

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 2

MARS 1980

ÅRGANG 9



SOSIALDEPARTEMENTET
Pressemelding

AV INNHOLDET:

MARTIN HOLTE: Regulering av legetjenester	side 2
SOSIALDEPARTEMENTET: Pressemelding	side 3
BJØRN M. EGGEN: Manglende vilje til handling	side 4
AXEL ENGBERG PALLESEN: Medisinsk etik	side 5
Prisoppgaver i almenmedisin	side 6
PER GJENDEM: Distriktshelsetjenesten	side 7
INGARD OTTEMO: Synonyme preparater og priser	side 8
TORILD OLSEN: Primærhelsetjenesten — — —, — legetjenester	side 8
JOSTEIN HAMNES: Om regnskapsplikt for leger	side 13

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte

Redaksjonssekretær:
Toril Jakobsen

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjorn Huse

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

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Reguleringer av legetjenester

Ved gjennomlesning av pressemeldingen dukker det opp tanker omkring ordet regulering. Når bl.a. Trondheim by med en almenpraktiserende lege pr. 5000 innbyggere - en av de dårligst dekkete kommuner på landsbasis blir tatt med i reguleringsforslaget, så er det grunnlag til ettertanke.

Regulering av legetjenester kan bety alt fra nærmest forbud til meget liberal begrensning av etablering. Hvem avgjør graden av hvor streng en regulering skal håndheves? "Rådet" for regulering av legetjenester etter rådets egen vurdering? Handles det etter direktiver fra Helsedirektoratet eller vil "Rådet" samarbeide med de enkelte kommuners primærhelseplaner og ta hensyn til disse i sine avgjørelser?

Det er å håpe at det siste vil danne basis for "Rådets" avgjørelser. Det vil ha store negative konsekvenser for kommuner som Trondheim hvis en regulering vil bety fullstendig stopp av etablering av nye praksiser i primærhelsetjenesten.

Trondheim kommunes egen helseplan går inn for en nyetablering av 7 primærleger hvert år i de kommende 10 år. Så prekær er situasjonen.

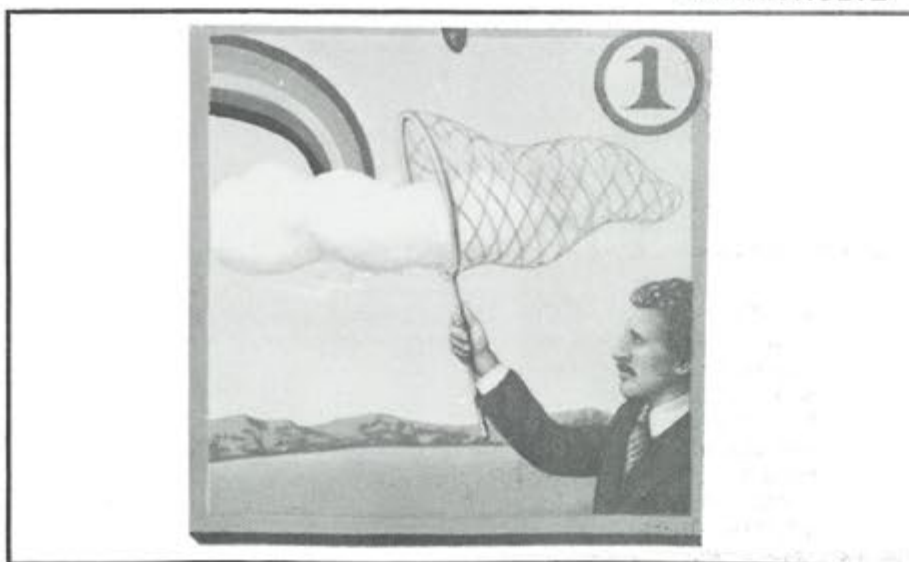
Sett fra en annen synsvinkel så kan en regulering av legetjenester i primærhelsetjenesten i en by som Trondheim virke positivt på utviklingen hvis det samarbeides med kommunens helseplan. Etablering av praksisformer som virker uheldige i primærhelsetjenesten kan forhindres.

I lovteksten heter det bl.a. "Eventuelle vedtak om å regulere kommuner innebærer bl.a. at det med visse unntak vil være nødvendig med en særskilt tillatelse for å drive legevirkosomhet for trygdens regning. Reguleringsrådet gir slik tillatelse".

Ut i fra denne ordlyd så gies det "Rådet" ubegrenset fullmakt til å regulere legetjenester. Er det ønskelig at "Rådet" blir tildelt en så betydelig avgjørende myndighet eller ønsker vi i lovteksten en begrensning som "Reguleringsrådet gir en slik tillatelse etter samråd med kommunens primærhelseutvalg".

Etter lovteksten slik den står i dag så er "Rådet" gitt avgjørende myndighet, og det kan innebære en fare for uheldige avgjørelser. "Rådet" kan falle for fristelsen til å ta avgjørelser på mer politisk grunnlag uten å ta hensyn til det egentlige behov for legetjenester i de enkelte kommuner.

MARTIN HOLTE



Oslo, 28.1.80

Rådet til regulering av legetjenester. Forslag til regulering av kommuner etter §2 i midlertidig lov av 23. mars 1979 nr. 8 om adgang til regulering av legetjenester

Reguleringsrådet har i møte 10. januar d.å. overfor Sosialdepartementet foreslått å regulere følgende kommuner:

- A. Samtlige kommuner i fylkene: Østfold, Vestfold, Akershus, Oslo, Buskerud, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland, Hedmark og Oppland.
- B. Følgende kommuner i Nord-Trøndelag: Frosta, Inderøy, Leksvik, Meråker, Steinkjer og Verdal.

Følgende kommuner i Sør-Trøndelag: Bjugn, Hemne, Klæbu, Melhus, Oppdal, Rennebu, Rissa, Røros, Skaun, Trondheim og Ørland.

Følgende kommuner i Møre og Romsdal: Eide, Hareid, Herøy, Sykkylven, Tingvoll, Volda, Ørsta, Alesund, Midsund, Molde, Rindal, Stranda, Sula og Sunndal.

Følgende kommuner i Sogn og Fjordane: Aurland, Balestrand, Fjaler, Flora, Førde, Jølster, Gaular, Gulen, Hyllestad, Høyanger, Leikanger, Lærdal, Stryn, Hornidal og Vik.

Følgende kommuner i Hordaland: Bergen, Bømlo, Etne, Fusa, Meland, Os, Osterøy, Modalen, Sveio, Tysnes, Ullensvang og Voss.

Reguleringsrådet vil senest innen 31. desember 1980 på bakgrunn av vunden erfaring, legge frem for Sosialdepartementet et revidert reguleringsforslag.

Reguleringsrådets forslag er av Sosialdepartementet sendt de berørte kommuner til høring med frist for uttalelse 3. mars 1980.

Eventuelle vedtak om å regulere kommuner innebærer bl.a. at det med visse unntak vil være nødvendig med en særskilt tillatelse for å drive legevirksomhet for trygdens regning. Reguleringsrådet gir slik tillatelse.

Loven unntar bl.a.:

- a) leger som før vedtak om midlertidig regulering, har opprettet privat legepraksis, så lenge de driver praksis innen samme kommune,
- b) statsansatte offentlige leger,
- c) leger som har fylt 70 år, eller har fått pensjon etter folketrygden,
- d) deltakelse i fast organisert legevaktordning,
- e) turnuskandidater i distrikt.

Manglende vilje til handling

TANKER ETTER STORTINGETS BEHANDLING AV STATSBUDEJETTET FOR 1980

BJØRN MAGNE EGGEN

UNDER BEHANDLINGEN AV ETABLERINGSLOVEN I STORTINGET I MARS VAR DET IKKE MÅTE PÅ HVORDAN EN SKULLE BYGGE UT PRIMÆRHELSETJENESTEN, SÆRLIG GJENNOM EN OPPRUSTING AV DISTRIKTSLEGEORDNINGEN. 29. NOVEMBER 1979 BEHANDLET STORTINGET BUDSJETTET FOR SOSIALDEPARTEMENTET. RESULTATET BLE 101 NYE DISTRIKTSLEGESTILLINGER, HVORAV NÆRMERE 30 ER EN FORMELL OPPRETTELSE AV FASTLØNNSSTILLINGER SOM ALLEREDE ER ETABLERT. DET ER SÅLEDES ET GODT STYKKE IGJEN TIL 200 NYE STILLINGER SOM LÆGEFORENINGEN MENTE VAR DET SOM MINST MÅTTE OPPRETTES. STORTINGETS VILJE TIL HANDLING FOR Å RUSTE OPP HELSETJENESTEN UTENFOR SYKEHUS VISTE SEG NOK EN GANG Å VÆRE LANGT MER BESKJEDEN ENN EN KUNNE HÅPET UT FRA USPESIFISERTE FAGRE ORD I GENERELLE DEBATTER.

Fra fylkeslegene forelå det ønske om 118 nye distriktslegestillinger, utenom eventuelle fastlønnsstillinger. Av disse fant altså regjeringen å gå inn for lol stillinger, hvorav vel 30 var fastlønnsstillinger. Jeg vil tro at heller ikke de 118 som fylkene ba om, ville dekke behovet. Enkelte kommuner har nok også latt være å søke om distriktslegestillinger, fordi kommunenes økonomi ikke tillater den støtten som kommunene må gi til ordningen, bl.a. til kontorhold og til dekning av boligutgifter. Så den generelle økonomiske politikken virker også klart inn på denne siden. I Stortinget forelå det i alt 4 ulike forslag med omsyn til opprettelse av nye distriktslegestillinger. SV fulgte opp ønsket fra Lægeforeningen om 200 nye distriktslegestillinger. Partiet hadde imidlertid ikke noe forslag om samtidig økte statlige støtterammer til kommunene, støtte som er øremerket til bruk innen primærhelsetjenesten. Venstre foreslo 150 stillinger, og

partiet fant ved det rom for det antall stillinger som var ønsket av fylkeslegene kombinert med vel 30 fastlønnsstillinger. Venstre foreslo også økte statlige tilskott til den kommunale driften av helsetjenesten utenfor institusjon slik at kommunene kunne få råd til å ta imot distriktsleger. Kristelig Folkeparti og Senterpartiet foreslo i alt 121 nye stillinger koblet til en tilsvarende økning i de statlige tilskottene.

Under avstemningen fikk SV's forslag kun SV's to stemmer, Venstres forslag fikk 3 (SV og Venstre) mens forslaget fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet fikk i alt 31 stemmer (SV, Venstre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet). De to store partiene i Stortinget var således ikke villig til å øke antall distriktslegestillinger ut over departementets forslag.

Hva var så begrunnelsen for å gå imot alle forslagene om økning?

En av Høyres representanter viste til at det står en rekke distriktslegestillinger ledig, slik at det vil le kreve mer enn et halvt årskull av nye leger å besette de ledige stillingene samt de nyopprettete lol. For det andre ønsket vedkommende representant at det måtte være plass for en viss utskifting og nyetablering i ordinær, privat almenpraksis. Også fra Arbeiderpartiet ble det vist til at det er mange ledige stillinger i distriktshelsetjenesten fra før.

Vedtaket fra Stortinget representerer en betydelig økning for 1980 i forhold til 1979. Men avstanden til det behovet Lægeforeningen og legene har gitt uttrykk for, er fortsatt skremmende stor. Til nå vet vi lite om hva vi vil "få" av Forbruker- og Administrasjonsdepartementet i forhandlingene om Normaltariffen. Ut

fra signalene som ble gitt før jul, er det vel liten grunn til å tro på store økninger i Normaltariffen. Dette fører igjen til at stadig færre finner det akseptabelt å starte i privatpraksis. Jeg er redd for at dette kan øke den tillitskrisen som vi allerede kan merke mellom legene, og legens organisasjoner på den ene siden, og Helsedirektoratet, Sosialdepartementet, og Stortinget på den andre siden. Vi forventer å bli tatt alvorlig, slik at fagre ord fra mars om en opprusting av primærhelsetjenesten også blir fulgt av handling i form av bevilgninger i november, dersom det da betyr noe å stå fram med et troverdig ansikt som taler med EN, og ikke med to tunger. Det som skjedde i november har dessverre bekreftet den mistanken som mange hadde ved behandlingen av etableringsloven, at såvel Høyre som Arbeiderpartiet ønsket å bygge ut primærhelsetjenesten ved å satse på privatpraktiserende leger og ikke på det offentlige helsevesenet. Det er merkelig at noen fortsatt tror at det private initiativ vil kunne være tilstrekkelig til å sikre et godt legetilbud til alle deler av befolkningen.

Vi har legemangel såvel i utkantkommunene som i de større byene. Så lenge Stortinget ikke viser reell vilje til å opprette et tilstrekkelig antall med nye distriktslegestillinger vil heller ikke primærhelsetjenesten bli i stand til å gi et tilfredsstillende tilbud til befolkningen. Vilje til handling gjenstår det stadig å se i regjeringen og hos stortingsflertallet. Dessverre.

SEKSJON B

Indledning til sektionen.
Ethiske problemer i almen praksis.

v/Axel Engberg Pallesen, Hvidovre, Danmark

Etik er sædlære - det er videnskaben om, hvad der er godt og ondt, ret og uret, om hvad der er vor pligt, om hvordan man bør og ikke bør handle, der er læren om vort ansvar og skyld.

Etik er menneskelivets fundament, indeholdt i filosofien, i religionen og i juraen. Etikens værdinormer reflekterer vort instinkt, vor indre moral, er vor samvittigheds spejl. De etiske krav er underkastet udviklingens lov og formulerer sig i lovgivningen. Etikken er derfor dynamisk og bestandig må vi omvurdere og justere vore vurderinger.

De fundamentale etiske krav til os er almengyldige, men inden for de forskellige faggrupper får de deres særlige nuancer og betoning. Lægens ansvar og de etiske krav, der stilles til ham i livets store og svære stunder - fødsel, sygdom - og død - og ved behandling og ved forskning konfronterer os med etiske konflikter i rigt mål. Det er den daglige udfordring, som vi lever med.

Derfor er lægeetik, eller som vi også kalder det - medicinsk etik - nødvendig og må formes i en altid levende debat.

Medicinsk etik er efter prof. Tranøy defineret som: De moralske holdninger, værdier og normer - skrevne og uskrevne - som regulerer lægens erhvervsudøvelse.

Medicinsk etik har mange funktioner. Den skal styre og legitimere lægens virksomhed i 3 dimensioner: 1 over for patienterne, 2 over for samfundet og 3 over for kolleger.

Vi kender vore etiske regler, der er nedfældet i enkle retningslinier og paragraffer. Men samtidig har lægeetik det formål at give lægen identitet og integritet udadtil



over for patient, samfund og kollega. Men lægeetikken giver også indadtil sin udøver identitet som person og menneske. Engang tjentelægeetikken især standens interesser - der var nødvendigt i en tid, hvor medicinsk praksis var forbundet med nok så mange risici end i våre dage. Lægeetikken beforder en nødvendig selvregulering - og måske vigtigst - bidrager til at lægen bliver personlig bevidstgjort om lægeetiske problemstillinger.

I ethvert menneskes udvikling tilegnes et sæt holdninger, som er vor kulturs og vort samfunds alment accepterede opfattelser af, hvad der er ret og uret. Det er vor kulturarv fra hippokrates og de gamle grækere, fra kristendommen og filosoferne til nutidens samlinger af Codex Ethicus.

De medicinsk-etiske problemer skabes og vokser frem i takt med den medicinske udvikling og den etiske debat er ikke blot et anliggende, er vedrører lægestanden. Den etiske debat er en del af den fælles kulturdebat, men det er naturligt, at lægestanden erkender sit ansvar ved bestandig at være rede til at analysere og bevidstgøre vore egne holdninger til de nye etiske problemstillinger. Lægeetik og almenmoral må svare til hinanden, legitimere hinanden, men udvikling-

en går ofte hurtigere end mennesket har kunnet klare. Derfor er konflikten mellem det teknisk mulige og det etisk forsvarlige uundgåelig og er blandt andet kommet til udtryk i et krav om, at lægestanden må revidere og ajourføre sine holdninger til en lang række spørgsmål. De mange internationale deklARATIONER og konventioner, der har set dagens lys i disse senere år er udtryk for denne udvikling.

Lægeetiske overvejelser og konfrontationer møder vi i dagliglivets store og små handlinger, men måske aller mest når vi står ved et dødsleje. Her er kravet om medmenneskelig indlevelse i og medfølelse med patientens lidelser en forudsætning for, at vi kan fungere som vor patients læge. Her må vi ofte lægge vor teknologi og faglige identitet til side og sætte os ved patientens side og tale menneske til menneske.

Carl Åberg skrev i sin dejlige bog om "Lægen, patienten og medicinsk etik": "Det etiske er ikke noget sublimt, svævende i filosofiens stratosfære, det ligger indkapslet i dagliglivets små og store handlinger. I "livet på gulvet". Den respekt og ydmyghed, hvormed vi løser de opgaver, der er os stillet - det er vor etik.

PRISOPPGAVER

ALMENT PRAKTISERENDE
LÆGERS FORENING
PRISOPPGAVER 1980:

Almenmedisin som fullverdig spesialitet

Oppgaven har følgende ordlyd:

- "Beskriv de krav som stilles til spesialutdannelsen i almenmedisin i andre land.
- Drøft de krav som bør stilles til videre- og etterutdanning av almenpraktikere i Norge med henblikk på full anerkjennelse av almenmedisin som spesialitet i Norden.
- Drøft de krav som bør stilles til almenmedisinsk virksomhet som del av denne spesialutdanning og drøft hvordan evt. supervisjon i videreutdanningen praktisk kan løses".

Besvarelsen må sendes styret i Aplf ved dets sekretær - avd. sjef Åsmund Hodne, Den norske lægeforsening, Inkognitogt 26, Oslo 2, innen 15.09.80.

Oppgavene vil bli bedømt av en komité bestående av representanter fra styret, Fagutvalget og Rådet, en representant fra VEAP-rådet og en representant fra de almenmedisinske samfunns med.institutter.

Svarene vil være Aplf's eie og danne grunnlaget for et viktig komitéarbeide.

To farmasøytiske selskaper har tilsammen stilt et beløp til rådighet for denne prisen. Det er tatt sikte på kr. 4.000,- i 1.premie og kr. 2.000,- i 2.premie.

Prisutdelingen skal skje på Aplf's generalforsamling i Molde i november 1980.

Prisoppgaver, Solstrandkurset, 12.—18. oktober 1980

I forbindelse med Solstrandkurset 1980 utlyses det prisoppgaver.

Det vil bli utdelt to priser:

- En pris for beste besvarelse på oppgave A,
- En pris for beste besvarelse på oppgave B og C.

Vestlandsbanken L/L og Norsk Kollektiv Pensjonskasse A/S stiller midler til disposisjon for to priser, hver på kr. 3.000,-.

Kurskomiteen inviterer her ved alle landets primærleger til å besvare nedenstående oppgaver.

Vinnerne vil bli invitert til å presentere besvarelsene i form av en forelesning av 30 minutters varighet fredag 17. oktober 1980.

Oppgavenes ordlyd er følgende:

- A: Familien er en naturlig enhet for almenpraktiker som ønsker å yte en personlig, primær, omfattende og kontinuerlig service.

Sett opp modeller for en legetjeneste som ivaretar dette.

Diskuter fordeler og ulemper og konkluder på bakgrunn av denne diskusjon og egne erfaringer hvilken modell som er best egnet når en samtidig skal ivareta pasientenes, legenes og planleggerens interesser.

- B: Kontrollopplegg for en rekke medisinske tilstander er svært forskjellig blant almenpraktikere.

Legg frem begrunnende forslag til standardisering av kontrollopplegg

legg ved diabetes mellitus eller graviditet.

- C: Senkningsreaksjonen i almenpraksis.

Ulike fysiske faktorer kan påvirke en blodprøve, slik at senkningshastigheten forandres.

Vurder betydningen av dette basert på egne undersøkelser.

Besvarelsen merkes med en kode. Samme kode skrives utenpå en lukket konvolutt som legges ved besvarelsen og som inneholder navn og adresse.

Besvarelsene sendes kurskomiteen ved undertegnede innen 15/9- 1980.

Kleppestø, 20.februar 1980.

Kurskomiteen for Solstrandkurset 1980.

Dag H. Søvik
5300 KLEPESTØ.



**Det viktigste
er ikke å vinne**

Distriktshelsetjenesten — statlige distriktsleger?

v/distriktslege Halvard Jendem

Det hersker i dag ingen tvil om at distriktshelsetjenesten er forsømt, hvorfor? Jo, det finnes intet lovverk som fordeler ansvaret for denne tjenesten. Derimot har vi hatt lovverk for å bygge ut sykehustjenesten, og den har virkelig blitt utbygget.

Men 80% av alle legebehandlinger skjer likevel i distriktshelsetjenesten. Det hersker ingen uenighet om at distriktshelsetjenesten skal bygges ut, ja den skal opprustes betraktelig sier politikerne, for det blir den mest effektive og billigste behandlingsmåten for de fleste pasienter.

Vi som arbeider i distriktshelsetjenesten er ikke uenig i at sykehustjenesten skal ivaretas. Vi mener at sykehustjenesten skal fortsatt få de midler de har i dag, men den voldsomme økningen som sykehustjenesten har fått i det siste, den økningen vil vi skal stanse, og den økningen vil vi gjerne distriktshelsetjenesten skal få del av. Med andre ord sykehustjenesten skal på ingen måte trappes ned, den bør så absolutt få samme midler som i dag, men de midler som er bevilget til sterk økning, bør nå utvilsomt gå til distriktshelsetjenesten slik at den kan gi befolkningen adekvat og medisinsk god behandling. Vi vil likevel være avhengig av et godt samarbeid mellom sykehus og distriktshelsetjenesten, til beste for pasientene.

På hvilken måte skal så distriktshelsetjenesten bli bedre og gi bedre service? Oppnår man dette ved å ødelegge alt som har bestått av denne tjenesten hittil, og forsøke å så frø som vil vokse opp og gi ny gevinst?

Har ikke de statlige distriktsleger, fylkeskommunale helsesøstre og de kommunale hjemmesykepleiere hittil skaffet den helse-tjenesten på bygdene som har bestått i årtider? Det er ikke tvil om at de statlige distriktsleger og fylkeskommunale helsesøstre i mange årtider tross alt har sørget for helseservice til

befolkningen, til tross for lite midler og dårlig sentral planlegging.

Vil man så oppnå store gevinster og mye bedre service og helsetilbud til befolkningen ved å kaste disse personers ansettelsesforhold på sjøen, og gi nye leger og helsepersonell ingen avansements muligheter eller karrieremuligheter i en snever kommunal ansettelse? Vil man på denne måten stimulere flere leger og flere helsesøstre til å arbeide i utkant-Norge? Etter alle logiske prinsipper er det helt forkastelig å gi avkall på det tilbud som har bestått, og her ved at kommunene tross alt har fått lege og sykepleiere i tjeneste i kamp med sykehusene hvor det finnes ordnede arbeidsforhold, ordnet fritid og lite ansvar i lavere stillinger og lite utsatt for offentlig hugg i sitt arbeide.

Hvordan kan man klare kampen med sykehusene i fremtiden, hvis det ikke skal finnes noe stimulus eller karriere ved å jobbe i distriktshelsetjenesten? Skal distriktshelsetjenesten bli en flat, separat kommunal tjeneste? Hvordan i all verden tror man at det vil føre til større økning av leger og sykepleiere til distriktshelsetjenesten?

Ja, for det er vel flere leger og sykepleiere som trives og gi befolkningen bedre service og vil bli værende i sitt arbeid, man nå strever etter med å lage en ny lov? Eller ønsker man på død og liv å knekke de som hittil har gjort en utstrakt tjeneste, for på alle områder å få full styring og en demokratisk helsetjeneste?

Da vil vi få si at vi på ingen måte er imot at kommunene på en demokratisk måte skal få styre med distriktshelsetjenesten. Vi støtter kravet om at det nå skal bli et kommunalt ansvar både å planlegge og drive distriktshelsetjenesten. Men dette behøver nødvendigvis ikke å bety at statlige distriktsleger og fylkeskommunale helsesøstre skal kastes

på sjøen. Det er intet til hinder for at statlige leger som bijobb også kan gjøre kommunale tjenester og være underlagt kommunal forvaltning.

Vi støtter kravet om at kommunen skal ha oppnevnt folkevalgte til å styre distriktshelsetjenesten, og dette kan utmerket godt gjøres gjennom det kommunale oppnevnte helseråd, valgt av kommunestyret.

Men vi er livredd at en overføring av mange hundre distriktsleger til kommunale stillinger vil føre til betydelige personalpolitiske problemer. Det kan også føre til at mange distriktsleger vil søke seg bort. Det nåværende offentlige legevæsen har fungert bra. Den har sikret lege i ulike deler av landet og spesielt utkantstrøkene. Det vil av den grunn være vanskelig å overskue virkningen av å gå bort fra et statlig ansvar her.

Den statlige modellen innebærer en subsidiering av distriktshelsetjenesten i økonomiske svake kommuner. Det nåværende karriere mønster kan være mer tiltrekkende for mange leger enn ved en kommunal løsning. Noe som kan bidra til å sikre legetilgangen i distriktslegetjenesten.

De statlige distriktsleger vil kunne varetta et statlig behov for nødvendig tilsyn og kontroll med den medisinske virksomhet og med helse-tjenesten i distriktene. De vil videre kunne gi de styrende organer i kommunene helsepolitisk veiledning m.v. i tråd med de retningslinjer som Stortinget til en hver tid trekker opp.

De forskjellige kommuner og helsepersonell skal nå gi en uttalelse om de forslag til ny distriktshelsetjeneste som foreligger. Vi leger håper på at alle vil gi slike uttalelser at det blir positiv stimulans til å søke seg til distriktslegetjenesten og at helsepersonell blir værende der og at det blir midler til å gjennomføre denne utbyggingen for kommunene.

Dette vil man så absolutt gjøre ved å stimulere lege-

Synonyme preparater og priser

v/alm.pr. Ingard Ottemo, Trondheim. Risvollan Legesenter

Et av tidens store slagord er ressurs sparing. I siste utgave av "Nytt fra Statens legemiddelkontroll" nr.6, 1979, så jeg en henstilling til leger om å skrive ut det billigste av synonyme preparater. Som eksempel var anført Medopal "A.L." sammenlignet med Dopamet "Dumex" og Aldomet "MSD". Det var videre anført at metyldopa på blå resept belastet trygdebusjettet med ca. 40 mill. kr. i 1978. Ved forskrivning av rimeligste synonympreparat, kunne det bare her innspares ca. 4 mill. kr.

I vår legegruppe har vi jo vært klar over prisforskjell mellom synonyme preparater og vi har hatt for øye å skrive ut det billigste. Vi hadde imidlertid ikke satt dette i noe system. Da må en jo nødvendigvis gå systematisk gjennom Felleskatalogen og gjøre pris-sammenligninger.

Ansporet av det lille notat i "Nytt fra Statens legemiddelkontroll", var det nettopp det jeg gjorde ved årsskiftet 79/80.

Jeg sammenlignet kun helt synonyme preparater også såvidt mulig tilsetningsstoffer. Hvor jeg var for mye i tvil, utelot jeg sammenligningen. Ikke registrerte apotekfremstilte legemidler merket med stjerne (*) i Felleskatalogens register, tok jeg ikke med. Etterhvert ble listen nokså lang og jeg må innrømme at den for min del bød på en god del overraskelser.

Eksempelet med Medopal "A.L." og Aldomet "MSD"

med en prisforskjell på kr. 9,10 pr. loo tabl, ble for ingenting å regne sammenlignet med Pronovan "AFI" og Inderal "ICI" med en prisforskjell på kr.68,- pr. loo tabl! Det var flere overraskelser også, men dette var nok den verste. Det som forøvrig slo meg, var at det var de "gode gamle" preparatene, de som liksom sitter i pennen", som hele tiden var de dyreste.

Min konklusjon blir altså: Vær oppmerksom på nye synonympreparater. De er billigere!

Ved legesenteret vårt bruker vi nå denne listen som egen rettleiding ved forskrivelse av synonympreparater. Det ville være interessant å høre også andres mening og kommentar angående synonyme preparater og priser.

Er primærhelsetjeneste synonymt med primærlegetjeneste?

Etter å fulgt med litt i debatten i "Utposten", er det et spørsmål som opptar meg stadig mer: Hva legger legene i ordet når de snakker om primærhelsetjeneste? Skal jeg forsøke å forstå det utifra det de skriver må det kunne settes likhetstegn mellom primærhelsetjeneste og primærlegetjeneste begrepet. Dette synes jeg innsnevrer et egentlig innholdsrikt begrep.

Jeg er fysioterapeut, og mange i vår yrkesgruppe arbeider også, sammen med leger og andre, innafor primærhelsetjenesta. Man kan spørre seg sjøl om hvilken betydning det kan ha at ord brukes slik, litt upresist. Det vil jeg gjerne prøve å si litt om. I anledning av at vi ennå har den nye lova om primærhelsetjenesta på trappene (Lang trapp!) og at vi driver med planleggingsarbeid av den framtidige helsetjenesta innafor kommuner og fylker, synes jeg det er

MEGET viktig at det blir gjort klart hva dette begrep skal dekke. Dette sier jeg ikke fordi jeg ikke tror de fleste leger vet det. MEN dersom vi bruker disse ordene litt upresist i kommunikasjonen mellom oss eller i forhold til de politikere som skal være med på dette planleggingsarbeidet, står vi i fare for at begrepet primærhelsetjeneste skal omfatte bare legene. Denne faren er ekstra stor, ettersom leger i kraft av distriktslegestillinger osv. ofte sjøl sitter i disse komiteer som utreder og foreslår, mens andre yrkesgrupper, som OGSÅ er vesentlige utøvere i primærhelsetjenesten ikke har samme mulighet til å si hva de mener tjenesta bør inneholde. Jeg tenker her på f.eks: Helsesøstre, distriktsjordmødre, hjemmesykepleiere og fysioterapeuter. Så som så ofte ellers vil våre funksjoner og plass mer eller mindre blir defi-

nert ved at andre definerer, ikke yrkesgruppen sjøl. En måte å komme ut av dette uføret på, er at tverrfaglig planlegging når det gjelder primærhelsetjenesta ble brukt i større grad. Da kunne vi bedre unngå at hver yrkesgruppe tenkte bare solo-tanker.

Vi kunne til og med risikere å komme fram til noe som kunne gjøre planlegginga bedre enn det den nåværende "bås"-tenking legger opp til. Når det gjelder mitt yrke, fysioterapi, finner iallefall jeg det bortimot hardest å skulle prøve å planlegge denne delen av primærhelsetjenesta, uten at dette blir integrert med planen til medarbeiderne i helseteamet.

Toril Olden
7153 Garten

LISTE OVER SYNONYME PREPARATER MED SAMMENLIGNING AV PRISER

BILLIGST

DYREST

Chloronase "Hoechst" tabl. 0,25g loo stk. 54,60	Diabenal "A.L." tabl. 0,25g loo stk. 54,85	Diabene "Pfizer" tabl. 0,25g loo stk. 55,45
Kali-Retard "Collett" tabl. 0,75g loo stk. 13,10		Kaleorid "LEO" tabl. 0,75g loo stk. 13,30
Digitrin "Astra" tabl. 0,1mg loostk. 11,15 Digitoxin "Merck" tabl. 0,1 mg loo stk. 11,15		Digitoxin "NAF" tabl. 0,1mg loo stk. 11,95
Systodin "AFI" tabl. 0,2g loo stk. á 0,2g 90,30		Kinidin "NAF" tabl. 0,1g 0,2g. loo stk. á 0,2g 99,60
Pronestyl Retard "Squibb" tabl. 0,5g loo stk. á 0,5g 87,05		Prokainamid Retard "Colett" tabl. 0,3g 0,5g loo stk. á 0,5g 92,95
Norpace "Searle" kaps. loomg, 150 mg. loo stk. á loo mg. 120,60		Durbis "Roussel" kaps. loomg loo stk. á loo mg. 133,70
Nitroglycerin "Dumex" tabl. 0,5mg loo stk. á 0,5mg 10,70		Nitroclycerin "A.L." tabl. 0,5mg, 1 mg loo stk. á 0,5mg 11,80
Blocadren "MSD" tabl. loomg, 15mg. loo stk. á loomg. 111,10		Betim "LEO" tabl. lo mg loo stk. á loomg. 111,15
Medopal "A.L." tabl. 0,25g, 0,375g, 0,5g loo stk. á 0,25g 80,50	Dopamet "Dumex" tabl. 0,25g, 0,5g loo stk. á 0,25g 80,95	Aldomet "MSD" tabl. 0,25g, 0,5g loo stk. á 0,25g 89,65
Pronovan "AFI" tabl. 40mg, 80mg loo stk. á 80mg 43,15	Pranolol "A.L." tabl. 20mg, 40mg, 80mg, 160mg. loo stk. á 80mg. 92,50 Frekven "Ferrosan" tabl. loomg, 40mg, 80mg, 160mg loo stk. á 80mg. 93,35	Inderal "I.C.I." tabl. loomg, 40mg, 80mg, 160mg. loo stk. á 80mg. 111,15
Dichlotride "MSD" tabl. 25mg, 50mg. loo stk. á 25mg. 34,90		Esidrex "CIBA" tabl. 25mg. loo stk. á 25mg 38,80
Furosemid "NAF" tabl. 40mg. loo stk. á 40mg. 53,35	Impugan "Dumex" tabl. 25mg, 40mg. loo stk. á 40mg. 57,05 Diural "A.L." tabl. 20mg, 40mg, 5mg. loo stk. á 40mg. 57,10	Lasix "Hoechst" tabl. 20mg, 40mg. loo stk. á 40mg. 71,75
Aldactone "Searle" tabl. 25mg, 100mg. 50 stk. á loomg. 229,95		Osiren "Hoechst" drasj. 50mg, 100mg. 50 stk. á 100mg. 243,70
Follimin "Kabi" tabl. 6x21stk. 51,80		Microgynon "Schering AG" tabl. 6x21stk. 52,35
Østriol "Mekos" tabl. 0,25mg, 1mg. loo stk. á 1mg, 70,35		Ovesterin "Organon" tabl. 1mg 90 stk. á 1mg, 77,50
Perlutex "LEO" tabl 5mg 20 stk. 18,55		Provera "Upjohn" tabl. 5mg 24 stk. 28,40

Forts. side 10

BILLIGST

DYREST

Prednisolon "NAF" tabl. 5mg. 100 stk. 20,85	Prednisolon "F.C.F." tabl. 5mg. 100 stk. 36,10	Prednisolon "LEO" tabl. 5mg. loostk. 44,50 Deltracortril "Pfizer" tabl. 5mg. loostk. 44,55
Prednison "NAF" tabl. 5mg. 100 stk. á 5mg. 19,15	Prednison "F.C.F." tabl. 5mg. 100 stk. á 5mg. 36,10	Prednison "LEO" tabl. 2,5mg, 5mg, 50mg. 100 stk. á 5mg. 44,50
Kenacort "Squibb" tabl. 1mg, 4mg. 100 stk. á 4mg. 194,10		Ledercort "Lederle" tabl. 2mg, 4mg, 8mg. 100 stk. á 4mg. 201,75
Dumoxin "Dumex" tabl. 0,1g 100 stk. 78,15	Doxylin "A.L." tabl. 0,1g 100 stk. 79,65	Vibramycin "Pfizer" tabl./kaps. 0,1g. 100 stk. 84,15
Oxytracin "Weifa" tabl. 0,25g 100 stk. 53,70		Oxy-Dumocyclin "Dumex" tabl. 0,25g. 100 stk. 59,90 Oxytetral "A.L." tabl. 0,25g 100 stk. 59,90
Tetracyclin "ICN Arco" kaps. 250mg. 100 stk. 35,45	Tetracyclin "A.L." tabl. 250mg. 100 stk. 39,50	Achromycin "Lederle" kaps. 250mg. 100 stk. 93,55 Dumocyclin "Dumex" tabl. 250mg. 100 stk. 94,95
Pentrexyl "A.L." tabl. 0,5g 100 stk. 247,70		Doktacillin "Astra" tabl. 0,5g 100 stk. 248,30
Penicillin "NOVO" ad inj. 1mill. I.E. 2mill.I.E. 10mill.I.E. 10 hettegl. á 1mill I.E. 26,05		Penicillin "A.L." ad inj. 1mill. I.E., 2mill. I.E., 5mill. I.E., 10mill. I.E. 10 hettegl. á 1mill. I.E. 33,85
Penicillin med lidokain "A.L." 1mill. I.E., 2mill. I.E. 200 sett á 1mill I.E. 893,90		Penicillin med Leostesin "LEO" 1mill. I.E., 2mill. I.E. 200 sett á 1mill I.E. 982,90
Femepen "NAF" tabl. 500.000 I.E. 1mill I.E. 30 stk. á 1mill.I.E. 26,95	Apocillin "A.L." tabl. 250.000 I.E. 500.000 I.E. 1mill. I.E. 30stk. á 1mill. I.E. 29,20 Weifapenin "Weifa" tabl. 600.000 I.E., 1mill I.E. 30 stk. á 1mill. I.E. 29,20	Fenoxypen "NOVO" tabl. 500.000 I.E., 1mill.I.E. 30 stk. á 1mill.I.E. 30,80 Rocilin "Rosco" kaps. 500.000 I.E. 18 stk. á 500.000 I.E. 27,85
Rocilin "Rosco" dråper 20ml. 38,25		Apocillin "A.L." dråper 20ml. 41,30
Weifapenin "Weifa" mikst. 120ml. 26,50 (p.g.a.styrken)		Fenoxypen "NOVO" mikst. 120ml. 24,40
Isosulf "A.L." tabl. 0,5g 50 stk. 18,25		Elkosin "CIBA" tabl. 0,5g. 50 stk. 19,80
Sulfametizol "NAF" tabl. 100mg, 500mg. 50stk. á 500mg. 14,25		Lucosil "Lundbeck" tabl. 100mg., 500mg. 50stk. á 500mg. 19,80

Forts. side 11

BILLIGST

DYREST

Trimetoprim-Sulfa "Kabi" mikst./tabl. loo stk. 112,25 loo ml. 21,00		Eusaprim "Wellcome" susp. tabl. loo stk. 131,40 loo ml. 23,80 Bactrim "Roche" susp.tabl. loo stk. 131,40 loo ml. 23,80
Artrizin alka "LEO" tabl. o,lg. loo stk. 37,30		Butazolidin Alka "Geigy" tabl. o,lg. loo stk. 45,25
Fenylbutazon "NAF" tabl. o,lg. loo stk. 12,00		Artrizin "LEO" tabl.o,lg. loo stk. 24,75
Confortid "Dumex" kaps 25 mg. loo stk. 64,30 supp 50mg.,loomg. 50stk. á loomg 179,25		Indocid "MSD" kaps.25mg. loo stk. 65,90 supp 50mg.,loomg. 50 stk. á loomg. 184,25
Ercoquin "AFI" tabl. 25mg.,o,2g. loo stk. á o,2g. 78,10		Plaquenil "Winthrop" drasj. o,2g. loo stk. á o,2g 85,30
Allopur "Nyco" tabl. o,lg. loo stk. á o,lg. 115,65 Zyloric "Wellcome" tabl. o,lg, o,3g. loo stk. á o,lg. 115,65		
Paracet "Weifa" tabl. o,5g loo stk. 17,75 Pinex "A.L." tabl. o,5g loo stk. 17,75 Panodil "Winthrop" tabl.o,5g loo stk. 17,75		
Peragit "Nyco" tabl. 5mg. loo stk. á 5mg. 24,30		Artane "lederle" tabl. 2mg, 5mg, loo stk. á 5mg. 25,10
Larodopa "Roche" tabl.o,5g 200 stk. á o,5g. 234,40		Eldopar "Weifa" tabl. o,lg, o,5g loo stk. á 50g. 235,55
Chlorpromazin "Dumex" tabl. lomg,25mg,50mg,loomg. loo stk. á 25mg. 20,25 Hibaril "Mekos" tabl. lomg,25mg,50mg,loomg. loo stk. á 25mg. 20,25 Largactil "Rhodia" tabl. lomg,25mg,50mg,loomg. loo stk. á 25mg. 20,25		
Veractil "Rhodia" tabl. 5mg,25mg,50mg,loomg. loo stk. á 25mg. 31,15		Nozinan "Mekos" tabl. 5mg,25mg,loomg. loo stk. á 25mg 35,25
Vival "A.L." tabl. 2mg,5mg,lomg. loo stk. á 5mg 36,85 Stesolid "Dumex" tabl. 2mg,5mg,lomg. loostk. á 5mg. 36,85		Valium "roche" tabl. 2mg,5mg,lomg. loo stk. á 5mg. 39,90

Forts. side 12

BILLIGST

Risolid "Dumex" tabl.
5mg, 10mg, 25mg.
100 stk. á 10mg. 31,10

Restenil "Weifa" tabl. 0,4g
100 stk. 15,35

Apodorm "A.L." tabl.
2,5mg, 5mg.
100 stk. á 5mg. 29,30

Imipramin "Dumex"
tabl. 25mg.
50stk. á 25mg. 18,85

Sarotex "Lundbeck" tabl.
10mg, 25mg, 50mg.
100 stk. á 25mg. 40,65

Floxil "Dumex" sugetabl.
24 stk. 7,75
Strepsils "Boots" suget.
24 stk. 7,75

Salbuvent "Leiras" tabl. 2mg
100 stk. á 2mg. 32,35

Difenhydramin "NAF"
tabl. 50mg.
50stk. 8,45

Polaramin "Schering Corp."
tabl. 2mg.
100 stk. 17,45

Polaramin Prolongatum
"Schering Corp" tabl. 6mg.
100 stk. 40,15

Glaupax "Erco" tabl. 0,25mg.
100 stk. 83,85

DYREST

Librium, "Roche"
drasj. 5mg, 10mg, 25mg.
kaps. 10mg.
loodrasj. á 10mg. 34,65
lookaps. " 10mg. 39,30

Meproamat "NAF" tabl.
0,4g loostk. 15,75
Meproban "Nyco" tabl.
0,4g loostk. 15,75

Mogadon "Roche" tabl. 5mg.
100 stk. á 5mg. 37,45

Tofranil "Geigy" tabl.
10mg, 25mg.
50stk. á 25mg. 20,80

Tryptizol "MSD" tabl.
10mg, 25mg.
100 stk. á 25mg. 41,50

Ventolin "Nyco" tabl.
2mg, 4mg.
100 stk. á 2mg. 35,95

Allergin "Nyco"
tabl. 50mg.
50 stk. 9,30

Phenamin "Nyco" tabl. 2mg.
100 stk. 18,30

Phenamin Retard "Nyco"
tabl. 6mg.
100 stk. 42,55

Diamox "Lederle" tabl.
0,25mg 100 stk. 93,25

Forts. fra side 7

stillingene til attraktive stillinger som distriktslege- stillingene idag er, bygge dem ut, og gi kommune og lege muligheter til bedre styring og planlegging av helsetjenesten.

Man får en dårligere helse- tjeneste ved å kaste de statlige distriktsleger på sjøen og ikke gi noen utvik- lingsmuligheter i distrikts- helsetjensten. Da vil de større og sentrale kommuner seire, og det er vel de kom- muner som har flest folk, og så skal vel bygdenorge bare lide?

Oppretthold statlige dist- riktsleger, gi organiserte

arbeidsforhold, så vil de fleste kommuner i Norge få attraktiv helsetjeneste, og helsepersonell vil søke dit.

Derfor bør man så absolutt følge utredningen til Hoved- komiteen i NOU nr. 10.

Det er veil ikke meningen at alt helsepersonell skal tvangsdirigeres i Norge?



«Nyren - har ikke den en slags swimming- pool-fasong?»

**HUSK: BETAL BLAD-
PENGER FOR 1980 NÅ!**

Om regnskapsplikt for leger

v/ Per Jostein Hammes

Noen betraktninger til ettertanke.

De fleste har vel nå gjort visse erfaringer når det gjelder regnskapsplikten og er blitt rene mestere i å føre bøker.

Det er ikke for å skryte, men jeg synes også selv at jeg i det siste har gjort visse fremskritt. Misforstå meg ikke, der finnes selvsagt nok av problemer. Ta nå foreksempel dette med håndpengene, eller mellomlegget om du vil. Jeg har liksom ikke blitt skikkelig dus med denne delen av innkomsten, har liksom ikke fått plasert den på et anstendig sted på det økonomiske kartet.

Det største problemet med mellomlegget er at det går liksom så lang tid før du får noe endelig svar på hvor stort dette beløpet vil bli. Personlig så har jeg jo aldri tid til å summere regningene før jeg drar på sommerferie, for da må jeg rydde i campingvogna for å gjøre den klar. Når jeg så kommer tilbake fra ferien så er hagen forvandlet til en urskog hvor du må jobbe både sent og tidlig for å få så pass oversikt at du kan se fra tre til tre. Når du så om sider har fått summert regningene og fått noenlunde oversikt over mellomlegget, så leverer du regningene på trygdekontoen, men noen penger får du ikke på denne tiden av året. Det virker som om hele trygdeetaten har tatt fellesferie og dradd til Kanariøyene.

I januar måned får du heller ingen penger utbetalt, men da vil i hvert fall ikke jeg beskyldte trygdeetaten for å ha tatt ferie. Nei da jobber de som besatt for å få sendt ut lønnsopp-gavene mens bunke på bunke med legerregninger ligger oppstaplet borte i en krå inntil det skal bli litt bedre tider.

Jeg synes dette med mellomlegget minner mistenkelig mye om julegavene og nissen. Du vet at du vil få noe når

tiden er inne, men det endelige svaret får du først på julekvelden når nissen står på trappen med sekken på ryggen iført det store, hvite skjegget sitt.

Et annet lite problem er jo det faktum at en av og til må betale en del regninger kontant. Det kan være at du må kjøpe bensin eller lignende på en lite brukt bensinstasjon fordi den stasjonen du bruker til vanlig har stengt i helgen. Du kan trenge et klippekort til fergen til noen hundre og det kan være mange andre ting. Men en tenker vel med seg, jeg har jo mellomlegget.

Jeg har selv funnet frem til en metode som jeg synes er glimrende. Ikke slik å forstå at jeg vil anbefale den til bruk for andre, nei så langt derifra.

Når det gjelder mellomlegget, nissepengene, så putter jeg de i baklomma fordi jeg synes dette er veldig praktisk. Men så er det det ser du at her nede i baklomma begynner mellomlegget sån i all stillhet å leve i papirløst ekteskap med de pengene jeg allerede har der fra før, og det behøver nødvendigvis ikke være bare mellomlegg. Det kan godt være penger jeg har hevet på postkontoret som fastlønn for en av de mange fastlønnsstillingene jeg har. Jeg har funnet ut at det er praktisk å ha en del kontanter på seg og ikke la alt gå inn på konto.

Når jeg så får en uventet regning som skal betales kontant så er det bare å ta handa ned i baklomma, så har du neven full. Det meste er vel mellomlegg, tenker du, og da er jo saken klar. Av og til faller du for fristelsen til å betale over din private postgirokonto, fordi dette er så veldig lettvingt, for mellomlegget blir ventelig ganske bra denne måneden.

Jeg satt her en kveld og skulle slutføre regnskapet mitt. Den ene regningen etter den andre ble høytidelig ført til protokolls med sirlige tall. Men hva var

nå dette? En stor telefonregning var betalt, men den var uten tvil stemplet med postgirokontoret sitt stempel. Nei, har du nå vært frem på igjen. At du aldri kan lære.

Da jeg hadde summert ferdig fikk jeg en alvorlig forskrekkelse, for det viste seg at jeg hadde brukt mere penger til regningene enn mellomlegget. Ja, ja, tenkte jeg. Her er det kun en ting å gjøre og det er å "fikse" et lite privat uttak og dermed gikk kabalen opp.

Det var på dette tidspunkt jeg snudde meg bakover, tenkte jeg hadde glemt å lukke et vindu. Men frysingene nedover ryggen skyldtes nok helt andre ting. Jeg kom til å tenke på hva som hadde skjedd hvis det samme hadde hendt for et par måneder siden da bankkontoen min var bunnskrapt etter at jeg hadde betalt den siste skatteterminen på 20 tusen kroner. Da måtte jeg vel antagelig holdt unna noen regninger og så gått til rette vedkommende og bedt om å få pengene tilbake, så kunne jeg heller betale neste måned.

Jeg kikket igjen i regnskapsboka og der stod dette tallet "privat uttak" og grein i mot meg som et synlig bevis på at jeg hadde gjort noe ulovlig. Jeg hadde stokket kortene på feil måte, blandet sammen lønns- og næringsinntekt og tåkela hele regnskapet for en eventuell revisor.

Det var på dette tidspunktet jeg besluttet å gå i tenkeboksen, for her måtte en finne på noe lurt.

Mens jeg sitter der og funderer, får jeg plutselig den geniale idéen at jeg vil anskaffe meg et pengeskrin. Da kan jeg putte mellomlegget i skrinet, og skulle jeg få en uventet utgift, kan jeg betale med penger fra skrinet og så legge den kvitterte regningen tilbake. På den måten ville jeg aldri miste oversikten. Skulle jeg kjøpe meg et nytt klippekort til fergen, så ville jeg ta frem skrinet mitt, smile

Forts. side 14

litt til billettøren og tenke høyt for meg selv, her har du gutten sin som har orden på sakene.

På kontoret ville jeg naturligvis ha pengeskrinet stående på skrivebordet slik at jeg kunne putte mellomlegget i skrinet og ikke i en ulåst skrivebordsskuff som jeg ellers har gjort i over 20 år.

Hvis jeg må forlate kontoret for et kort øyeblikk, vil jeg låse skrinet omhyggelig og så gå med nøkkelen i en snor rundt halsen. Det har seg nemlig slik at min kone og så er ansatt ved legesenteret. I et ubevoktet øyeblikk kunne hun finne på å nappe til seg de obligatoriske 22 kronene som hver måned skal på kaffe-børsa, for at kaffelars ikke skal gå til streik. Eller hun kunne finne på å ta en hundrelapp eller vel så det for å betale vaktmesteren på sykehjemmet for de 2-3 kartonger doruller hun bestilte forleden og som nå er kommet tilsendt fra grossisten i Trondheim til gunstig innkjøpspris.

Etterat kontortiden er slutt tar jeg naturligvis med meg skrinet ut i bilen og i sykebesøk. Når jeg kommer frem til pasienten vil jeg bære skrinet og legekufferten i hver sin hånd, iføre meg en gravalvorlig og professionell mine og deretter gå med verdige skritt inn i huset.

Jeg tror jeg vil bære lege-kufferten i høyre hånd fordi den er tyngst. Jeg kan like- som ikke forestille meg at pengeskrinet noensinne vil bli tyngre enn kufferten.

Forresten, det er tungvint å bære noe i hver hånd. Det blir vel derfor til at jeg finner frem den gamle ryggsekken min, så kan jeg bære skrinet på ryggen. Det er godt å ha en hånd fri. Om vinteren kan det være glatt og om sommeren har du denne fortærende mygg-plagen.

Ja, slik satt jeg der i tenkeboksen min og funderte og visste ikke etterpå om jeg skulle le eller gråte. Jeg kan imidlertid forsikre om at det var alvorlig ment, jeg fikk det bare ikke til

på noen annen måte. Hadde jeg det gjort, så ville jeg ha sendt innlegget til Tidsskriftet. Men der inne i storbyen tar de ikke inn slike innlegg, i hvertfall ikke før stoffet har gått grundig gjennom en tørketrommel.

Så får vi håpe på at myndighetene vil vise oss litt tolmodighet og toleranse og la oss få betrakte regnskapsåret 1979 som et prøveår, og så får vi skjerpe oss til den 1. januar 1980 for da begynner vil Alvoret for fullt. Kanskje er det lurt av oss og gjøre som mange kolleger, la kyndige folk ta hånd om regnskapet.

Under alle omstendigheter, det ble litt av en overgang for oss som i generasjoner har levd i økonomisk uavhengighet og med et særdeles godt forhold til de pengene vi har tjent på ærlig og redelig vis.



Dopamet

l-a-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 5 x 100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

Tenormin kalenderpakning for optimal sikkerhet mot medisinforsømmelse.



Den tablett som ikke tas har ingen virkning.

Tenormin

atenolol

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Ukomplisert hjertesvikt, AV-blokk grad II og III.

Relative: Hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans, insulintrengende diabetes mellitus, metabolsk acidose, Raynaud's syndrom, graviditet (se Forsiktighetsregler). Pasienter med latent og manifest hjertesvikt må digitaliseres.

BIVIRKNINGER:

Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner, kalde hender og føtter. Gastrointestinalt ubehag, søvnvansker, hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen kan forekomme, likeledes muskeltretthet (særlig initialt).

FORSIKTIGHETSREGLER:

Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktiv luftveislidelse. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning i 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 kretslopfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkerere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkerere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskel. Betablokkerere og digitalis virker additivt på nedsettelse av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen. Som under enhver behandling kan sykdommer utvikle seg videre uavhengig av behandlingen. Pasienter som står på betablokkerere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkes med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroform-anestesi. Da utskillelsen av absorbert atenolol hovedsakelig skjer renalt, bør Tenormin ikke brukes ved nedsatt nyrefunksjon for anvendelse hos denne

kategori pasienter er nærmere utredet. Hvis en betablokkerer er indisert hos en pasient med sterkt nedsatt nyrefunksjon, bør man istedet benytte propranolol, som er vist å kunne brukes hos personer med redusert nyrefunksjon. Hvis det er spesiell grunn til å seponere preparatet for kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. 1 uke.

INTERAKSJONER:

Betablokkerere COVID	Beta-stimulerende adrenergika	blokkerer beta-adrenerg effekt (V1b)
	antidiabetika	økt hypoglykemisk effekt (V1a)
	antihypertensiva/diuretika	økt BT-senkende effekt (V1a)
	digitalis	bradykardi, arytm (V1a, V11)
	disulfiram	dempet disulfiram/etanol reaksjon (V11)
	generelle anestetika	myokarddepresjon (V11)
	sekalealkaloider	økt risiko for perifere karspasm (V1a)
	kolinesterasehemmere	økt risiko for bradykardi (V1a)
	verapamil	økt risiko for myokarddepresjon (V1a)



ICI-Pharma

Stortingsgt. 14 Oslo 1 Tel. (02) 42 69 40

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

Nyhet!

Surmontil[®] 50 mg

trimipramin



pakningsstørrelse à 30 tabletter godkjent
til bruk i ALMENPRAKSIS.

telex

telex

telex

telex

telex

surmontil tabletter - pakningsstørrelse 30 tabletter
til bruk i almenpraksis

vi kan herved meddele at spesialitetsnemnda har godkjent
å oppheve den begrensede registreringen for surmontil
50 mg i pakninger à 30 tabletter til bruk i almenpraksis

videre gjør vi oppmerksom på at surmontil er det eneste
antidepressivum som etter velkontrollerte kliniske arbeider
er godkjent ved ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at
depresjon er en etiologisk faktor

telex

telex

telex

telex

telex

For ytterligere opplysninger, se Felleskatalogen

