersdal, Geilo som interesserte meg svært. Jeg tror han berører noe vesentlig når det gjelder akkurat fast lønn og fast arbeidstid for leger. Det skulle vært interessant å foreta en gallup blandt legene i primær helsetjenesten for å se hvor mange som er interessert i å bli kommunalt ansatt.

Jeg synes det hele bærer preg av en veldig teoretisk og matematisk oppbygning hvor vi får fremstilt vår fremtidige arbeidstid og fritid på mange måter som fristende oppramsing. Hvem vil ikke ha fritid og mindre å tenke på med tanke på arbeidet? Jeg tror også vi helt må komme bort fra tanken om økonomi, for vi vet jo alle hvilken netto timebetaling vi sitter igjen med slik som situasjonen er i dag. Men hvorfor skal vi på død og liv innføre et sådant system, som vi allerede fra flere kanter har fått høre vil koste samfunnet enormt. Det er besyndelig at økonomi ikke spiller noen rolle i denne sammenheng. Kanskje vi skal forsøke å skissere det hele opp for pasienten også?
I mitt distrikt er avstandene mellom distriktslegene og privatpraktiserende leger så store at hvis vi er hjemme i helgene så er det sjelden vi ikke blir konsultert på grunn av en ulykke eller en akutt oppstått situasjon hos en pasient. Hvordan skal vi så skrive regning på dette når vår faste lønn og arbeidstid er innført? Vi kjenner alle den situasjonen der pasienten eller dens pårørende tror det er påkrevet med øyeblikkelig legehjelp og legen kommer og konstanterer noe ganske annet Dette er et meget uttalt vanlig fenomen på våre kanter og helt sikkert også andre plasser i landet, men vi har gjort en jobb og skal ha betaling for det.
Personlig er jeg ikke av den skapning at jeg klarer å si nei når jeg blir tilkalt i min fritid.

Det er adskillig tusen som må investeres i et kontor og etterhvert fornyes eller suppleres for å kunne drive en moderne og god praksis i dag. Vi kjenner sikkert til at diverse kommuner er svært så trege når det gjelder å få hjelp til å kjøpe utstyr eller til å få forandret noe til pasientens og legens beste. Jeg stiller meg svært tvilende til at diverse kommuner som fra før er vanskelig, i så måte, skal bli noe lettere når det gjelder søknad om kjøp til ny apparatur til engangsutstyr og lignende. Det neste skritt måtte da muligens være å opprette en kommunal ansatt som kunne overvåke det hele slik som det nå er blitt med våre mellomlegg og stikkprøver. Hvordan blir det da med effektiviteten på kontoret?

Det er jo helt sikkert at vi nå er adskillig mer effektive enn vi vil være dersom vi har fast lønn og fast arbeidstid og vi yter ubetinget en raskere og bedre service slik som situasjonen er nå. Like sikkert er det at vi må ha et enormt antall med leger i primærhelsetjenesten for å kunne yte samme service døgnet rundt slik som vi gjør nå. Dessuten tror jeg personlig at det blir svært vanskelig å få legene ut, vanskeligere enn det er i dag, til kasus der vi med største sikkerhet kan si de ikke trenger øyeblikkelig hjelp.
Jeg kan tenke meg at ergrelsene blir store når formannskapet avslår innkjøp av nytt haemometer eller nytt E.K.G. apparat, eller ny investering i engangsutstyr, og problemene vil nok sikkert mange ganger bli store i de ofte bunnskrapte kommunekassene.

I våre dager er det meget populært å snakke om kommunikasjon, lege - pasient, huslegen sin oppgave og lignende Jeg tar vel neppe munnen for full når jeg sier at vi distanserer oss enda mer fra våre pasienter med å innføre fast arbeidstid for oss. Ved en rundspørring blandt pasienter, vil en straks få det inntrykk "Det er en trygghet å vite at en kan ringe til den legen en går til når det oppstår sykdom." Hvorfor skal vi også gjøre dette verre enn det er i dag? Det ville være interessant om flere med synspunkter mot fast arbeidstid kom frem med disse og at vi eventuelt dannet et fellleskap og felles utredning med tanke på å få iallefall en alternativ ordning til dette.

All respekt for distriktsleger som har et kolossalt arbeidspress, endelt vakt og lignende. Jeg har selv vært i den situasjonen i perioder og jeg er oppvokst i et hjem der situasjonen var sådan, men samtidig tror jeg en skal være forsiktig med å lukke øynene for de følger dette har spesielt overfor pasientene. Det er svært lite populært å snakke om kallsfølelse i våre dager, det er i grunnen ett uttrykk som gir en viss tachykardi hos enkelte, av forskjellige grunner. Jeg er ubeskjeden nok til å tro at noe av det jeg skisserer har noe med kallsfølelse å gjøre, og det vil være svært interessant om vi kunne forenes i en front som motarbeider en eventuell lov om at vi skal ha fast arbeidstid.
Tilslutt tror jeg at enkelte strøk i Norge kan dra fordel av fastlønnsordningen som nevnt tidligere i andre innlegg, større bymessige strøk, men jeg har liten tro på at fast arbeidstid og fast lønn i seg selv kan dra kolleger ut i periferien.

UTPOSTEN
VENTER PÅ
DIN MENING!

Forts. fra side 11.

Det er klart at gjennom dette får studenten kunnskaper om andre ressurser som kan sammenveies med sykehusets når han eller hun studerer sykdom. Det er selvsagt lettere når han har sin egen erfaring i hvorledes hjemmesykepleien , helsesøster og flere arbeider og når man har sett hvorledes ulike deler av helsetjenesten samarbeider ute i distriktene. Så langt Läkartidningen.

Hvis politikerne i Norge tar det standpunkt at primærhelsetjenesten skal utføres av personell som er på fast (statlig) lønn, bør de samtidig sette som betingelse for å yte lønns- og utgiftsdekning til primærhelsetjeneste, også kreve at det skal foregå en viss undervisning av helsepersonell, (medisinske studenter, sykepleierelever o.l.) hvor dette faller seg natulig - f.eks. på helse- og sosialsentra, helsestasjoner og andre.

Distiktslege Siem har tidligere påpekt at det sannsynlig ikke blir legemangel i Norge, men at det er og kan forbli en fordelingsskjevhet. Det er opp til politikerne i Norge gjennom positive tiltak å ta skritt som kan gi en rettferdig fordeling.

Redaksjonens kommentar:

Redaksjonskomiten støtter overnevnte forskningsprosjekt. Det er meget viktig at vi får klare begreper om hvordan vår primærhelsetjeneste fungerer i dag. Dette for å finne frem til hvilken billig og stor ressurs vi har i primærhelsetjenesten, for å overbevise våre politikere om at nå er det primærhelsetjenesten som bør bygges ut. Det er jo den som skal danne grunnpilarene i vår fremtidige helsetjeneste, ikke sykehus og poliklinikker. Det er oppnevnt en styringsgruppe bestående av 3 almenpraktiserende leger. Denne skal ha som oppgave å følge forskningsprosjektet og påse at resultater, publikasjon og offentliggjørelse blir seriøst behandlet. Det er meget viktig at denne gruppen gjør et grundig og samvittighetsfullt arbeide da vi alle har fast i minne "Aftenposten saken". Denne formen for offentliggjørelse av resultatene fra dr. Øgards undersøkelse om almenpraktikerens arbeidsforhold var jo meget beklagelig. Det alle (også Magne Raundalen) husker etter dette er at almenpraktikeren "bare bruker 16 min. pr. pasient".

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.

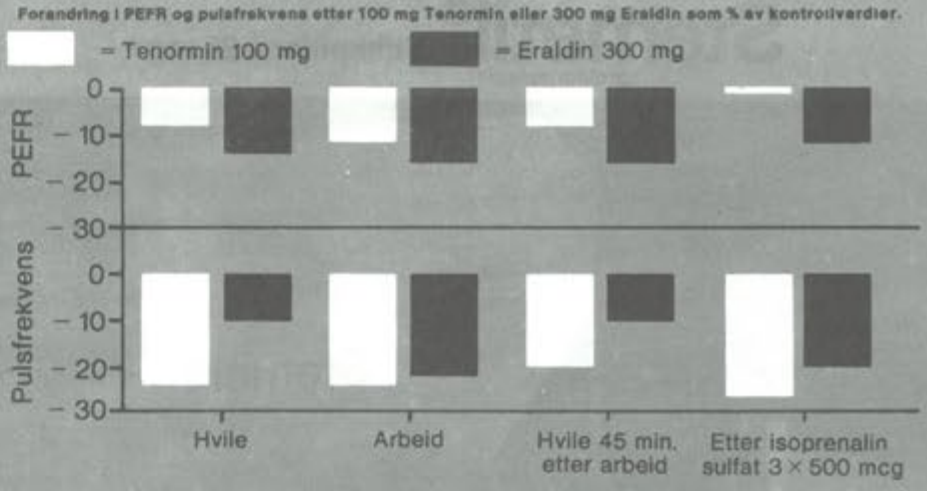
DUMEX

Tenormin

ATENOLOL

Høy grad av kardioselektivitet — ingen blokering av adrenerge bronkodilatorer

Vilsvik og Schaanning[1] har i et dobbeltblindt "cross-over" forsøk sammenlignet virkningen av Tenormin og Eraldin (praktolol) på lungefunksjonen hos pasienter med kronisk astma. Virkningen på puls og lungefunksjon (Peak Expiratory Flow Rate, PEFR) fremgår av figuren.



Egenskaper: Tenormin (atenolol) er en beta$_1$-adrenerg reseptorblokker med relativt høy kardioselektivitet og som i terapeutiske doser har liten innvirkning på lungefunksjonen og den perifere sirkulasjon. Tenormin har ikke egenstimulerende eller membranstabiliserende virkning.
Maksimal serumkonsentrasjon oppnås 2—4 timer etter peroral administrasjon. Plasmahalveringstiden er 6—10 timer. Kliniske forsøk har imidlertid vist at man oppnår like god blodtrykksreduksjon ved 1 dose daglig som ved 2 doser daglig.

Indikasjoner: Hypertoni.

Kontraindikasjoner: Ukompensert 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' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokkernes negativt inotrope effekt motvirke digitalis' positivt inotrope effekt. Betablokkerne og digitalis virker additivt 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.

Overdosering: Ved overdosering av atenolol vil en få bradykardi og blodtrykksfall. Da en betablokade er kompetitiv, vil man kunne oppheve evt. uønskede bivirkninger ved hjelp av betaagonister som f.eks. isoprenalin eller orciprenalin. Ved bradykardi kan man også forsøke 0,5—1 mg atropin s.c. (eller i.v. hvis det haster).

PAKNINGER:
Trykkpakning 30 tabletter à 100 mg
100 tabletter à 100 mg
Boks 250 tabletter à 100 mg

Litteratur:
1. Vilsvik, J. S. og Schaanning, J.: Brit. Med. J., 21. aug. 1976, s. 453—455.

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

Refusjonsberettiget (pkt. 12)

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, leverlideleer, 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 linsefordunkling 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