

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 3

APRIL 1978

ÅRGANG 7

BORT MED

## SÆROMSORGENE



### Av innholdet:

- S. 2. Aage Bjertnes: Vår videreutdannelse.  
S. 3. Debatt: Torbjørn Mork, Anders Lunde:  
Ansvarsforhold innenfor primærhelsetjenesten.  
S. 4. Per Wium: Kurs i medisinsk sosiologi.

- S. 5. Jon Block: Fosterlydsdetektor i almenpraksis.  
S. 6. Steinar Westin, Harald Siem:  
Styrking av primærhelsetjenesten.  
S. 9. Medisinsk Supermarked (Annonser)  
Martin Holte: Almen medisin (Bokanmeldelse).

- S. 10. Kolbjørn Øygard: Legemangel i Finnmark.  
S. 11. Per Stensland: Takst 27B.  
S. 12. Martin Holte: Gynecologia minor på Helsestasjon.  
Erik Enger: Vedr. annonse for blodtrykksapparat.  
S. 13. Kjell J. Samuelsen: Hypertoniproblematikk.

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-TRYKKA/S  
7300 Orkanger

Overgangsordningen utløp 1.1.78, og det betyr at de leger som nå ønsker almenpraktiker DNLF tittelen må dokumentere minst 1 års sykehus tjeneste i tillegg til almenpraksis og kurstimer. I tiden almenpraktiker DNLF tittelen har bestått har anslagsvis mellom 4 og 5 hundre leger kvalifisert seg til denne, og tiden begynner nå å melde seg for en god del av disse til å dokumentere ytterligere 3 mnd. sykehustjeneste før å få godkjenning for 5 nye år.

Almenpraktikerene begynner å trenge inn i norske sykehus, vi ser at flere fylker har fått opprettet spesielle stipendiat evt. faste stillinger for å avhjelpe de almenpraktikerne som trenger etterutdannelsen. I dag vet vi ikke med sikkerhet hvor mange almenpraktiserende som nå holder på med videreutdannelse for almenpraktiker DNLF tittelen, det kan dreie seg om 5-600 leger, kanskje flere.

Til nå har det store flertall av de som har fått godkjent almenpraktiker DNLF tittelen kommet inn under overgangs ordningene. Det vil med andre ord si at kun en liten prosent har fylt kravene om 1 års sykehustjeneste. Med andre ord har man til nå ikke blitt skikkelig konfrontert med det problem som nå er iferd med å dimensjonere seg. Norske almenpraktikere risikerer i fremtiden at det ikke vil finnes tilstrekkelig antall sykehusstillinger for deres videreutdanning.

Med de ambisøse planer man har i dette land om å opptrappe primærhelsetjenesten med 1.500 leger betyr det at problemet vil tårne seg opp i årene som kommer.

To viktige spørsmål må derfor løses snarest:

1. Almenpraktikerens ansinnsitet ved ansøkning til stillinger i sykehus og i primærhelsetjenesten for øvrig (distriktsleger og privatpraktiserende almenpraktikere).
2. Et samarbeid med sykehusene og YLF om å få en rettferdig fordeling av avspaserings-stillinger og tilfelige vikariater (grå stillinger).

Disse sakene haster det nå med å få løst, unødig sommel vil forverre situasjonen ganske raskt.

Ett års videreutdannelse byr for en praktiserende lege på en hel rekke vanskeligheter som tidligere har vært belyst i Utposten. Og man trenger kun å nevne problemet det for de fleste er å skaffe en vikar den tiden man er borte fra sin praksis. Erfaringmessig viser det seg at det kan ta måneder og år å få forberedt dette på en sikker måte. Og får man ikke vikar ja så blir det kostbare måneder på sykehus hvor lønnen langt fra strekker til de utgifter man har mens en praksis står tom.

Vi kan ikke lengere finne oss i at når man skal ha sin videreutdannelse blir man henvis til sommerferier og tilfeldige kortsiktige vikari-

ater som må tas på dagen, det på så kort varsel at man ikke kan reise fra sin egen praksis. Til nå ser det jo ut til at almenpraktikerne har vært velkommen på våre sykehus, dette har i de fleste tilfeller vært under forutsetning at lønen til almenpraktikeren ikke skulle belastes sykehusets vanlige budsjet. Dette er en helt uholdbar tanke. Vi må snarest mulig få dokumentert for både Sentralstyret i Den norske Lægeforening og ikke minst YLF at videreutdannelsen av våre fremtidige almenpraktikere DNLF leger vil og skal koste penger som må tas av de midler som er tilstede i budsjetten. Et intervju i Adresseavisen 9.3.78 uttaler helsedirektør Torbjørn Mork at helsedirektoratet er klar over at flere hundre leger arbeider i uhjemmlede stillinger, kalt de grå stillinger ved norske sykehus som vikarer og ekstrahjelp.

Det er rimelig at en del av disse stillingene tilgodeses almenpraktikere i videreutdannelse når man skal rette opp i dette.

Med våre nåværende ansennitets-regler, vil almenpraktikere uten sykehustjeneste ikke kunne konkurrere med disse "profesjonelle" vikarer.

Tiden er derfor inne til å dele kaken. En vesentlig del av fremtidige avspaserings-stillinger og korttidsvikariater bør forbeholdes almenpraktikere i videreutdannelse.



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



# debatt!



## Herr. radaktør

Som svar på distriktslege Anders Lundes åpne brev til helsedirektøren i "Utposten" for desember 1977, vil helsedirektøren bemerke:

Distriktslegens innlegg i "Utposten" inneholder en del misforståelser med hensyn til ansvarsforhold innenfor den primære helsetjeneste, Statens rolle innenfor dette felt og ikke minst Helsedirektoratets forslag til forskrifter og godt-gjøring av utgifter til drift av helse- og sosialsenter.

1. Det er en misforståelse at forskrifter som er ment å skulle utfylle Folketrygdlovens § 2-2, første ledd og 2-5 nr. 1 nødvendigvis må inneholde bestemmelser som regulerer utforming av en plan for primær helse- og sosialtjeneste i et definert område. Forskrifter av denne art bør kun inneholde regler for hvordan det økonomiske mellomværende mellom den ansvarlige for drift av et helse- og sosialsenter og folketrygden skal ordnes.

2. I forslaget § 1 er det nevnt at betingelsen for at Folketrygden skal yte godt-gjøring for utgifter til drift av helse- og sosialsenter, er at driften er organisert etter plan godkjent av Sosialdep. Når det gjelder det aktuelle problem som distriktslegen først og fremst nevner, nemlig vaktordningen er det klart at Sosialdep. neppe vil godkjenne en plan som ikke omfatter også løsninger på disse problemene. (Jfr. dessuten at retningslinjene vitterlig inneholder en passus om at 3-delt vaktordning bør være et minimum).

3. Plan som nevnt ovenfor utarbeides av de enkelte kommuner, som ledd i de planer kommunene i alle tilfelle forutsettes å skulle utarbeide i henhold til midlertidig lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon av 11. juni 1976. De offentlige leger må påse at særlig viktige deler av planen kommer med, selv-sagt også legevaksordninger. I planen for legevaksordninger er det naturlig at vaktplikt inngår i arbeidsbetingelsene for leger som skal ansettes i helse- og sosialsenter.

4. Hvis man forutsetter at leger som ansettes i et helse- og sosialsenter også skal ha vaktplikt, er dette et særlig viktig moment i lønnsforhandlingene. Lønnsforhandlinger er Helsedirektoratet avskåret fra å blande seg inn i. Som kjent må slike forhandlinger føres mellom Lægeforeningen og arbeidsgiver, i realiteten arbeidsgiverens organisasjon, nemlig Norske Kommuners Sentralforbund (Jfr. tilsvarende

5. I nylig avsluttede forhandlinger mellom staten (Forbruker- og administrasjonsdepartementet) og Lægeforeningen er det oppnådd prinsipiell enighet om fast vaktgodtgjørelse for de 30 distriktsleger i Nord-Norge. Enkelte detaljer er fortsatt uløst. Det er imidlertid mulig at Forskriftenes § 6 kan bli endret i samsvar med forhandlingsresultatet.

Oslo, 13. feb. -78  
Torbjørn Mork

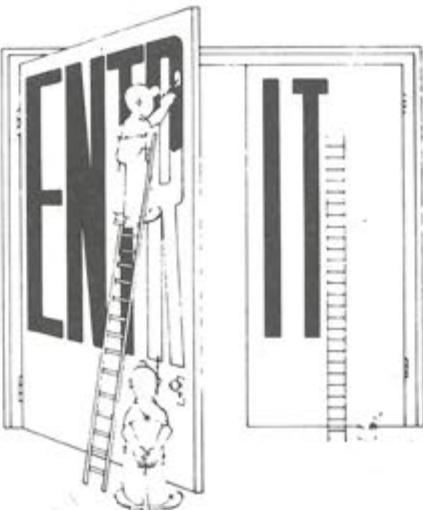
# debatt!



## Herr redaktør

At helsedirektøren ikke svarer på de vesentligste av de direkte spørsmål som ble stillet, men anfører at mitt brev "inneholder en del misforståelser med hensyn til ansvarsforhold innenfor den primære helsetjeneste.....osv." i stedet for å påpeke og korrigere de aktuelle misforståelser, kan oppfattes som demagogi. Jeg velger da allikevel å oppfatte det slik at helsedirektørens innlegg i Utposten kun er et foreløpig svar, og at svar på mine konkrete spørsmål om ansvarsforholdene og vaktplikten vil bli gitt i nytt brev med det første.

Jeg beklager hvis mitt brev var så dårlig formet at helsedirektøren mener det foreligger misforståelser fra min side, det tror jeg nemlig ikke det gjør, jeg har studert dette meget nøyde. I grunnen ønsker jeg helsedirektørens klart uttalte bekreftelse på at det i dag ikke er noen instans som er tillagt ansvaret for den primære legetjenesten. Det er nemlig ikke mange ansvarlige politikere som er klar over dette, og nevnte tabellarisering i statsbudsjettet for 1978 virker forvirrende.



You're slow today—I've finished my side and...

forhandlinger som føres mellom Lægeforeningen og Sentralforbundet når det gjelder sykehushuslegenes kåre.

Plan etter forsøksloven endrer ikke dette, idet det ikke er tillagt noen instans å være ansvarlig for at planene blir oppfylt. Kommunene har med andre ord fått planleggningsansvar og ikke driftansvar. Tilbake står helserådets plikt til å ha sin oppmerksomhet rettet mot alt som kan være av betydning for befolkningens helsetilstand. Dette er ikke mye for å få kommuner med anstrengt økonomi til å påta seg økonomisk ansvar for legevaktfunksjonen.

Det er selvsagt gledelig at helsedirektoratet ikke vil godkjenne plan for helse- og sosialsenter der ikke legevakt-funksjonen også er medtatt, men fra dette til å slutte at inkorporering av vaktplikten kun er et lønnspørsmål er et langt skritt og neppe i samsvar med realitetene. I næværende §6 i forskriftenes sies det klart at legebesøk utenfor senterets åpningstid IKKE vedrører senterets drift, men honoreres etter normaltariffen, trolig direkte til legen. (Selv om senterets utstyr må brukes og personale tilkalles v. skader o.l. ?)

Dette gjør inkorporeringen av legevakt i planene lite verdifull, idet utgifter til legevaktdekning ikke KAN taes med i grunnlaget for folketrygdens refusjon til senteret. Eller er det meningen at en fast godtgjørelse for å delta i legevakten kan medtas i senterets drift og at legen i tillegg skal honoreres etter normaltariffen? Hvor dan vil man i så fall harmonisere dette med distrikter som ikke får bygget helse- og sosialsentra, men som jo likevel må ha en legevaktordning. § 6 må endres - eller det det må komme inn en alternativ refusjonsmåte - om ordineringen skal bli brukbar i grisgrindte strøk. Dette er åpenbart ordnet på en annen måte for de nye fastlønnsstillingene, og det nok mange med meg som venter i spenning for å høre mer om ansettelsesbetingelsene for disse stillingene.

Jeg ønsker minst av alt å være bakstreversk og hindre at nye oppgjørsordninger

blir tatt i bruk, og de midlertidige forskriftene om godtgjøring av utgifter til drift av helse- og sosialsenter er sikkert velegnet mange steder. Men så lenge det økonomiske ansvar for legevakten ikke kan trekkes inn, er de ubrukbare i grisgrindte strøk som må basere all legetjeneste på senterets legehjelp. Det er dette som bekymrer meg og som jeg håper kan endres. Vakttjenesten må kunne taes med i beregningsgrunnlaget for trygdens refusjon!

Jeg imøte-ser fortsatt helsedirektørens greie svar på mine direkte spørsmål, her gjentatt og litt forenklet:

1. Har Staten det administrative ansvar for at det på alle steder finnes en legetjeneste som fungerer 24 timer i døgnet året rundt?



"My turn now—your twelve hours are up."

2. Mener helsedirektøren at Staten har gjort sitt m.h.t. dette ved å ansette en distriktslege etter nå gjeldende instruks? I så fall, hvem har (i tillegg til distriktslegen, hvis ansvar på dette området trenger nærmere presisering) ansvaret for at distriktet tilføres ytterligere legetjeneste slik at vaktberedskapen kan dekkes? Eller:
3. Mener helsedirektøren at "distriktslegeloven" og distriktslegens ansettelsesbetingelser innebærer plikt til å sørge for å være til disposisjon for befolkningen 24 timer i døgnet 365 dager i året med mindre han har søkt fylkeslegen om å slippe dette for et nærmere bestemt tidsrom?

Jeg viser forøvrig påny til mitt brev av 12. nov. -77.

Avklaring av disse spørsmål er viktig for meg i mitt arbeid for å skaffe den befolkning jeg skal betjene en fullverdig legetjeneste. Jeg mener selv å ha en klar oppfatning av hva lover og instrukser innebærer, men trenger helsedirektørens klare uttalelse om dette. Jeg håper derfor helsedirektøren kan svare uten å pakke realitetene inn i for mange løse ord.

Da det alt er gått over 3 måneder siden spørsmålene ble stillet, håper jeg også at helsedirektøren kan svare raskt.

Med hilsen  
**Anders Lunde**  
DISTRIKTSLEGE I FUSA

## Kurs i medisinsk sosiologi

Inntrykk formidlet av Per Wium

En rekke kjente forelesere hadde satt hverandre i stevne sammen med en rekke "kjente" kursdeltagere. Det er første gang i Norge at det blir holdt kurs i medisinsk sosiologi. For å få vite noe om faget og kurset skal jeg nevne noen av foreleserne og hvilken overskrift de hadde for sine innledninger.

Clarence Blomquist:

Den medisinske profesjon i historisk perspektiv. Foredragsholderen kjent fra utarbeidelsen av Helsinki-deklarasjonen og Hawaii-deklarasjonen om medisinsk etikk med spesielt henblikk på psykiatrien.

Ole Berg:

Den medisinske profesjon. Universitetslektor (Institutt for statsvitenskap, Oslo).

Kari Wærness: (Universitetslektor, Institutt for sosiologi og statsvitenskapelige fag, Bergen). Legens syn på sykdom og pasienter. Legerollen.

Vilhelm Aubert:

(Professor dr. phil. Institutt for sosiologi, Oslo). Medisin og sosiologi. Sykdom som sosialt begrep.

Dag Album:

(Institutt for statsvitenskap, Tromsø). Pasienten i det sosiale nettverk.

Mons Rud:

(Sosiolog, Institutt for alkeholforskning, Oslo). Kronisk sykdom sosialt fenomen.

Jo Telje:

(Distriktslege, Vinstra) Kosultasjon som forhandlings-situasjon.

Eivind Kolberg:

(Inst. for statsvitenskap, Tromsø). Uførhet, demedikalisering av et begrep.

Einar Kringlen:

(Prof. dr. med. Institutt for medisinsk adferdsfag) Sykdom som et sosialt fenomen.

Turid Noak:

(Sosiolog, Statistisk sentralbyrå) Sykehus som sosialt system.

Peter F. Hjort:

(Prof. dr. med. NAVF gruppe for helsetjenesteforskning). Medisinens plass og funksjon i samfunnet.

Og på dette programmet ble vi kjent med sosiologien som fag, med sosiologene som medarbeidere og ikke minst med oss selv som sosiologer.

Det var av og til sjokkerende å erfare hvor lite jeg visste om faget sosiologi, et arbeidsområde som jeg daglig kommer i kontakt med i forholdet til mine pasienter. Har vi leger tenkt nok over hva som er viktige årsaker til sykdom? Er vi klar over hvor mye familien, omgivelsene og våre egne holdninger har å si for at et menneske skal definere seg som syk og ta kontakt med lege? Hva fører f.eks. vårt takstsysteem til når det gjelder sykelighet i Norge? De fleste mener kanskje at betalingsordninger ikke kan ha innvirkning på sykeligheten i et land. Jeg er ikke sikker på det etter kurset i medisinsk sosiologi. Hvilk betydning vil vi som leger få i fremtiden? Hvordan skal vi løse problemene med alle de nye yrkesgruppene som vi leger har

trukket etter oss? Er det slik at pasienter på sykehus hører til det minst viktige inventar i hele huset.

Hvorfor snakker leger så ofte med annet personell om resultater av tekniske prøver og så lite med pasientene om hva de holder på med og hvorfor de gjør alt det rare med pasientene?

Kvaliteten av kurset er jeg vel ikke helt uhilstet når jeg uttaler meg om. Den tidligere medredaktør av Utposten, Harald Siem var initiativtaker og leder. Personlig mener jeg dette er den rette form for kurs med mye tid til gruppediskusjoner i små grupper. Gode forelesere er bra, men å få brukt seg selv og få slipt sine kanter litt i en gruppe av kursdeltagere 5-6 stk. i antallet, mener jeg har like stor betydning.

Et merkelig fenomen skal nevnes tilslutt.

Det var ikke en eneste sykehuslege med på ukens kurs. Vi bør prøve å få en bredere representasjon av leger med på neste kurs samtidig som vi bør få med flere grupper av helsearbeidere.

## Fosterlydsdetektor i almenpraksis

Jon Block, Risvollan Legesenter Trondheim

For litt over et års tid siden, gikk vi ved vårt legesenter til innkjøp av en fosterlydsdetektor til bruk ved svangerskapkontroller.

The Pocket Sonicaid er av engelsk fabrikat og i lommeformat. Den er batteridrevet og meget enkel å bruke. Batteriene holder for ca. 25 timers kontinuerlig bruk. Fosterlydsdetektoren består av en liten plastikkboks som inneholder batterier og høytaler, med forbindelse til en membran med innebygget mikrofon. Til høytaleren kan man dessuten koble et stetoskop for å høre fosterlyder som er meget svake. Man kan høre fosterlyder ned til 12 uke. Prisen er ca. 1750 kr. eksklusiv moms.

Vi har brukt denne på gravide en til to ganger i løpet av svangerskapet, og første gang mellom 3. og 4. måned. Vi har ikke alltid hørt fosterlyden så tidlig p.g.a. fosterets leie etc., men har da gjen-tatt forsøket mellom 4. og 5. måned med bedre resultat.

De gravide har vært meget overrasket over å få høre fosterlyden på et så tidlig stadium. De har gitt uttrykk for trygghetsfølelse, og det har for mange også vært en psykologisk stimulans for resten av svangerskapstiden. Gravide med tidligere truende eller spontanaborter, samt gravide med tidligere dødfødsler, har vært spesielt glade for å få høre fosterlyden. Her har den nok vært til stor psykoterapeutisk hjelp.



Som diagnosticum har den vært brukt ved mistanke om "missed abortion", der moren ikke har kjent foster-bevegelser og ved svake fosterlyder. Den har også gitt oss hørbart signal om uregelmessig fosterlyd i tidlig svangerskap. Forts. side 14

# Styrking av primærhelsetjenesten, er den alvorlig ment?

Av Konst. distriktslege i Askøy, Steinar Westin

Distriktslege Jarle Høyens artikkel i Utposten nr. 1 1978 var til å få forstand av. Det snakkes om styrking av primærhelsetjenesten i kraftige og optimistiske vendinger, både fra det ene og annet hold med helsedirektøren og sosialministeren i spissen. Enigheten om dette målet ser ut til å være udiskutabelt.

For alle som etter de politiske festtalene måtte tro at utviklingen nå er på rett vei, er Høyens klargjøring egnet til å bringe oss ned på jorda igjen. Han stiller de vakre ord og løfter opp mot den usle realitet som bl.a. årets statsbudsjett innebærer. Av den årlige netto tilvekst på 300 leger, har man med statsbudsjettet som virkemiddel tenkt å styre hele 25 leger inn i primærmedisinen gjennom nyopprettede distriktslegestillinger. Med Høyens utregninger skal vi altså med dette tempoet få skikk på primærhelsetjenesten i år 2042!

Så vil noen si at det nå er iferd med å bli større entusiasme for primærmedisinen blant de unge leger. I dette ligger kanskje en forestilling om stadig flere av de nyutdannede leger nå vil opprette almenpraksis uten over det ganske land.



EN HELEDIREKTØR MÅ DA VÆRE  
SÅPÅSS TIL DOKTER AT HAN KUNNE  
FORLENGE LEVEALDEREN VÅR,  
SÅ SLIPPER HAN Å UTDANNE SÅ MANGE NYE.

Er det noe som tyder på at dette er riktig? Nei, de vakre ord til tross: Tendensen de fleste steder, og ikke minst i byene, er at avgangen fra almenpraksis stadig er større enn tilgangen. Ingen må la seg lede til å tro at vi kan bygge opp primærmedisinen på entusiasme alene. Uten en konkret og målrettet politikk som legger forholdene for primærmedisinen bedre til rette, vil utviklingen fortsette og gå den gale veien. Siems innstilling om offentlig tilrettelagt almenpraksis er et godt, men beskjedent utgangspunkt.

Inntil vi ser konkrete tiltak satt i verk for å snu utviklingen, må vi ha lov til å spørre om Regjeringen og Departementets folk mener det de sier om primærhelsetjenesten alvorlig. Eller er det "konjukturene" som skal få skylden denne gangen også?

P.S. Høyens artikkel kunne gjerne vært brakt ut til en større leserkrets. Han bør tenke på å bringe den videre til Tidsskriftet for den norske lægeforeningen eller muligens til "en av Oslos middagsaviser". Dette ifall det ennå skulle finnes velorienterte folk som ikke leser Utposten.

## «Det haster nå med styrking av primærhelsetjenesten

HARALD SIEM, ALEMEN MEDISINSK INSTITUTT. OSLO

Jeg har med interesse lest Jarle Høyens innlegg i Utposten, og synes han gir et godt bilde av situasjonen pr. i dag.

Han diskuterer enkelte av punktene i utredningen om offentlig tilrettelagt almenpraksis, og jeg ønsker å kommentere dem.

Jeg vil også gjerne kort komme med min personlige vurdering av hva som nå bør gjøres, og hvor mye det haster....

Et punkt som har fått mye kritikk i utredningen om offentlig tilrettelagt almenpraksis er den såkalte realistiske reduksjonen av forventningene fra 7,25 legeårsværk pr. fem tusen innbyggere til 4 legeårsværk pr. fem tusen innbyggere. Ikke bedre blir det når jeg senere foreslår en fordeling som begunstiger de små distrikrene, men i landsgjennomsnitt gir under 4 legeårsværk pr. fem tusen innbyggere.

Det vesentlige argument for reduksjonen er at et ambisjonsnivå på 7,25 legeårsværk på fem tusen ville kunne føre til meget skjev utbygging. Det ville skape arbeidsplass for mange leger i attraktive områder, og det ville ta desto lengere tid før vi fikk en bemanning i utkantdistrikene.

Normering av det legearbeid som skal til i bedriftshelsestjenesten på helsestasjoner og som skolelege er til dels fastlagt uten rasjonelt bruk

av hjelpepersonell, og ved sektortenkning. Det er klart at det legearbeid som skal til innen disse sektorer er overvurdert, hvis hvis vi får en personlig og kontinuerlig helsetjeneste. Overvurdert med tanke på den tid som skal til.

I tillegg kommer at almenpraktikere i Norge og England etterhvert ønsker å gi fra seg en rekke av de oppgaver de tidligere har hatt til befolkningen selv. Akkurat som en del almenmedisinske oppgaver har vært løst på et høyt (spesialisert) nivå, gjelder dette også en rekke alminnelige helseproblemer som befolkningen burde kunne ta hånd om selv.

Jeg har ikke kunnet finne noen god begrunnelse for Sosialdepartementets ambisjonsnivå med 5 konsultasjoner pr. år, hvorav 3,75 hos almenpraktikeren. Det synes åpenbart for meg som at dette ikke kan være en størrelse uavhengig av utbyggingen av helsevesnet forøvrig, og jeg finner det derfor rimelig med en redusjon av forventningene, som tross alt er tilnærmet en fordobling av tilbuddet i forhold til det det er i dag.

Høye har selvfølgelig rett i at oppgavene vil bli større og flere enn de er i dag, med en skikkelig utbygging av primærhelsetjenesten. Men dette behøver nødvendigvis ikke å gi seg utslag i et større behov for leger, og jeg synes en fordobling av bemanningen er en i seg selv meget stor utbygging. Selv innenfor en tidshorisont på 10 år.

Når det gjelder diskusjonen om å rasjonere legetjenester ved hjelp av mellomlegg, så er jo denne meget gammel, men den har ligget nede i Norge i mange år nå.

Jeg mener at tid og tilgjengelighet er viktige rasjoneringsfaktorer, idet jeg tar utgangspunkt i at etterspørselen alltid vil overstige tilbuddet. Penger er bare et ubetydelig hinder, men vel fortsatt virksomt i vårt samfunn. Jeg tror ikke mellomlegget fører til noen sosial diskriminering når det gjelder bruk av legetjenester. Det er ganske andre årsaker til denne diskriminering.

Hvis det skulle være slik at befolkningsgrupper ikke kunne nå frem til lege på grunn av dårlig betalingsevne, synes jeg dette er et vesentlig og alvorlig spørsmål som bør løses ved inntektsoverføring på annen måte enn ved å fjerne mellomlegget. Fjerner man mellomlegget, vil 90% eller mer av den norske befolkning, for hvem mellomlegget er av ubetydelig størrelse, nyte godt av en slik ordning, som eventuelt skulle være rettet mot den resterende del som ikke kunne betale og derfor lot være og gå til doktor.

Også til utdannelsesbehovet. Jeg har bevisst ikke analysert dette, da utdannelsesbehovet for almenpraktiserende leger krever en egen diskusjon. Diskusjonen vil bli svært aktuell hvis vi skal beskjefte 100 - 200 nye almenpraktiserende leger hvert år. Hvordan skal de kunne tilpasses tjenesten, hvordan skal

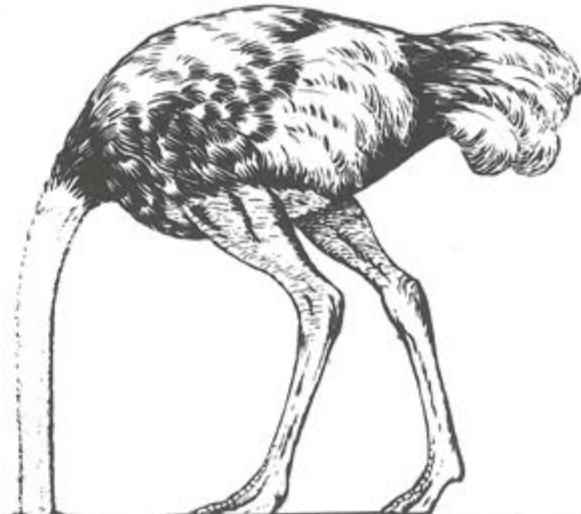
de kunne utdannes som almenpraktiserende leger?

Skal almenpraktiserende leger gå gjennom en blokkutdannelse, et standarisert utdannelsesopplegg som tilsvarer 10% av arbeidstiden, skal de stilles fritt til å velge de kurs de vil interessere seg for? Har vi kapasitet til den nødvendige sykehustutdannelse av almenpraktiserende leger som det nærværende regelverk legger opp til? Skal vi tilpasse oss det felles nordiske arbeidsmarked og øke utdannelsestiden for almenpraktiserende leger frem til en fullverdig spesialitet?

Kravene til etterutdannelse for almenpraktiserende leger DNLF er i dag to ukers sykehustjeneste og to ukers kursvirksomhet gjennomsnittlig hvert år for å kunne opprettholde sin kompetanse. Dette er muligens noe for lite. Hvis almenpraktikerne vil gå vesentlig ned i utdannelse må de gi fra seg flere oppgaver til søromsorger og spesialister. Jeg har gjort meg til talmann for det motsatte, og ønsker en helsestjeneste hvor almenpraktikeren er godt utdannet på mange felt, og er redd for å læse fast en ramme for utdannelsen i dag.

#### Beslutningskrise

Kortene var egentlig utdelt i og med Stortingsmelding nr. 85 i 1971/72 om helsestjeneste utenfor sykehuse. Senere er helsetjenesten omdøpt til å hete distrikts-helsetjenesten, og vi har fått fastslått at distrikts-helsetjenesten skal være grunnelementet i helsetjenesten forøvrig. Vi har



vært gjennom en periode med krampetrekninger og kollosjoner med sosialetaten som egentlig bare har medført forsinkelser og ingen konstruktive forbedringer hverken for helsetjenesten eller sosialtjenesten. Vi har opplevet at Lægeforeningen har skiftet standpunkt fra en markert motstand mot offentlig planlegging av distrikthelsestjenesten til et stille aksept av at dette er nødvendig.

Enkelte legegrupper er aktivt opptatt med å formulere en struktur for distrikthelsestjenesten, og Norske Kommuners Sentralforbund presser på og utreder aktiv distrikthelsestjeneste ut fra sine forutsetninger, og mål. Vi vil få en god tilgang på personell til denne tjenesten, det er ingen som i alvor ser på pengeknapphet som et vesentlig problem. Ikke så lenge problemene i dag løses på vesentlig dyrere måte innenfor institusjoner, og adgangen til å praktisere normaltariffen er ubegrenset for dem som er autoriserte leger.



"I now declare this hole open."

Hvorfor skjer det så ingenting? Spørsmålet blir stilt om igjen og om igjen av alle som diskuterer primærlegetjenesten. 17-mai taler til øre for primærlegen har vi hørt mange av, men hittil har vi bare fått insignifikante beslutninger i forhold til det vi trenger for en harmonisk utbygging av primærlegene, av distrikthelsestjenesten.

Det er klart at det er sosialministeren som må ta denne beslutningen. Det er henne vi nå venter på.

Opprettelse av 25 fastlønnede stillinger, og visse andre forsøksordninger, er betydningsfulle i seg selv. Men etter noen måneder begeistring, vil andre primærleger føle ubehag ved å se hvor lite fordelaktige arbeidsforhold og økonomiske betingelser de arbeider under i forhold til disse første stillinger.



"If we don't get a move on, we won't be ready to plant out in the Spring, will we?"

Opprettelse av almenpraktikerstillinger i Oslo og Trondheim er gledelig i seg selv, fordi de er så sart trengt, men vil føre til en vesentlig forskjynning av legebemanningen geografisk sett.

Vi må regne med å se en svært dårlig bemanning av utkantdistriktsene hvis stillinger i mer attraktive områder opprettes for raskt.

Vi har en rimelig tilgang på leger i landet, med en netto tilvekst på ca. 315 leger pr. år. Mange tror dette automatisk vil løse problemer for distrikthelsestjenesten, idet man vil få mange primærleger fordi det ikke kan skaffes jobb annensteds, og disse primærleger vil reise ut i distriktsene fordi markedet er mettet i byene.

All erfaring tyder på at det ikke vil skje, kravet om grundigere undersøkelser, mer omsorgsfull behandling og ønske om mer viten vil helt sikkert utkonkurrere lite attraktive områder og lite attraktiv tjeneste, når sagt uvhengig av hvor mange leger vi har tilgang på.



"He's lost the will to fiddle."

Vi har en tradisjon med svært god spredning av legene som har gjort medisinske kunnskaper og ferdigheter tilgjengelig til befolkningen der de trengte dem, gjennom mange år. Kanskje først og fremst takket være distriktslegetjenesten.

Distriktslegetjenesten er i omforming. Alminnelig legehjelp blir i økende grad sett på som en offentlig forpliktelser. Det er mulig å organisere denne på en måte som gjør den fortsatt funksjonsdyktig, men jeg er redd for at de løsninger som nå velges, når sagt med ryggen mot veggen ikke klarer å berge distrikthelsestjenesten.

## BETAL BLAD-PENGENE NÅ

Kun 30% av våre abonnenter har betalt bladpengene for 1978.

Flere skylder også for 1977.

Dersom ikke dette bedrer seg, er bladets økonomi truet!

**BETAL NÅ!**



# Legemangel i Finnmark?

Av Kolbjørn Øygard

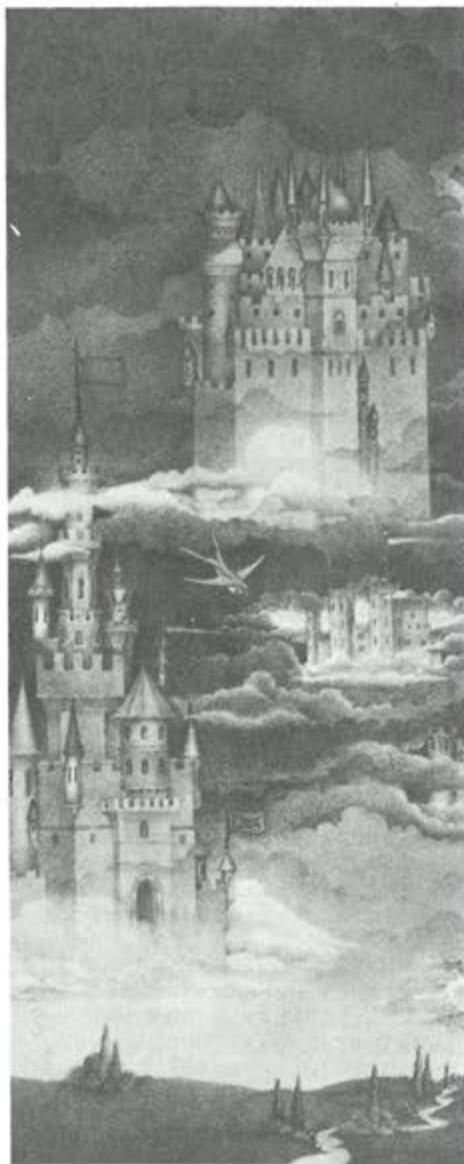
Det er gamalt nytt at det vert ropa om legehjelp til Finnmark for å berge oss frå krise og samanbrot i større og mindre deler av helsetenesta. Ein gong manglar vi underordna legar ved sjukehusa, ein annan gong er det skort på overlegar, spesialister, men oftast har det dei siste 10-15 åra vore skort på legar til primærhelsetenesta. Det er berre forholda der eg vil koma inn på denne gongen.

Finnmark har i dag mange fleire legar i primærhelsetenesta enn tidligare. Ved årskifte 68/69 var det berre 23 legar, av desse 4 turnudkandidater i arbeid i distrikthelsetenesta i Finnmark. Ved siste års-skifte var det heile 41 legar i arbeid, av desse var 18 turnuskandidatar. Totalt sett har vi altså fått ein stor auke i legetallet.

Det er eit forhold ein må ha heilt klart for seg når forholda i Finnmark skal vurderast: Finnmark er så stort. Avstandane her er av ein annan storleiksorden enn ellers i landet. Difor går det stort sett ikkje å få til vaktamarbeid over distriktsgrenser dersom vaktordningane skal ha eit reelt innhald. Dei store avstandane gjer også at sjøl om folkemengda i eit ledig lededistrikt er lite krev det svært mykje tid til å ta hand om legetenesta der dersom ein skal gjera dette frå eit annan distrikt.

## Kva så?

På statsbudsjettet fot 1978 har vi fått 5 nye ordinære stillingar. Av desse er hittil 3 avertert ledig, søknadsfristen er gått ut for 2, og vi har fått søkjær til ein av desse. Det vi set vår von til er forsøka med fastlønnsordning. Finnmark fylke skal få 7 av dei 25 ekstraordinære stillingane i denne forsøksrekka.



Fastlønnsordningens påvirkning av primærlegedekningen i våre nordlige fylker?

Talet 41 legar i arbeid fortel at i fleire distrikt i Finnmark er det rimelege legedekning - og ganske gode arbeidstilhøve.

Det som skjedde nå i januar var at 5 distrikt mist tur-nuskandidaten. Det var tanken at desse turnudkandidatpllassane skulle bli erstatta med siviltenestepliktige legar. Dette let seg imidlertid ikkje gjera for første halvår 1978. I tillegg til dette miste vi 2 distriktslegar - men vi fekk også 2 nye.

Dei turnuskandidatane vi miste sat særplasserte eller i distrikt der det ellers var lite om legehjelp. Når den einaste lege i eit distrikt blir borte, og det samstundes er langt til næboen, då vert det krise.

Ved hjelp av korttidsvikrar blir legedekninga i dette halvåret nå omlag den sama som i førre, men det er slik at i fleire distrikt har vi ei så ustabil bemanning at det kan bli samanbrot når som helst.

Vi har allereie avertert ledig ein slik stilling i Loppa saman med 2 ordinære stillingar som får sama vilkår. Søknadsfristen gikk ut utan at nokon meldte seg. Dette er eit vonbrot - vi får skulda på at vil-kåra distriktslegane får etter fastlønnsordning ikkje var kjende då stillingane vart lyst ut først i januar.

Loppa er eit sjø-distrikt, men det er vanskeleg å forstå at tilhøva kan leggjast særleg betre til rette enn det nå er gjort i Loppa. Der er eit nytt lite helse-senter med sjukestove, ny hurtiggåande legeskyszbåt på 54 fot kjem til distriktet med det aller første. Bustadtilhøva er gode. Vi spør oss kva meir kan vi gjere?

Eigentlig viser dette nok ein gong at årsakene til legemangel i Finnmark er mange. For primærhelsetenesta er vi inne i ei djuptgripande strukturkrise.

# TAKST 27 B

Per Stensland, distr.lege



Takst 27 B har tidligere vært brukt ved langvarige konsultasjoner ved psykiske lidelser og sosialmedisinske problemer. Ved takstjusteringen av 1.12.77 ble taksten innskjerpet til å gjelde akutte psykiatriske og sosialmedisinske problemer. Dagens honorarsystem for praktiserende leger er mørkelig nok som det er. Ved denne forandring blir det ikke bedre. Tvert imot.

Som kjent er somatiske plager ofte ansett som inngangsbilletten hos leger. Pasienten aner også selv at skoen trykker på sosialmedisinsk/psykisk plan, men satser i første runde på et trygt og ufarligere temasomatikken. Det er kun en rolig atmosfære som kan få frem helhetsaspektret i en slik situasjon. Raske somatiske orienterte konsultasjoner kan bestemt ikke få dette fram. Fra massemedia er det kjent at folk flest synes de blir avspist med for korte konsultasjoner. Noe av årsaken til dette tror jeg ligger i frustrasjon over at legen ikke tar seg tid til å forfølge de signaler pasienten gir om at problemene også ligger på andre plan enn det rent kroppslige. Dagens rop etter den gamle huslegen kan også delvis tolkes slik.

En økende gruppe pasienter søker også legen av rent psykisk/sosialmedisinsk årsak. Flere nyere viden-skaplige arbeider har med tall slått fast det mange fra før ante, at denne patient-gruppen representerer en hovedgruppe blandt almen-praktikerens klientell. I Nordland er tilbuddet av fagpsykiatrisk hjelp utilfredstillende. Fra psykiatrisk hold blir det stadig fremhevet at nærlegen (evt. annet personell i helse/sos-

ialetaten på lokalplanet). burde ha et meget godt utgangspunkt for å ta opp en rekke vanligere psykiske og sosiale problemer for å hindre at disse låser seg fast i en invalidiserende form. Dette er det opplagt noe i. Det krever imidlertid noen grad av utdannelse, interesse og sist men ikke minst tid.

Tid har vi ikke for mye av i primærhelsetjenesten. Ut fra behov og interesse er det imidlertid mulig å prioritere disse problemene. Vi lever likevel av bruken av takstheftet. Etter siste justering vil en kun kunne benytte konsultasjonstakst ved lengre pasientsamtaler. Utgiftene ved drift av legekontor er såpass høye at vanlig konsultasjonstakst på ingen måte vil dekke en gang legens løpende utgifter ved en konsultasjon på en 1/2 time. Takstene honorerer enhver blodprøve eller andre prøver, selv om disse egentlig kostar lite arbeid fra legens side. Samtaler skal derimot ikke honoreres tilstrekkelig til å dekke kontorutgifter. Dette finner jeg temmelig mørkelig. Det viser bare hvor uegnet dagens takstsysten egentlig er. At takstsystemet påvirker legens arbeidsstil er vel ganske sikkert. Desto verre er dat at takstsystemet blir justert slik en nå ser det.

Dersom jeg har sett noen mulighet til i overskuelig framtid å komme på fast lønn for fast arbeidstid hadde jeg neppe skrevet denne henvendelsen. En slik ordning ville i de minste ha løst dette problemet. Utsikter til en slik ordning har jeg altså ikke. I ventetiden håper jeg reglene for bruk av takst 27 B justeres tilbake til den tidligere ordningen.

## Biologiske preparater — ødelagte sendinger

Hver dag sendes et betydelig antall blodprøver og andre biologiske preparater gjennom Postverket. En del av disse prøvene blir beskadiget. Statens institutt for folkehelse ansår hyppigheten av beskadigede forsendelser til 0,50/00, hvilket i praksis vil si at instituttet mottar en beskadiget prøve annenhver dag.

For å unngå at slike hendelser skal forsinke det diagnostiske arbeid, medføre at nye prøver må taes, at annen post blir tilsvært og at postfunksjonærer og andre kan bli utsatt for smittefare, besendere av biologiske prøver benytte godkjent emballasje (kfr. Norsk Standard 1122). Man må være nøyne med å påse at emballasjen blir riktig brukt, med tett og solid lukking av prøverør og -glass.

Helsedirektoratet  
Torbjørn Mork

JEG FANT, JEG FANT!



# Jordmor – gynecologia minor på helsestasjonen?

Martin Holte



Et forsøk på symptomatisk løsning av krisen i primærhelsetjenesten eller en bevisst politikk fra vår nye medisinalråd, tidligere fylkeslege i Sør-Trøndelag Egil Willumsen om bevisst å underlegge helsestasjonen ytterligere fagområder som naturlig hører til i helheten til den almenpraktiserende leges hverdag?

Et annet spørsmål er om dette er ansvarlig politikk å gå inn for at jordmor skal utføre vanlig gynekologiske undersøkelse med bedømmelse av uterus leie og størrelse i tidlig svangerskap.

Videre er det meningen at hun skal ta cytologi, vurdere valg av P-Pille-type, mammaundersøkelse for utelukkelse av tumor...

Jordmor skal også sette inn spiral etter vanlig gu. og vurdering av evt. forekomende infeksjoner, likeledes tilpassing av pessar. Hun skal også gi generell prevensjonsveiledning og generell orientering om abort-saker som prosedyre, inngrepets art og komplikasjoner.

Foranledningen til denne sterkt utvidete velsignelse av jordmorens arbeide ved helsestasjonen var legemangel ved Kontor for Seksuell opplysning i Trondheim. Man ville løse de vakante legestillinger ved å innsette jordmor i disse.

Forannevnte opplegg ble presentert for fylkeslegen i Sør-Trøndelag og Stadslegen i Trondheim som begge gikk inn for dette og kunne tenke seg en lignende modell ved våre helsestasjoner i fremtiden.

Forutsetningen for en slik "arbeidsfordeling" mellom jordmor og lege skal være at en ansvarlig lege overvåker jordmors arbeide slik at det hele skjer lege artis. Hvilken almenpraktiserende lege vil arbeide i et slikt system?

Saken har vært forelagt Norsk gynekologisk forening som mener at jordmorens plass i prevensjonsveileningen må ligge på det generelle informative plan og ikke leggearbeide.

I samme brev er det uttalelse fra jordmor-hold som påpeker at jordmødre ikke ønsker å ta cytologisk prøve og heller ikke legge inn spiraler, selv om de ønsker å komme mere inn i den primære helsetjeneste.

Et nytt eksempel på styrking av søromsorgene i vår primærhelsetjeneste og det blir vel heller ikke det siste. Vi som almenpraktiserende leger blir langt somt (men(u)bevisst) frarøvet mulighetene til å leve opp til primärlegens ønske nemlig heltsleger for å bevare nærhet, trygghet og kontinuitet i pasient-legeforhold.

Hvor lang tid tar det før vi sitter igjen med reseptblokken og kun tørker snørr og tårer - av pasientene.

## Vedrørende annonse for blodtrykksapparat

Erik Enger

Se annonse side 9

Takk for oversendt kopi av annonse for blodtrykksapparat av aneroid type. Av flere grunner er det lett for meg å ta avstand fra annonsen. Først og fremst fordi den henvender seg direkte til befolkningen og ikke til leger, og dernest fordi at apparat av denne type over lengere tid neppe gir pålitelige resultater som vanlig kvikkssølvmanometer. Det er selvsagt helt galt å fremstille det slik at utgiftene uten videre blir refundert av RTV.

Jeg kommer gjerne med noen generelle betrakninger omkring pasientens selvmåling av blodtrykket beregnet på

bladet Utposten. I sin alminnelighet tror jeg at fremgangsmåten har vært for lite brukt i Norge. Idéen er ikke opprinnelig min. Den ble introdusert fra amerikansk side like etter annen verdenskrig. Den har vært brukt en del ved Universitetet i Göteborg av professor Bertil Hood. Her hjemme er det vel meg som har størst erfaring med den. Stort sett tror jeg ikke det er andre enn oss her ved 7.avdeling som har forsøkt metoden. Anslagsvis har vi nå trent ca. 100 pasienter for dette. Våre siste erfaringer meddeles vi i en artikkel som er under trykking i Acta Medica Scandinavica. Den

omfatter 40 menn trenet i selvmåling av blodtrykk i forbindelse med utprøving av et nytt medikament. Tidligere har vi også redegjort for erfaringer i Tidsskriftet i en artikkel det henvises til i annonsen. Jeg har også vært inne på metoden i en lederartikkel i Tidsskriftet for flere år siden.

Utgangspunktet for selvmåling av blodtrykket er også at blodtrykkssydommen er meget hyppig og at det forutsetter god innsikt fra pasientens side. En såkalt manglende "compliance" er et meget stort problem ved blodtrykkssydommer, og pasientene slutter simpelt-

Forts. side 13.

hen å bruke sine medisiner. I enkelte studier fra norsk og utenlandsk hold har man jo et frafall på fra 25 opp til 50%. Og hva er årsakene til dette? Jo, først og fremst manglende informasjon om nødvendigheten av å fortsette, og om sykdommens natur. Som ledd i denne informasjon er opplæring til selvmåling etter mitt skjønn en veldig metode. Vi har ennå ikke en eneste "drop out" i vårt materiale av disse pasienter. Vi bruker metoden bare hos utvalgte pasienter og fortrinnsvis unge mennesker med alvorlige blodtrykkssykdommer. Vi håper jo at disse pasienter har mange års liv foran seg under forutsetting av tilfredsstillende BT kontroll. Vi tar også visse hensyn til psykisk stabilitet. Hos barn har vi av og til utdannede foreldre i kontrollen, og av og til foretrekker vi ektefellen.

Opplæringsfasen er viktig. Den skjer hos oss alltid i sykehus og fortrinnsvis av trenet sykepleier og med dobbeltstetoskop som tilslater instruksjon. Brachialarterien merkes opp med blekk og vi koncentrerer oss om 5fase. I innstillingfasen på terapi eller ved doseendring måler pasienten trykket 2 ganger om dagen, senere vanligvis 2 ganger per uke. Etter vår erfaring kan vi titrere oss ned til minimums dose av medikamenter og derfor redusere bivirkningene og bedre "compliance" også av denne grunn. Etter avsluttet instruksjon får vedkommende med seg en egen søknad til RTV om hel eller delvis dekning av utgifter til Lithmans stetoskop og et vanlig kvikksvølvmanometer. Det dreier jo seg vanligvis om 5-600 kroner i dag og av dette gir RTV fra 75 til 100%. Innvendinger om at pasienten blir for sterkt opptatt av sitt blodtrykk har vi kunnet tilbakevise blant annet i publikasjonen. Som en kuriositet kan jeg jo nevne at det ikke er så få blodtrykkspasienter som disse pasientene har plukket opp i sine omgivelser, blant familie, venner etc. Jeg ser ikke noe spesielt galt i dette heller.

Forts. side 14

# HYPERTONI-PROBLEMATIKK

Kjell J. Samuelsen

I Utposten nr. 2/78 står det en artikkel ang. dette av dr. Holte. Ulykkeligvis har ikke jeg vært invitert til tur på firma-regning hverken fra Dumex eller andre, men det skyldes vel at jeg ikke lengre finner at min tid strekker til for samtaler med legesøkere.

Det er tydelig at dr. Holte har lært mye godt og riktig på dette symposiet, hvor enkelte deltagere ikke kunne forstå hvorfor han som bare var almenpraktiker kunne delta. Det forteller jo mer om disse andre, enn om dr. Holtes kvalifikasjoner. Og det forteller enda mer om hvor feilaktig endel av sykehus og andre spesialister/forskere ser på almenmedisin. Hvis synspunktet er at almenpraktikeren ikke kan behandle hypertonikere fordi han ikke er kvalifisert til dette - da er vi åpenbart kommet langt ut på jordet. Men dette tror jeg heldigvis ikke er en norsk gjennomsnittsleges (dvs. sykehusleges) vurdering.

Grunnen til at jeg dog fattet såpass interesse for dette innlegget, er det som Holte sier innledningsvis i sin konklusjon. Avslutningsvis i denne heter det: "Når vi vet at hypertoni er den største risikofaktor for å bli utsatt for hjerte/kar sykdommer, og at denne risikofaktoren seg behandle, er dette varsko berettiget".

Jeg skulle ønske jeg kunne si meg enig i denne konklusjon, men det kan jeg ikke og skal begrunne det. Hypertoni er en viktig risikofaktor i hjerte/kar problematikken, men at den er det viktigste, tror jeg ikke er rett. I allefall gjelder ikke dette for hjerteinfarkt sykdommen. Og når det gjelder behandling av hypertonikere er det dessverre lite å hente i minsket morbiditet og mortalitet, for hjerte-

infarkt pasientene. Jeg kunne vært enig i vurderingen dersom han hadde avgrenset denne til de cerebrale karsykdommer.

Senere i artikkelen ser han på screening av befolkningen - og "for å anskueliggjøre hypertoniproblemet kan en si at under 1% av befolkningen kan få en juvenildiabetes, mens derimot ca. 10% utvikler en behandlings-trengende hypertoni". Problemet blir ikke belyst ved en slik sammenlikning. Dersom sammenlikningen var juvenil diabetes kontra juvenil - det vil si f.eks. under 30 år - hypertoni, hadde sammenlikningen hatt relevans.

Det stilles også spørsmål om vi kanskje burde begynne å undersøke blodtrykket på all skoleungdom, f.eks. i 9.klasse. Dette synes jeg er en meget relevant spørsmålstilling og en aktuell oppgave for en interessert skolelege (vanligvis alltid almenpraktikere) å utrede, ved å forsøke. Helst i så stor målestokk, (en kunne jo slå seg sammen?) at en fikk et materiale som kunne indikere hvor mye det var å hente ved en undersøkelse. Og dette er et spørsmål som bare kan belyses på denne måten - av en skolelege/almenpraktiker - og et godt eksempel på at også vi har forskningsoppgaver.

I Sverige hadde en regnet ut at en hypertoniker kostet kr. 7500 pr. 5 år - dette var tydeligvis behandlende hypertonikere, for medikament kostende var oppgitt (til 45%). Det hadde vært interessant å fått belyst dette problemet i en cost/benefit modell. Hvor mye ga disse pengene igjen? Av øket antall arbeidsår, i minsket morbiditet og mortalitet?

Dette var bare noen små innvendinger og tanker jeg har gjort meg, i en forørig interessant og vel-skrevet artikkel.

Svar til Kjell J. Samuelsens:

Jeg er glad for at min artikkelen har skapt ettertanke hos dr. Samuelsen, forhåpentligvis hos mange flere. Jeg vil få vise til arbeidet til Gøran Berglund, Ove Anderson og Lars Wilhelmsen fra Göteborgsgruppen "Treatment of hypertension in the community". Her konkluderes med at insiden-sen av død og hjerteinfarkt (dødig og ikke dødig) var signifikant lavere i den behandlede gruppe sammenlignet med den ubehandlede kontrollgruppen tiltross for denne gruppens færre risikofaktorer for hjerteinfarkt (bl.a. manglende hypertoni). Det dreier seg om et 7 års studie. Dette viser at det siste ordet absolutt ikke er sagt når det gjelder sammenhengen mellom hjerteinfarkt og hypertoni-behandling selv om eldre studier ikke viser noen sammenheng. Min ringe medisinske erfaring har lært meg at svært få medisinske sannheter er absolute. Artikkelen finnes i et symposiehefte om hypertoni arrangert av Sandoz i-76. Heftet er også utgitt som supplement no. 606 1977 til Acta medica Scandinavica.

Martin Holte

Forts. fra side 5.



Etter å ha brukt dette apparetet i ca. 1 års tid, sitter vi igjen med det inntrykk at alle vordene mødre har følt dette lille diagnosticum som fosterlydsdektoren gir, som en fin opplevelse og en trygghet i svangerskapet.

Det var ingen som gav negativt uttrykk for dette "prisverdige" tiltak. Fosterlydsdektoren er i hyppig bruk, og ingen av legene har hatt noe negativt å si om dette apparat.

## Avdelingen for saklige preparatannonser!

Preparatgruppe:  
Smertestillende tabletter

Forts. fra side 13.

Alt i alt mener jeg at norske leger har vært for negativt innstillet til denne metoden for "self care". Forøvrig er det jo selvsagt intet i veien for at almenpraktikere kan trenne opp pasienter. Et dobbelstetoskop er lett å lage seg og den tid man bruker til instruksjon tror jeg man tar igjen mange ganger i form av godt patient/lege samarbeid i førre konsultasjoner. Kan Utposten bidra til å rette på dette er det fint.

# Dopamet

*l*- $\alpha$ -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.

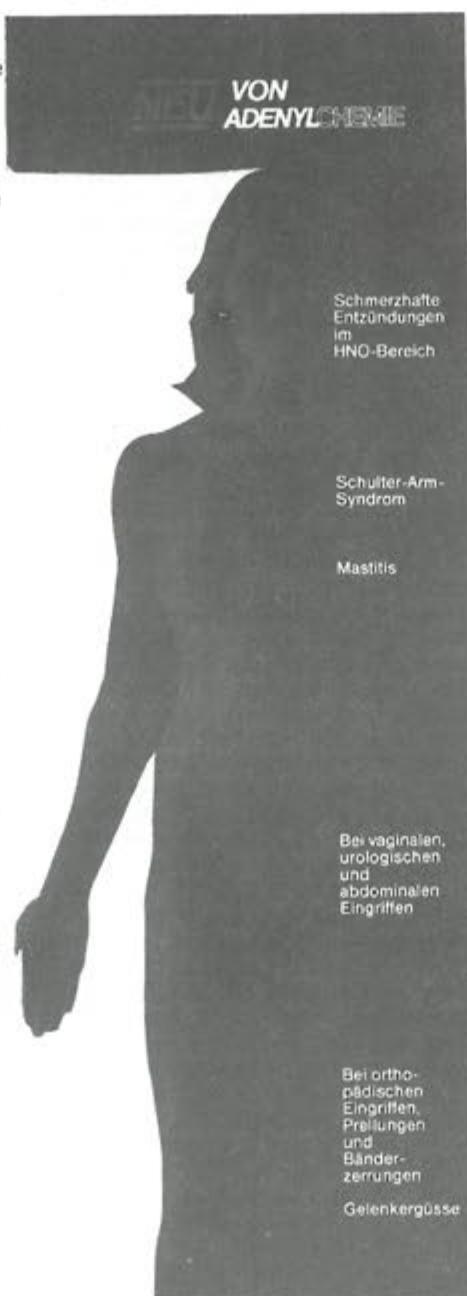
DOPAMET huskepakning skal hjelpe Deres pasienter å ta riktig dose på riktig tidspunkt.

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

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

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

DUMEX



# Tenormin

ATENOLOL

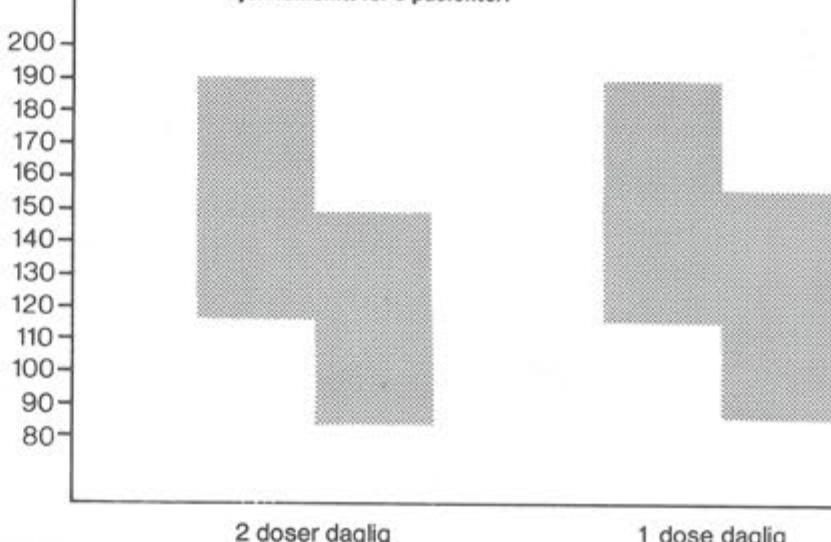
Pasientfeil i form av glemte doser opptrer hyppigere når et preparat må tas flere ganger daglig. Ved hypertonibehandling

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.<sup>1</sup>

mm Hg

Fig. 1 Blodtryksreduksjon 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 «Forsiktighetssregler»).

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

Forsiktighetssregler: 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 beta<sub>2</sub>-spesifikke bronkodilatorer som f.eks. salbutamol, terbutalol, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøyne. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebefatter alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utesløse 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

additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overleddning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasienten da må overvåkes nøyne. I noen tilfelle uten holdpunkter 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 kloroformanesesi.

Ved nedsatt nyrefunksjon innebefører bruk av betablokkere risiko for forverrelse av nyrefunksjonen som derfor må følges nøyne.

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 tablet 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:

Trykkpakkning 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®**  
proklorperazin

Stikkpiller á 25 mg



## 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, svært alkohol-  
og hypnotika intoksikasjoner.  
Relativt: Leverlidelser, Myastenia  
gravis.

**BIVIRKNINGER:**  
Ekstrapyramidal: Akinesi, parkin-  
sonisme, akatisi, akutte dystonier.  
Doseredsuksjon og eventuelt tillegg  
av antiparkinsonsmiddel i begrenset  
tidsrom, vanligvis helst ikke lengre  
enn 2-3 måneder, bedrer ofte sympto-  
mene. Akatisi reagerer ofte  
dårligere på antiparkinsonmidler  
 enn de parkinsonlignende sym-  
ptomer. Tardive dyskinesier. Disse  
kan være mer eller mindre irrever-  
sible. Dosen reduseres, og gradvis  
separerer av medikamentet over-  
veies. Vanlige antiparkinsonmidler  
forverrer dyskinesier. Psykiske:  
Somnolens, som regel av kort varig-

het. Vegetative og kardiovasku-  
läre: Orthostatisk hypotensjon. Mild  
obstipasjon. Kvalme, muntrørhet.  
Akkomodasjonsparese, angio-  
neurotisk ødem. Dermatologiske:  
Leitte hudreaksjoner. Hemato-  
logiske: Leukopeni ses sjeldent,  
men har vært rapportert. Lever-  
komplikasjoner: Icterus ses  
sjeldent, men har vært rapportert.

**FORSIKTIGHETSREGLER:**  
Ved langvarig neuroleptika-  
behandling må vedlikeholdsdosisen  
ikke være høyere enn strengt  
nødvendig. Man bør være obser-  
vant overfor tidlige symptomer på  
tardive dyskinesier. Antiparkinson-  
midler bør kun brukes når det  
foreligger behandlingskrevende  
ekstrapyramidal bivirkninger.

Forsiktighet bør utvises ved  
dosering/behandling av pasienter  
med alvorlige hjerte- og kretslap-  
idelser, leverlidelser, nyrerideler,  
krampe, tromboflebitter, høy alder  
og barn. Ved initial parenteral  
behandling og hos eldre må man  
være oppmerksom på farens for  
blodtrykksfall (noradrenalin  
anvendes ved hypoensive  
kriser). Forsiktighet må utvises  
hos pasienter med ubehandlet  
trangvinkeglaukom, i graviditetens  
første trimester, under laktasjon.  
Pasienter på langtidsbehandling  
bør kontrolleres rutinemessig.  
Behandling i høye doser gjennom  
lengre tid kan risiko for coma og  
linsefordunkning foreligge.  
Pasienten advarer mot blikkering  
og pass av maskiner. Kombinasjon  
med alkohol bør unngås.

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