

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 4

MAI/JUNI 1976

ÅRGANG 5



DET HARVE LAKIARDISTRIKET, JA; MEN...

Redaktører:
Tore Rud
Harald Siem
Per Wium
Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 78 237

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

UTPOSTEN

Redaksjonssekretærer
Liv Vold
Reidun Solem
Dag Brekke

Ettertrykk forbudt

Tegninger og Lay-out:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 50,- pr. år.
Studenter kr. 25,- pr. år.

Trykk:
ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 Orkanger.

DET RØRER PÅ SEG!

Det er bevegelse i primærhelsetjenesten i hvertfall når det gjelder legestanden. Det er tydelig at et generasjons-skifte er iferd med å skje på flere plan. Og dette gir seg uttrykk i nye ideer som stormer frem mot en legeforening hvor generasjonsskiftet ikke har kommet så langt enda.

For å ta det mest nærliggende: samarbeidet primærhelsetjenesten/sykehusene. Det er innlysende at dette har vært et forsøkt område de fleste steder i landet. Jeg nevnte i forrige Utposten eksemplet fra Trondheim hvor de almenpraktiserende leger og distriktsleger har slått seg sammen for å ivareta felles interesser. Dette gjelder først og fremst etterutdannelse, videreutdannelse, praktiske krav til drift av legepraksis, og sist, men ikke minst, forhandlinger overfor sykehuset om bedre service.

Dette er grunnlagt i det forhold at disse leger er innleggende leger til sentralsykehuset i Trondheim. De synes at sykehuset skal være en service-institusjon for pasientene, en service-institusjon hvor både pasienter og innleggende lege må ha et ord med i laget når det gjelder oppbygging og samarbeide. Kontaktmøter har vært holdt hvor tildels harde utbrudd har kommet fra begge sider, men alt i alt har resultatet vært et bedret forhold med mer åpenhet og forandring på enkelte helt essensielle ting. Det er dr. Arne Ivar Østensen som er primus motor

sammen med mange andre i Trondheim, og han uttalte at ikke minst sykehuslegene synes dette samarbeidet har vært nyttig.

Jeg har brukt i erfaring at lignende samarbeidsgrupper har kommet igang flere andre steder i landet, bl.a. i Kristiansand og i Bergen, og i hvertfall har samarbeidet i Kristiansand vært givende.

Den store skygge over alt dette nye er imidlertid Legeforeningen representert ved Sentralstyret. Disse vil ikke godkjenne at almenpraktiserende leger lager lokalforeninger rundt omkring i landet. Dette kan sentral

styret tillate seg å gjøre etter en enstemmig innstilling fra styret i APLF. Etter uttalelse fra den nye president i Legeforeningen, Gjedde-Dahl, ville dette splitte den norske legestand og innføre et søyleprinsipp som ville være uheldig. Hva han mente med dette er kanskje ikke så lett å skjønne når både primärlegene og sykehuslegene på lokalplanet er meget fornøyd med tiltaket. Det synes som om Legeforeningen er redd for å styrke de lokale legegrupper til tross for at det vil komme pasientene til gode. De argumenterer ut fra rent organisasjonsmessige synspunkter i Oslo, og ikke ut fra pasientenes beste.

Red.



Om forståelse av «normalkontrakten» mellom distriktslege og turnuskandidat

DISTRIKTSLEGE DAG BREKKE

Bakgrunn.

Normalkontrakten ble gjort gjeldende fra 15/7-73. Forståelsen av den ble drøftet på junimøtet på Bygdøy i 1974. Her var også YLF og Den norske Lægeforening representert. Det var enighet om prinsippet for utgiftsfordelingen: utgiftene ved kontordriften skal fordeles i forhold til inntekten. Formalisert:

$$U_{tk} = U \frac{I_{tk}}{I_{tk} + I_{dl}}$$

U= utgift, tk= turnuskandidat, dl= distriktslege.
Dertil skulle kandidaten svare arbeidsgiveravgift av egen lønn.
Detaljerte formuleringer om hva som skulle gå inn i utgiftsgrunnlaget til fordeling (U), ble ikke gitt.
Med den ordlyd normalkontrakten pkt. 9.I har, har det vist seg vanskelig å unngå problemer. Det måtte nødvendigvis tolkninger til.
Tilsvarende gjelder pkt.III angående hva beløpet for administrasjon skal dekke.

Tolkning.

Undertegnede fant det hensiktmessig å utarbeide en "presisering" av normalkontrakten der det bl.a. het: "ad pkt.9.I: a) Distriktslegen foretar hver måned en foreløpig avlønning av turnuskandidaten.

b) Turnuskandidaten refunderer distriktsleggen et foreløpig månedlig beløp på kr. ..., derav kr. for regnskapsførsel, som dekker hans andel av praksisutgiftene: utgifter til kontorleie, kontorhold, utstyr, inventar, avskrivninger, lønninger (inkl. arbeidsgiveravgift og feriepenger).

c) Ved halvårsslutt gjøres opp regnskap og utgiftene fordeles i forhold til opparbeidet refusjonsinntekt (eksl. skyssgodtgj.) fra Trygdekontoret. Turnuskandidaten får en skriftlig regnskapsoversikt slik det fremgår av eget oppgjørsskjema, som også viser fordelingsnøkkelen for utgiftene. Fravær for ferier, kurser, permisjoner mm. gjør ingen endringer i prinsippet for utgiftsfordelingen."

Twist.

Siden saken nå er offentlig gjennom offentliggjøring av OLL's styrereferater som vedlegg til Utposten nr. 3/76, og siden den har betydelig prinsipielle interesse for OLL's medlemmer, finner jeg det naturlig å redegjøre for de synspunkter tvisten om disse fortolkninger har avstedkommet.

"Twisten" oppstod vistnok en gang på vårparten i 1975 ved at to tidligere turnuskandidater gjorde henvendelse til YLF hver for seg om denne fortolkning, det har ennå ikke vært mulig å få konkret kjennskap til klagen - hvilket også fremgår av styrereferatene fra OLL -, men i allfall avstedkom mine "presiseringer" et brev fra YLF av 16/6-75 hvor det bl.a. hevdes:

"1. Normalkontrakten for turnuskandidater som amanuenser hos distriktsleger er en kollegial vedtakt, bindende for medlemmer av Den norske lægeforening. Det betyr selvsagt at Normalkontrakten bestemmelser skal følges.

Utgiftsfordelingen kan i praksis være ordnet på flere måter, ofte ved en ren pro-

sentfordeling. Forutsetningen må da være at partene har erfaring for, og er enige om, at den prosentfordeling man kommer frem til i praksis vil gi den samme fordeling som en streng anvendelse av kontraktbestemmelsene vil gi. Distriktslegen kan m.a.o. ikke ensidig diktere andre oppgjørsbestemmelser.

De "presiseringer" av Normalkontrakten som er nevnt under 1 foran, er klart i strid med Normalkontraktenes pkt.9.I.

Normalkontraktenes prinsipp er at turnuskandidaten skal refundere distriktslegen de faktiske utgifter som turnuskandidatens virksomhet påfører distriktslegen, mens distriktslegen selv bærer utgiftene ved sin praksis.

Dette prinsipp innebærer at utgifter som turnuskandidaten skal refundere må spesifiseres og legitimeres overfor turnuskandidaten med utgiftsbilag som han selv må kunne kontrollere og vurdere rimeligheten av. "Bevisbyrden" for at utgiftene er rimelige påhviler således distriktslegen.

Normalkontraktenes bestemmelser medfører videre bl.a. at dersom distriktsleggen måtte være fraværende under ferier, kurs, utdanningspermisjon m.a., må han selv ta belastningen for de faste utgifter som hans praksis under enhver omstendighet vil medføre. Turnuskandidaten kan ikke pålegges større andel av utgiftene når han er alene, medmindre han beviselig har rimelig mulighet til å utnytte personell og utstyr i sin virksomhet i vesentlig høyere grad enn han ville gjøre under normale forhold.

2. I henhold til Normalkontraktens pkt. 9, III, skal distriktslegen etter nærmere avtale motta et månedlig beløp fra turnuskandidaten som godt gjørelse for administrasjon etc. Beløpet er begrenset til kr. 500,- pr. mnd. Det er en klar forutsetning at denne administrasjonsavgift skal dekke alle spesielle administrasjonsutgifter som distriktslegen måtte ha i forbindelse med turnuskandidatens virksomhet, herunder regnskapsførsel. Ettersom distriktslegen har særskilt godt gjørelse for dette, må hans utgifter til regnskapsførsel selvsagt holdes utenfor de fellesutgifter som turnuskandidaten skal refundere andel av."

Brevet avsluttet med at YLF (!) pålegger undertegnede å foreta nytt sluttoppgjør med de to kandidater, og om ikke vil de bringe saken inn for nemnd, og "vil måtte vurdere nærmere sakens forhold til Lægeforeningens etiske regler".

Som et kuriosum kan nevnes at en av kandidatene etter dette prompte "forlanger å få tilsendt til gjennomsyn kvitterte bilag for samtlige utgifter som jeg skal være med på å betale. Hver utgiftspost skal spesifiseres ved bilag til den minste detalj, f.eks. oversikt over samtlige telefonamtaler."

Siden regnskapet forelå med bilag "til den minste detalj", og siden det her åpenbart måtte være dyp prinsipiell uenighet mellom YLF og landets distriktsleger, ble saken i brev av 14/7-75 lagt frem for OLL, hvor jeg etter å ha drøftet saken med flere kolleger - bl.a. fremmet følgende prinsipielle synspunkter:

1.a Normalkontraktens pkt. 9. I knesetter som prinsipp at turnuskandidaten skal betale de utgifter som er forbundet med hans virksomhet. Dette må forstås slik at tk. ikke skal subsidieres, og distriktslegen skal ikke ha fortjeneste på oppgjøret med kandidaten.

Utgiftsgrunnlaget må være alle utgifter som er nødvendig for å holde distriktslegekontoret bemannet og styrt på et slikt nivå at en kan ha tk. i arbeid. Heri må inngå driftsutgifter som tk. virksomhet direkte forårsaker f.eks. regnskaps- og forret-

ningsførsel, lønn for nødvendig vareoppstelling, organisering av innkjøp mm, arbeidsledelse, rydding og tilrettelegging av arbeidet i den grad tk. ikke selv evner dette.

Det er således totalutgiftene ved kontorets drift på heldøgnsbasis, med fradrag av rent private - ellers fra-dragsberettigede utgifter, som må være utgangspunktet for utgiftsfordelingen mellom distriktslege og turnuskandidat.

Av praktiske grunner bør foregående års regnskap med et skjønnsmessig tillegg for lønns- og prisstigning, legges til grunn slik vi vet er den vanlige fremgangsmåte nå. Mitt system med oppgjør etter regnskap for aktuelle periode, er for tidkrevende selv om det nok ligger nærmere opp til "millimeterrettferdighet".

b). Turnuskandidaten er arbeidstaker. Som sådann er han underlagt sin arbeidsgiver, og helt underlagt arbeidsgiverens måte å drive virksomheten på. Det må ikke komme på tale at tk. skal kunne ha rett til innflytelse på arbeidsgiverens disposisjoner. At distriktslegen diskuterer slike spørsmål med sin assistent, er naturlig.

Av dette følger at undertegnede mener det er uhørt at tk. skal kunne kreve å få seg forelagt, og sågar ha godkjenningsmyndighet over kontorets regnskap. Närer han mistillit til det, bør saken ordnes gjennom de respektive organisasjoner og tk. bør ha adgang til å avbryte turnus-tjenesten hos vedkommende distriktslege. Dette fordi tillit er et nøkkelord i vår virksomhet.

Selv ble jeg av turnuskandidaten presentert for kravet om at regnskapet skulle legges frem for ham, evt. hver vår statsautoriserte revisor, som så skulle avgjøre hvilke utgifter det var rimelig at tk. tok del i.

c). Det YLF hevder om "bevisbyrden" for rimelighet av utgifter i brevet (s.2. Ad.1. 5.avsn.) må avvises idet det å påvise nøyaktig hvilke utgiftsposter turnuskandidatens virksomhet påfører kontordriften er praktisk umulig og vil gi uante utviklingsmuligheter for kverulanter.

d). Fordelingen av utgiftene bør skje etter den bruk som ligger til grunn for utgiftspostene. Prinsipielt medfører større bruk, større utgifter. Den som bruker kontoret mest vil ha størst inntekt av praksisen. Å relatere utgiftsfordelingen til inntektsfordelingen er således rimelig. Noen relaterer det til "dager på kontoret", offentlige leger har jo ofte mye annet å stelle med enn å drive privatpraksis.

Om bruttoinntekten skal være totalinntekt, refusjonsinntekt, inntekt av kontorpraksis ekskl. sykebesøk, er forskjellig praktisert. Selv bruker jeg total refusjonsinntekt ekskl. honorar, mellomlegg, skolelege, spebarnkontroll, tilsynslegevirksomhet, skyssgodtgjørelse etc.

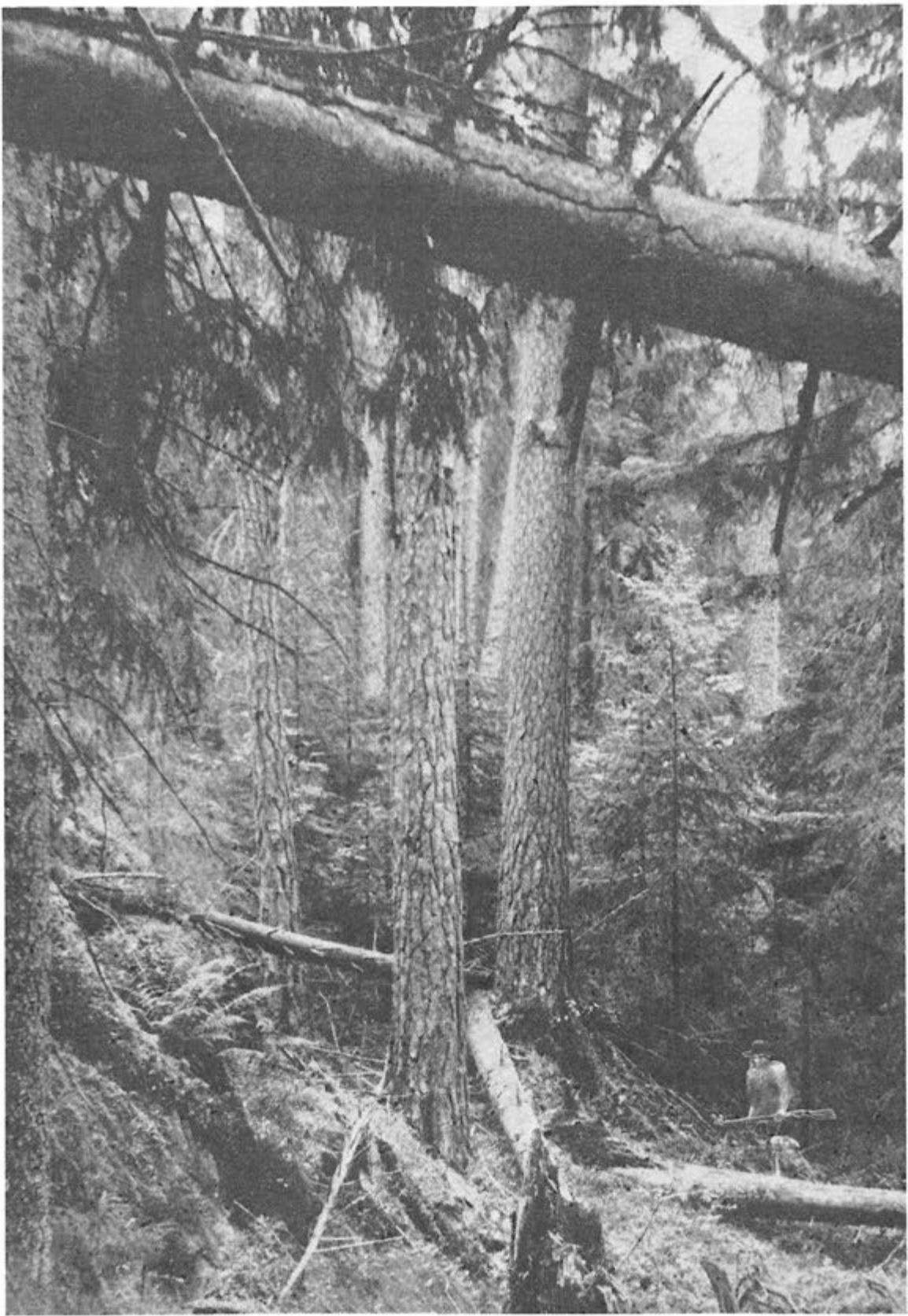
e). Ved denne utgiftsfordelingsmåte vil normale fravær (ferie, kurser, etc.) ikke til de grader straffe seg økonomisk, og den som sitter igjen alene med økt aktivitet og økte inntekter av sin praksis må betale litt mer. Dette faller ikke urimelig ut når det fordeles over hele året.

Det bør fastslås som prinsipp at distriktslegen ikke skal være forpliktet til å si opp eller permittere personale eller endre leieforhold ved lengre fravær så lenge han forplikter seg på å yte turnuskandidaten minstelønn.

f). Minstelønnen må ansees som gjennomsnittlig skattbar inntekt for turnuskandidatens totale virksomhet gjennom halvåret, altså ikke bare kontorpraksisen.

2. Ad pkt. 9 II.
Det bør innskjerpes at tk. ikke kan utta forsakudd ved trygdekontoret uten distriktslegens samtykke, og aldri i en slik grad at distriktslegen må forskuttere skatter og avgifter for tk., slik jeg i et par tilfeller har vært nødt til.

3. Ad pkt. 9 III.
Beløpet for "administrasjon" må ansees å skulle dekke det uspesifiserte ekstraarbeid, heft, etc. som tk. virksomhet medfører og som kun distriktslegen kan stå for - har således intet med faglig vei-



Hvor er turnuskandidaten?

TURNUSKANDIDATER, LØNNINGER OG KRANGEL

Distriktslegen i Aukra er i den uheldige situasjon at han av og til har fått turnuskandidat, men ofte ikke har fått tildelt turnuskandidat. Det er to øykommuner som betjenes innen Aukra lededis-trikt og turnuskandidaten må hjelpe til på begge distriktslegekontorene. Det har stadig dukket opp vanskeligheter ved bruk av normalkontrakten, og de går i nesten alle tilfeller ut på at turnuskandidaten synes han får for lite lønn utbetalst. Jeg har brukt utgiftsgrunnlag fra foregående år med tillegg på 10% for lønnsstigning som skissert på møtet i OLL på Bygdøy 1974, hvor YLF var representert ved sin formann Gedde-Dahl. Der var også tilstede generalsekretæren i Legeforeningen, samt diverse sekretærer. Så vidt jeg skjønte på YLF's representant, godtok han den måten å beregne utgiftene på. Turnuskandidaten har hatt to og tre kontordager i min kommune og en til to kontordager i nabokommunen. Jeg har valgt å regne inntektene fra drift utenfor kommunen som turnuskandidatens private praksis og ikke tatt arbeids-giverrollen i det bildet. De tallene som her kommer frem er derfor bare en del av turnuskandidatens inntekt, bruttoinntekten har ligget på ca. 60.000 - 70.000 pr. halvår for turnuskandidaten.

Kontorutgiftene i 1975 var kr. 96.500,-. Utgiftsøkningen med en reell stigning på 25% i lønninger og en stipulert stigning på 10% i andre utgifter, gir en kontorutgift på kr. 113.000,- pr. mnd. blir dette kr. 9.400,- på et distriktslegekontor med 3 ansatte, nemlig, vaskehjelp, lab.teknikker og kontordame. På grunn av elendige lokaler kan vi bare være en av gangen på kontoret.

Jeg legger til at å regne ut utgiftene på kontoret er meget vanskelig på grunn av at kontoret blir brukt til en hel del andre ting. Jeg nevner helserådsarbeide, helsestasjonsarbeide, skolegearbeide, bedriftslegeundersøkelse, o.s.v. Alt dette har jeg måttet trekke fra i kontorutgiftene til det kurative helsearbeide.

På grunn av stadig vanskeligheter har jeg også gått gjennom hele regnskapet fra tidligere år med turnuskandidatene for å få dette godkjent.

Ut fra den nåværende turnuskontrakt befinner distriktslegene seg i en bukke og takke-aposisjon som påfører de en ekstra arbeidsbelastning av ikke lite omfang. I tillegg blir det hele mis-tenkeliggjort fra Legeforening, representert ved YLF

når tvister oppstår. Jeg henviser til artikkelen skrevet av Dag Brekke i dette nummer.

La oss så se på inntektene til en turnuskandidat i mars med 8 kontordager, ingen vakter på hverdager, 1 helgevakt. Brutto inntekt på legekontoret den måned var kr. 27.000,-

Brutto inntekt for turnuskandidaten var kr. 11.000,- Kontorutgifter pr. mnd. beregnet på 1975-utgifter med prisstigning var altså kr. 9.400.

Kontorutgifter for turnuskandidaten blir derfor:
 $9400 \times 11000 = kr. 3800.$
2700

Turnuskandidaten får, når jeg har trukket inntekter for medisiner som han har solgt, ca. kr. 7.000,-. Derfra trekkes arbeidsgiveravgift med ca. kr. 1.000,-. Han sitter igjen med lønnsinnberettet inntekt på kr. 6.000,-. Og dette høres jo bra ut med 8 arbeidsdager i den måneden, ingen vaktjeneste bortsett fra 1 helgevakt.

Hva er det som kan gå skjevt i denne kontrakten? For det første er det ofte vanskeligheter i begynnelsen når turnuskandidaten er utrenet og befolkningen er usikker på den nye legen. Pasientantallet synker fra 20 pr dag som vi vanligvis

Forts. side 13.



Kurs for almenpraktiserende leger Gausdal Høyfjellshotell

25. april – 1. mai 1976

Det var mange leger der, almentpraktikere med siste modell av de dyreste biler fylte spisesalen. De fleste med ektefelle og en del dager iført smoking som obligatorisk antrekk. Det var en pen forsamling, og kursledelsen representert ved Jan Otto Syversen, hadde gjort en utmerket innsats, og laget et kurs som kan anbefales alle leger med primærmedisin som oppgave.

Men også her tror jeg generasjonsskillet begynner å gjøre seg gjeldende. Det var flere på kurset som hadde vært til stede mange år på rad, og det har utviklet seg til det store møtet hvor almentpraktikere kan komme sammen en gang i året for å lære nye ting og utveksle erfaringer.

Men det var generasjonsandrингene. De som hadde vært med flere år på rad, understreket at årets kurs som aldri før var dominert av yngre leger innen primærhelsesekten. Personlig har jeg ikke imot dette, jeg tror imidlertid de eldre kolleger som var til stede hadde vel så mye å gi de yngre deltagere som omvendt.

Min erfaring var etter kurset at vi unge i en heseblesende jakt på å løse alle problemer, kanskje glemmer noe meget viktig som de eldre kan gi oss. De kan nemlig fortelle hvordan utviklingen har vært. Vi vil få bedre forståelse for hvordan man før drev legepraksis og hvorfor man gjorde det slik. Jeg vil si at min fordømmende holdning overfor eldre kolleger som kanskje ikke driver fullt så rasjonellt, og har mye mindre tek-

nisk utstyr enn de nye doktere, stadig blir mindre jo mer innsikt jeg får i de eldre kollegers måte å takle problemene på.

Jeg skal senere komme inn på de forskjellige temaer som ble behandlet på kurset. Nå vil jeg bare kort nevne det viktigste. Først fremheves Einar Øians glimrende foredrag om misbruk av steroidsalver. Repetisjon av at hudsykdommer ikke bare er steroidsalver, og at det tildels kan gjøre meget skade.

Stor forventning til paneldebatt om manipulasjonsbehandling og kiropraktikk. De to kiropraktorer Trond Soot og Kyrre Myhrvold gjorde et meget sympatisk inntrykk og ville gjerne finne sin plass i helsearmamentariet ved å samarbeide med leger og fysioterapeuter. Hvis dette er rett inntrykk av kiropraktorstanden i Norge, tror jeg ikke vår store frykt for standen har vært reellt begrundet.

Forslag som kom frem var etterutdannelseskurs for kiropraktorer ved hjemkomst til Norge, godkjenningsordning for kiropraktorer i landet og innarbeidelse av kiropraktorer til fysioterapitjenesten på landsbasis. Forsøk å utelukkenye kiropraktorer i ta utdannelse i utlandet og opprett egnede utdannelsesmuligheter for manipulatører i Norge.

Forøvrig kom Arve Lystad der med antisепtikk og aseptikk i almenpraksis. Han anbefalte tørrsterilisator på legekontor og understreket viktigheten av skikkelige rutiner ved kateterisering.

PER WIUM:

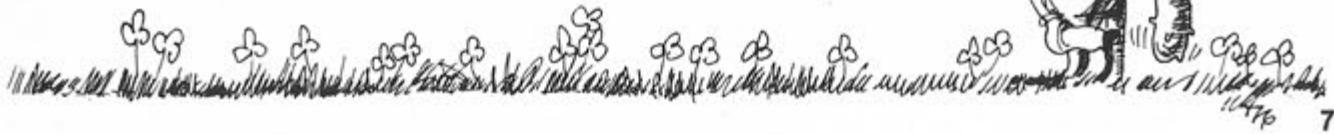
Dr. Anders Smith fra MSIS (meldesystem for infeksjons-sykdommer) fortalte mye aktuelt men det mest overraskende var at 82% av de meldepliktige legene sender inn ukentlige meldinger til SIFF.

Ny lov om legers rettigheter og plikter ble kommentert av juristen Asmund Hodne. Vi har fått de samme rettigheter som før og utvidede plikter. Seksualproblematikk ble tatt opp med Kåre Duckert og hans kone can.psychol. Helene Schou. Mye og nye interessante ting som virker fremmed på en landsens doktor.

Lørdag 1. mai ble det hele avsluttet med foreningssaker, og det viste seg vel at man kunne ha lengre tid til dette. Primærlegens nære fremtid ble fremlagt av Dag Bruusgaard. Debatten ble lang og interessant og jeg tror nok det er flere ting som kunne tas opp på denne måten av rent foreningsmessig interesse.

Været i Gausdal var strålende, skiføret var brukbart og uken var en vitamininnsprytting for en lege. Jeg unner alle primærleger med ektefelle en ukes kurs på Gausdal Høyfjellshotell. Det faglige innhold var bedre enn gjennomsnittet av andre kurs jeg har vært med på, men det viktigste av alt er samvaret ved middagsbordet, om kvelden og ikke minst i skiløypa. Hvis man tok bort påbudet om smoking til middag på søndag, onsdag og fredag tror jeg jeg vil kalle opplegget for perfekt.

OM-PRIORITETERING



HR. REDAKTØR

Jeg ønsker å ta opp i Utposten noe som jeg lenge har irritert meg over nemlig sendrektheten til våre myndigheter når det gjelder lønnsutbetalingen til offentlige leger. Jeg har selv merket det ved flere anledninger, og har hørt om diverse kolleger som også har måttet vente i mange måneder før de kommer med på de respektive skattefuters lønningslister.

For å ta mitt ferskeste eksempel.

I juni 75 var det klart at den annen distriktslege i Tysvær kommune ville fratre 15/10-75 og at det ville være høyst sannsynlig at det ville bli nødvendig for meg å overtak hans stilling i tillegg til min i hvert fall for en tid.

Den 21/10-75 skrev jeg (se kopi) til fylkesleggen, som videresendte det, at jeg hadde overtatt stillingen og gjorde oppmerksom på at jeg tilkom den stillingens halve lønn i tillegg til min vanlige lønn i tiden jeg innehadde den.

Tiden gikk og ingen lønn kom, jeg ringte gjentagne ganger til fylkesleggen som skulle etterlyse hvor den var blitt av.

Allerede i januar (sic) kom det svar fra departementet (Kopi) at halv lønn i kl. 17 kunne utbetales i tillegg til min vanlige lønn. Samtidig sendte også fylkesleggen anvisning av samme lønn for tidsrommet 15/10-19/1-76 (da hadde ny distriktslege tiltrådt). Omrent samtidig purret jeg igjen skriftlig. (kopi).

2/3-76 skrev jeg igjen og etterlyste min lønn og anførte: "— over en mnd. siden lønn er anvist fortsatt ingen lønn mottatt. En er tilbøyelig til å anse dette som unødvendig sen saksgang. En håper at andre statstilatte får sin lønn noe hurtigere."

Intet skjedde. Flere telefoner hvor jeg ba kontorsjefen hos fylkesleggen bruke noen velvalgte ord overfor skattefutkontoret for å overbringe min misnøye med denne sendrektheten.

Intet skjedde. Tilslutt tok jeg telefon til skattefuten for å høre. (Se skriv dat. 4/5-76). Da fikk jeg blant annet høre det fantastiske at siden det var gått så lang tid trodde de at jeg hadde fått lønnen for lengst, (med andre ord hadde jeg ikke vært så våken ville jeg overhodet ikke ha fått den). Det ble sagt meg at det kanskje ikke var så viktig for distriktslegene med denne lønnen ---- En kunne få inntrykk av at det mentes en tjente så meget allikevel. Dette vil selvfølgelig aldri noen tjenestemann innrømme offentlig, men jeg oppfattet det slik, og jeg har ved tidligere anledning fått høre omtrent det samme i telefonen, men slik skriver en jo ikke, men jeg ønsker ryddet opp i dette sommelet; nå settes det på papiret.

Over telefonen ble det også sagt meg at etter kontorsjefen hos fylkesleggen var der sist hadde de gått gjennom saken min og funnet at lønn ikke var utbetalet, og nå hadde de ordnet opp i det. 12/5-76 mottok jeg så lønns-spesifikasjon. Der var riktig nok den ekstra lønn endelig kommet med, men av en eller annen grunn var jeg blitt plasert en gal lønnsklasse slik at nå var grunnlønnen gal.

Jeg synes dette vitner om unødvendig rot og sommel og at vi ikke bør finne oss i det. Den nye distriktslegen tiltrådte 20/1-76, han har i skrivende stund ikke mottatt lønn så vidt jeg vet. Ved henvendelse til fylkesleggen får jeg opplyst at ass.fylkeslege heller ikke fikk lønn på flere måneder. I og med at han er i heldagsstilling måtte han jo få forskudd.

Jeg ville gjerne at andre kommenterte dette forholdet da jeg tror at dette ikke er noe som bare rammer enkelte av oss, men er det vanlige.

Så vidt meg bekjent så blir en når en tiltre tilstilling i et firma satt på løpende samlingslønningsliste i den måneden en begynner og får sin lønn i slutten av mnd. for de dager en har vært der Fra neste mnd. får en så lønn til vanlig tid sammen med de andre som har vært i firmaet i lang tid. Slik har jeg i allefall erfaring for at det foregår.

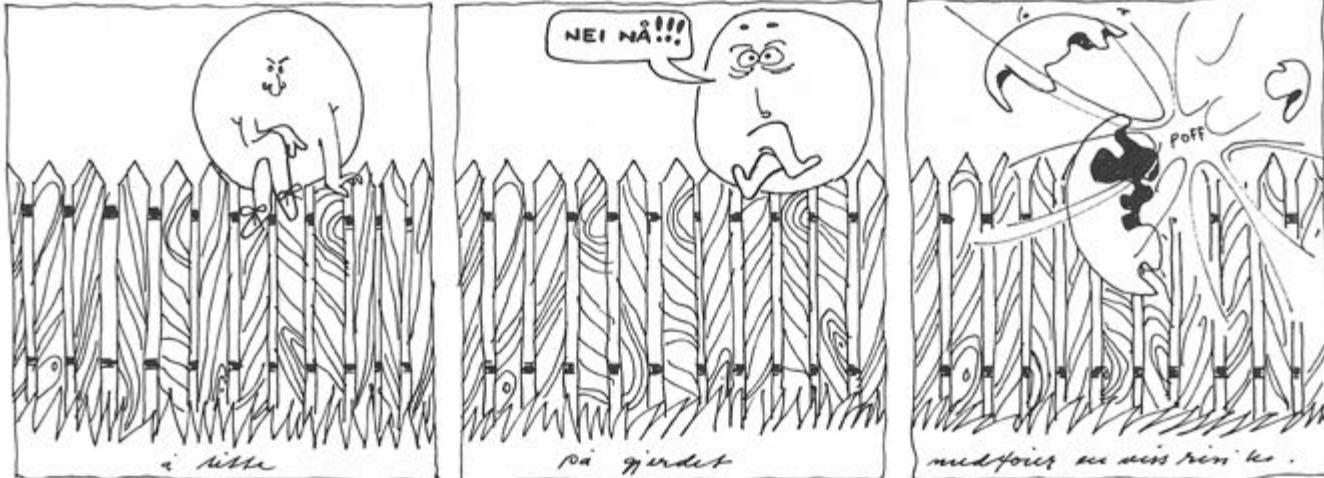
Jeg synes det bør være et minstekrav vi setter til vår store arbeidsgiver Staten at vi får våre regulativlønn fra måneden etter vi har tiltrådt. Noe mindre er utilatelig sommel og bør ikke godtas.

Yngve Nakling
Nedstrand, den 13.5.76

AD. LØNNSUT-BETALINGER

Redaktøren har gått igjennom korrespondansen i forbindelse med det som står i artikkelen til distriktslege Yngve Nakling, og er tildels impo-nert. Det er imidlertid et sørgetlig faktum at jeg, og vel de fleste andre, har vært i samme situasjon. Og dette gjelder spesielt bistillinger og ekstraarbeide som vi påtar oss innen offentlig helse-tjeneste mot vår vilje men av lojalitet til helsetjenesten. Det er derfor ekstra surt å måtte kjempe som en hund for å få den lønn som man rettmessig tilkommer. Vi er taknemlige for flere eksempler mer eller mindre ekstreme.

Red.



Helserådet – en kommunal parasitt som bør bekjempes?

Bringer et lite bidrag i denne ulvetid for helserådene. Selv om vi har overlevet den første strid under behandlingen av "Sosialmeldingen" i Stortinget, må vi komme i annen situasjon enn den nåværende, som er uholdbar.

Stryn er en landkommune i Sogn og Fjordane preget av primærnæringene jordbruk/hagebruk, men med voksende industrialisering. Folketallet er stigende og er ca 7600. Kommunen har en betydelig turisttrafikk slik at 3-5000 mennesker ekstra bor i kommunen i turistsesongen. Dette belaster helsetjenesten i kommunen merkbart.

Kommunen har to distriktsleger, en turnuskandidat og to privatpraktiserende leger. Det er opprettet tre helse-søsterstillinger, men den tredje har aldri vært besatt. Hjemmesykepleieordningen er godt utbygd. Her er 8 sykehjemsplasser og aldersheimene (3 stk.) er fylt av tungt pleieklientell.

Helsetjenesten i kommunen har slik sine kors å bære, og overfor problemstillingen over gjengis litt av siste års medisinalberetning:

"Samarbeidet mellom helse-tjenesten, sosial- og trygdestaten har dels vært formalis-

sert ved månedlige kontaktmøter, men mest gått fra sak til sak de enkelte etater imellom. Den offentlige helsetjeneste i kommunen sees ikke å høre til den kommunale administrasjon og de offentlige leger og helse-søstre holdes utenfor de møter og sammenkomster faggruppene vistnok holder seg imellom.

Helserådets arbeid fremgår av følgende oversikt over fordelingen av de 136 saksnummer som ble behandlet på 5 møter: 95 saker gjaldt spørsmål om godkjenning av avløp (ev. vannforsyning) i forbindelse med bolig/hyttebygging.

- 11 saker gjaldt godkjenning/uttalelse i forbindelse med øvrige byggesaker.
- 7 saksnummer gjaldt godkjenning av campingplass og pensjonater. Under dette ble bl.a. 30 campingplasser godkjent for 1975.
- 1 herbergeløyve og
- 1 serveringsløyve ble behandlet.
- 2 saker gjaldt godkjenning av planer for vannverk.
- 6 saksnummer behandlet spørsmålet om godkjenning av i alt 25 kiosker og varmdrikksautomater.
- 1 gjaldt spørsmål om støtte etter vanføreloven.
- 1 budsjettsak og
- 1 vedr. helsestasjonsplanen.

De i alt 10 klagesakene fordele seg slik:

- 5 vedrørende forurensning av drikkevann.
- 1 om utilfredstillende kloakkavløp.
- 3 om renovasjonsavgift.
- 1 om mulig helse/trafikkfare ved planlagt skoleplass.

Helserådet har ikke mulighet for å foreta en saksbehandling som tilfredstiller forvaltningslovens forutsetninger med den underbemanning som foreligger, og som forverres ytterligere av en ubesatt helse-søsterstilling. De to distriktslegene har over 60 t. arbeidsuke bare i den kurative sektor og å foreta befaringer og inspeksjoner på kvelds og nattetid går mindre bra. Å gjøre altfor mye av dette arbeidet på dags tid griper alvorlig inn i legekontorenes driftsøkonomi.

Søknad om deltids kontorhjelp i 1975 ble bare imøtesett med 4 t/uke fra da helse-søster i Stryn sluttet. Dette monner overhodet ikke og påfører helserådsordføreren en samlet aktiv arbeidstid i gjennomsnitt pr. uke på 75-80 timer.

En kan vanskelig se at den offentlige helsetjeneste, helserådet, kommunen eller befolkningen er tjent med dette og endringer bør komme.

Helserådsordførerens vurdering av situasjonen er at et forvaltningsorgan som neddynges i arbeid og ikke får tilstrekkelig arbeidshjelp nødvendigvis må gå i stå. Instanser som opplever helserådets virksomhet som brysom eller unødvendig kan være interessert i en slik utvikling. Man kan så si at dette forvaltningsorgan ikke fungerer og bør omorganiseres.

I forbindelse med behandlingen av "Sosialmeldingen", der helserådet foreslås utradert, er det interessant - på bakgrunn av foranstående å merke seg at Norske kommuners sentralforbund ønsker full kommunal overtagelse og styring av hele det offentlige helsevesen i kommunen inklusive den offentlige lege. Tatt i betraktning den stemoderlige behandling mange norske kommuner gir sitt helsevesen, vil en communal helsetjeneste neppe bli noen lykkelig løsning.

Mye kunne likevel gjøres om det bare var mulig å få mer ensartede og klarere avtaler omkring distriktslegekontorenes økonomi og drift slik at engasjement i offentlig

helsearbeid ikke ble en økonomisk byrde for distriktslegen. Kostnadsnivået ved drift av et moderne legekontor er nå så høyt at full-dags arbeidsuke i den kurative sektor er nødvendig for å få en forsvarlig avkastning.

I Stryn legedistrikt bør det komme en fast offentlig lege til, og helserådet bør få minst halvdags kontorhjelp i tillegg til de to helse-søstre. En bør ta opp arbeidet med å få besatt den tredje helse-søsterstillingen. Det er å håpe at det kan lykkes å få den utlyste helse-søsterstillingen besatt i 1976. (Det har lykkes pr. mai-76).

Distriktsleggen i Stryn I havnet i kommunens formannskap etter høstens kommunevalg. Om det blir til gavn eller savn for helse- og sosialtjenesten i kommunen vil vise seg. De offentlige legers arbeidssituasjon ved årsskiftet påkaller ikke den store optimisme for året -76".

Stryn den 15.3.76
Dag Brekke

Addendum: At kommunene ønsker mer styring med helsesektoren kan vi forstå. Det koster tross alt litt penger selv om selve helserådene er ganske billige for kommunene. Men å kaste helsevesenet for føttene på en maktglad kontorsjef/rådmann og så bli prisgitt dennes luner er lite ønskelig.

Norske kommuners sentralforbund er en sterk organisasjon og de offentlige leger gjennom OLL bør ta opp forhandlinger med dette organ for å få mer ensartede kontraktforhold mellom distriktsleger og kommune og bedre retningslinjer for kommunenes bemanning av helserådene med tanke på at de skal kunne fungere tilfredsstillende som kommunale forvaltningsorgan.

Sitter vi på gjerdet lenger, detter vi snart ned av oss selv (= helserådene går i stå). Søker vi aktivt samarbeid med sentralforbundet kan vi kanskje komme frem til en tjenelig ordning og bevare vår frie stilling - i allfall i en overgangsperiode til primærhelsetjenesten kommer i fastere organiserte former (under fylkene??).

DS.

Arbeidstidsstudie for offentlige leger

OLL (Offentlig Legers Landsforening) har vedtatt at det skal gjennomføres en arbeidstidsstudie i 1976. Spesielt blant distriktsleger synes dette meget viktig. Ut fra OLL's formålsparagraf, som går ut på å ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser, må foreningen være den rette til å utføre dette arbeidet.

Andre ting som gjør det nødvendig å gjennomføre arbeidstidsstudien er den senere tids utvikling innen helsevesenet. Det har skjedd en nedvurdering av legestandens innsats på området, og opprettelse av andre organer til å overta en del av de offentlige legers arbeide.

Det er derfor viktig å kjenne volumet av arbeidet de offentlige leger utfører for å vurdere fremtidig behov og etterspørrelse. Arbeidstidsstudien vil dessuten danne bakgrunnsstoff i diskusjoner og forhandlinger om lønn. Det er vel ingen hemmelighet at legene snart vil komme over i et fast-lønnssystem. I forhandlingene kan det være greit for myndighetene å vite at arbeidstiden til en gjennomsnittlig distriktslege kanskje ligger på 60-80 t. i uken. Undersøkelsen skal dessuten gi en generell beskrivelse av hvilken del av helse-tjenesten de offentlige leger tar seg av. Det skal videre være en spesiell beskrivelse av hvilke gjøremål som den of-

fentlige lege utfører.

Undersøkelsen går ut på et arbeidstidsskjema som utfilles iløpet av en arbeidsuke, dette må sannsynligvis fylles ut 2-3 ganger iløpet av 1 år. Vi vil dessuten sende ut to spørreskjemaer angående arbeidssituasjonen og familiens situasjon på arbeidstedet. Dette er spesielt aktuelt for distriktsleger i utkantstrøk.

Arbeidstidsstudien vil i første omgang bli gjennomført i Møre og Romsdal fylke, men vil siden sannsynligvis bli sendt rundt til alle landets distriktsleger og muligens alle landets offentlige leger.

Red.

«Har pasienter noen gang søkt lege for følgene av behagelig opplevelse?»

Henrik Seyffarth stiller dette spørsmål til den "etablerte medisin", blant en rekke andre både berettigede og dels patetiske spørsmål.

Det siterete spørsmål blir for mitt vedkommende å svare med et klart og rungende JA. Det har ikke vært mulig å utnytte materialet til vitenskapelig bearbeidelse, men branlediget av Seyffarths spørsmål finner jeg grunn til å komme med en "preliminær meddelelse".

En sosialtrygdet enke som har to voksne sønner kommer en dag på timeavtalt tid full av "nervøs anspennhet", kikker rundt seg for å sikre at ingen lytter og utbryter halvt hviskende med glitrende

Øyne:

Dr. Norum, jeg har vunnet i tipping!

(Av smertelig erfaring visste hun at sønnene var mer interessert i morens penger enn i moren selv).

Og da hun ingen annen fortrolig hadde, bestilte hun time for å få utøst seg. For ut måtte det og hvem andre å dele gleden med var naturligere enn doktoren som hun også delte sine sorger med?

Og så forsvant hun, lettet om hjertet:

"Ja det var altså ikke annet, takk skal du ha!"

Hilsen
Per Arne Norum

Hr. Redaktør

Jeg vil ta opp et praktisk problem angående håndteringen av helt kurante kloakksaker i spredt bebyggelse.

Den vanlige vei saken går antas kjent fra bygningsråd og til helseråd som samtykker eller ikke (enkeltsaker). Det jeg gjerne ville ha endret er følgende:

Helserådet hos oss og sikkert i flere små kommuner har møte ca. hver annen mnd. De byggesaker som er helt kurante med f.eks. septiktank og utsipp til sjø under 2 m under laveste vannstand, og hvor det ikke er andre momenter som badestrand etc., må i dag vente på at helserådet skal holde møte for samtykke.

Jeg har tidligere spurt muntlig om ikke helserådsordføreren kunne gi disse sakene godkjenning etter fullmakt fra helserådet for så å referere de i neste møte, men nei de skal behandles i møte.

Jeg undres hvordan det gjøres i andre helseråd (jeg tenker ikke nå på de steder hvor ikke helserådet får saker oversendt fra bygningsrådet, det har jeg også opplevd andre steder enn her jeg er nå).

Jeg synes det nå må ga an å få en ordning som er offentlig godkjent at helserådsordføreren kan gi samtykke på vegne av helserådet i slike helt opplagte saker slik at bygherrene slipper å vente i verste fall kanskje 3 mnd. (sommerferie) for at helserådet skal ha møte. En kan jo ikke sammenkalle til møte bare for slike rene sandpåstrøpingssaker heller.

Jeg har nå nylig sendt spørnad til helsedirektoratet om at denne sak tas opp slik at en kan få en ordning, men ville gjerne høre hvordan mer erfarte kolleger takler slike saker.

Yngve Nakling
Nedstrand

HELSEVENNLIG SLANKEKOST

De fleste av kollegaene er kjent med dr.med. Gerhard Larsens "Dietliste ved Adipositas" som i en årrekke er blitt distribuert av Alment Praktiserende Legers Forening.

Denne dietlisten - som ved sitt oversiktlige byttesystem "kalori mot kalori" utvilsomt har vært mange til veiledning og hjelp - er etterhvert blitt gammeldags i sin meny, og ikke helt i tråd med dagens ernæringsmessige målsetninger.

I forbindelse med hjerte-karundersøkelsen i Sogn og Fjordane har Statens Skjerm-bildefotografering fått ut-

arbeidet en tilsvarende liste etter samme prinsipp: en grunnidrett på 900 kcal og en allsidig liste over næringsmidler med oppgitt vekt som for alle gir 100 kcal. Dette venner folk til å tenke i kalorier, og min erfaring er at de syns listen er enkel å bruke. Og den gjør det nokså enkelt å påvise abnormiteter i det daglige kosthold.

Listen hermed anbefalt! Skriv til Statens Skjerm-bildefotografering, Postboks 8155, Oslo-dep, Oslo 1, eller ring og be om "Helsevennlig slankekost".

Dag Brekke.

VAKSINASJONSROUTINER

På møtet med fylkeslegen i Møre og Romsdal hadde dir. Lerche i SIFF et foredrag om vaksinasjonsproblemer. Det ble der berørt den øyeblikkelige opphevelsen av påbudt koppevaksinasjon fra 5. mai i år og det ble understreket at de regler som nå gjelder er midlertidige. Man regner med en 2 års observasjonstid og muligens en 5 års overgangstid før den endelige avgjørelse tas. Hvis det kommer barn på helsestasjonen som vil bli koppevaksinert, bør man ha en skikkelig begrundelse for dette fra foreldrenes side før man går med på det. Dir. Lerche nevnte at Oslo Helseråd vil ha skriftlig bekrefte fra foreldrene på at de forlanger barna koppevaksinert. I praksis med få unntak, vil dette si at all koppevaksinasjon i Norge er opphört fra 5. mai i år.

Trippelvaksinen har vært gjenstand for diverse utprøvinger lokalt når det gjelder dose. Dir. Lerche understreket at dette skal man ikke gjøre. Det er anbefalet 0,5ml trippelvaksine første gang, siden 1 ml. Det ble understreket at vaksinen er laget og dosert med disse mengdene for øyet og vi kan risikere

å gi en dårligere motstands-kraft hvis vi minsker dosene. Det som kan komme på tale er å redusere antallet av injeksjoner, men dette vil det bli gitt instrukser om senere.

Dir. Lerche understreket at meslingvaksine må bli mer utbredt enn den er. Den har en beskyttende virkning på ca. 85%. Dette vil ikke utrydde sykdommen, men forhindre meslinger som en av de viktigste årsaker til mentale retardasjoner i vårt land i dag. Man regner med at 1 6/oo av alle som blir smittet med meslinger får komplikasjoner fra sentralnervesystemet, og hvert 3. av disse tilfellene vil få mental retardasjon i større eller mindre grad.

I vårt land har vi hatt ca. 70% oppslutning om meslingvaksinen. Dette er vesentlig bedre enn i Sverige og Danmark men det er fremdeles for lite. Han ønsket at helsestasjonene skulle gå ytterligere inn for å påvirke mødrene til å gi barna meslingvaksine.

Influensavaksine ble omtalt, og SIFF er igang med produksjon av svineinfluensavaksine som muligens vil bli tilsatt den kommende influensavaksine

til høsten. Avgjørelsen tas først senere.

Influensavaksinen ble ellers omtalt som vaksine med sjeldne komplikasjoner og 2 av 3 som blir vaksinert oppnår beskyttelse.

Dir. Lerche kom ellers inn på rubeolavaksine som muligens vil bli gitt i 8.-9. kl. i grunnskolen.

Det ble omtalt tyfoid og koleravaksine og dir. Lerche mente personlig at den eneste virkningen disse vaksinene hadde var å tilfredsstille de enkelte lands helsemyndigheter.

Han nevnte videre at gul febervaksine må kunne bli gitt av alle distriktsleger og bli tilsendt på forlangende.

Han omtalte reiselivets vaksinasjonsprofylakse, og etter å ha nevnt at tyfoid og koleravaksine er lite viktige, kom han inn på at poliovaksinen er ytterst viktig når man skal ut og reise. Poliovaksine kan brukes uansett alder og det er bare en poliovaksine å få i Norge i dag.

På spørsmål fra salen kunne dir. Lerche bekrefte at virusvaksine godt kan gis selv om pasientene får antibiotikabehandling.

Red.

Bakterier foren dere!

I et rundskriv til leger og sykehus fra SIFF, innskjerpes det at "mot slutten av uken, og i tiden før helligdager, høytider og offentlige fri-dager, mottar avdelingen bare prøver som diagnostisk sett er høyst nødvendige. Vanlige rutinekontroller mottas bare i begynnelsen eller midten av uken."

Det henstilles hermed til

alle bakterier og deres nære og fjerne slektninger å organisere sin virksomhet overenstemmende med ovennevnte og spesielt sørge for at de mer patogene arter tar weekend tidlig i uken. Hensiktsmessig samarbeidsavtale bør opprettes med postverket.

Utposten ønsker lykke til!



HR. REDAKTØR

Nummer 3. av Utposten for 1976 (april måned) er nettopp kommet. Som vanlig åpner jeg og leser jeg tidsskriftet med glede.

Under "Smånytt fra kursfron-ten" omtales soppbehandling blant annet med tabletter. Forfatteren refererer foredragsholderen på følgende måte: "Svangerskap er ingen utrindikasjon for behandling, heller ikke peroral".

Jeg går ut fra at det er Metronidazol (Flagyl, Elyzol) man har i tankene. Bivirkningsnemda hadde i nr. 33 for 1975 av Tidsskriftet for Den norske lægeforening, en omtale av dette preparatet. Da vår oppfatning tydeligvis er en noe annen enn det som kommer frem i Utposten, til-later jeg meg å sitere fra vår artikkell.

"Fra enkelte hold er det fremholdt (The medical letter 1975) at Metronidazol ansees for å være potensiell farlig

for et menneske, og at det ikke bør være førstehåndspræparatet ved behandling av trichomonasinfeksjoner. De spesialister Bivirkningsnemda har konsultert, mener imidlertid at man ikke har noe fullgodt alternativ til Metronidazol ved trichomonasinfeksjoner. Lokal behandling gir ofte residiv på grunn av utilkjengelig foci og fordi en viktig reinfeksjonskilde, seksualpartneren, ikke behandles samtidig. Alle er likevel enige om at Metronidazol ikke bør gis til gravide. Bivirkningsnemda vil derfor fremheve at den generelle advarsel mot medikamentbruk i graviditeten må innskjerpes for Metronidazol".

Da lesere som måtte være interessert i begrunnelsen for Bivirkningsnemdas standpunkt vil finne dette i ovennevnte artikkell.

Med hilsen

Chr. F. Borchgrevink



Kommentar til prof. dr. med. Chr. F. Borchgrevink.

Jeg henviser til ovennevnte artikkell og kan bare bekrefte at omtalen av soppbehandling i svangerskapet i siste nr. var riktig.

Jeg understreker at det gjalt sopp og ikke trichomonas. Det er derfor ikke Metronidazol (Flagyl, Elyzol) jeg hadde i tankene, men derimot Canesten og Mycostatin. Så vidt jeg kjänner til er det bare Mycostatin som har peroral terapi for candidose og det var vel dette det var henvist til.

Hvis Borchgrevink har innvendinger mot dette vil vi gjerne ta det inn i avisens. Det ble forøvrig understreket at behandlingen mot sopp kun skal finne sted i svangerskapet dersom det er relativt sterke symptomer.

Red.

Forts. fra side 6.

Turnuskandidater . . .

har, til 10, og kanskje også under dette. Det er forståelig at befolkningen vil til "gamledoktoren". Spesielt når turnuskandidatene er i distriktsleget bare et halvår. Distriktsleget får heller ikke fast turnuskandidat hvert halvår, slik at de blir vant med å ha assistent på kontoret. For det andre slår det beklagelig faktum igjennom at legens inntekt er avhengig av hvor mange prøver han eller hun tar. I begynnelsen er det min erfaring at turnuskandidatene ikke tar hensyn til dette noe som alle andre leger etter hvert må gjøre.

Resultatet er at lønnsinnbrettet inntekt for de første 14 dagene av praksis kun blir kr. 1000,-.

Som løsning på problemet henviser jeg til artikkelen av distriktslege Robberstad i forrige nummer av Utposten. Her antydes fast prosentrefusjon til kommunen som driver kontoret. Det vil da ikke bli noen forskjell på turnuskandidat eller distriktslege i det systemet.

En annen løsning på problemet er fast lønn for turnuskandidater og en tredje løsning vil være fast kontrakt med distriktslegen ved tiltredelse av stilling. Men dette må skje uten at distriktslegen skal bruke flere dager på å overbevise turnuskandidaten om at han ikke har jukset.

De offentlige leger kan heller ikke gå inn på at turnuskandidatene skal få fremlagt hele regnskapet til gjennomgang og "grafsing" som jeg vil kalle det. Enten godtar de kontrakten, eller de må reise.

Vi må for all del ikke gi oss inn på den kontrollvirksomheten som YLF antyder i saken fra Stryn kommune.

Jeg håper det er siste gang OLL tar opp denne saken. Det har tildels lammet denne foreningen i mange år nu. Jeg mener OLL må prøve å komme videre med arbeidet, for ikke å si samarbeidet, spesielt med APLF og de respektive samarbeidsproblemer på lokalplanet.

Per Wium.

BOKANMELDELSE:

FOLKEMEDISIN

dr.med. D. C. Jarvis, Hjemmenes Forlag

Jo, jeg innrømmer at jeg kjøpte boka full av nysgjerrighet. Den pretensiøse undertittelen:

"En leges veileitung til bedre helse", krydret min interesse med et håp om å få avdekket folkemedisinens hemmeligheter på en "klar og vitenskapelig" måte.

Boka er lettlest og består av 176 små sider. Dr. Jarvis drev i flere år privatpraksis i Vermont etter først å ha utdannet seg til ØNH-lege. Han ble fascinert av stedets århundregamle, levende folkemedisin og besluttet å etterprøve den.

Meget grunnleggende er hans interesse for dyr, og mye av hans begeistring for epler-sider-eddik honning og jod som daglig medisin, bygger på forsøk bl.a. med kuer og hester.

"Urinen er den første målestokk for helsen", er en av hans store postulater. For lite søvn frembringer alkaliske urin, det samme gjør sykdom som f.eks. forkjølelse, sinusitt osv. og overdrevet hardt åndsarbeide. Sover man derfor ut, vil pH igjen gå over på den sure siden. Sykdom kan forkortes og symptomene lindres ved å forandre urinreaksjonen til sur ved å drikke eplesider-eddik vel å merke laget av hele epler. Vårt store medisinske problem, sår hals, løses også ved å gurgle eplesider-eddik, ja til og med bakteriologisk påvist streptokokk-infeksjon ble av og til kurert på et døgn.

Man får likeledes inngående kjennskap til honningens allsidighet som legemiddel; spesielt virksom er den ved søvnloshet, hoste, muskelkrampe og brannsår. Bi-voks anbefales ved nasalstenose, sinusitt og allergisk rhinitis p.g.a. god avsvellende og direkte an-



tiallergisk virkning. I tillegg til dette behandler han betydningen av jod, tare, kalium, lakserolje og maisolje, det hele krydret med filosofi om vår opprinnelse, samt omgivelsenes betydning for sykdommer og levealder.

Som det fremgår, hagler det av postulater; men man forstår at forfatteren hele tiden prøver å finne en i dobbelt forstand "naturlige" måte å behandle sykdom på uten å gi helt avkall på sin tradisjonelle medisin.

En morsom bok i denne tid da alle, unntatt legene, er brukere av folkemedisin.

Øyvind Svenning
lege

3 måneders B₁₂ vedlikeholds-terapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettet normalt B₁₂.

For vedlikehold er det tilstrekkelig med 1 ml hver 3. måned.

Ventrikelresecente gis 1 ml 2-3 ganger i året.

Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B₁₂ terapi
DUMEX

Forts. fra side 4.

Om forståelse av «Normalkontrakten» . . .

ledning å gjøre. Beløpet må også dekke den goodwill tk. gjøres delaktig i ved å komme til "dekket bord" - opparbeidet og veletablert praksis, og uten å måtte yte investeringsmidler.

Utgifter f.eks. til regnskapsførsel og forretningsdrift til bank eller privatperson - en driftsutgift hold av tk. direkte påfører oss, jfr. normalkontr. - kan derfor selvsagt ikke betraktes som administrasjonsutgift i denne sammenheng.

YLF's synspunkter på dette beløps forutsetninger, er etter mitt skjønn uakseptab-

Det kunne være en tanke å gradere dette beløp avhengig av kontorets bemanning, bruttoomsetning el. lign.

4. Skattelovens avskrivningsregler bør følges. Distriktslegen må kunne føre til utgift hele beløpet selv ved større innkjøp av engangsstrikler. Ønsker man å fordele slike utgifter, må også kortere avskrivningstid enn 10 år aksepteres. Å kreve 10 års avskrivning av bandasje-materiell, reagensglass, medicinlager etc. er urimelig. Brukes hele forrige års regnskap som utgangspunkt for utgiftsfordelingen, vil ikke større innkjøp gi følbare lag på de totale driftsutgifter.

Det systemet jeg har forsøkt - med fire års nedskrivningstid for slike varer - krever mye merarbeid, og er ikke å anbefale. Det må være opp til arbeidsgiveren å avgjøre hvordan han vil behandle slike kjøp.

5. Det bør innarbeides en klagefrist for sluttoppgjøret i normalkontrakten slik at ikke enhver misfornøyd turnuskandidat når som helst kan

begynne å kreve nytt sluttoppgjør. Tre uker, etter forvaltningslovens praksis, skulle være nok.

Står YLF fast på sitt prinsipielle syn, vil jeg be om at OLL's styre tar normalkontrakten opp til behandling på første medlemsmøte i foreningen etter at saken er grundig bekjentgjort blant medlemmene."

En parallell henvendelse til YLF ble i brev av 15/8-75 besvart med at "det ikke foreligger noen formell klage til YLF fra de tidligere turnuskandidater...," "styret i YLF har utelukkende holdt seg til de prinsipielle spørsmål i saken. --- Deres redegjørelse i brev av 14/7 d.å. tilfører da heller ikke saken noe nytt hva angår de prinsipielle innvendinger som er reist av YLF."

22/8-75 bebuder OLL's styre "så god støtte som mulig" og mine "presiseringer" ble anbefalt brukt også heretter.

25/9-75 vedtok YLF's styre følgende fortolkning av normalkontrakten pkt. 9.I: "Styret i YLF forstår normalkontrakten pkt. 9.I slik at kontraktenes bestemmelse vanligvis ansees oppfylt når distriktsleggen dokumenterer utgiftsnivået ved sin praksis ved spesifikasjoner på de forskjellige poster, slik at distriktsleggen og tunuskandidaten for de enkelte posters vedkommende, eventuelt for utgiftene totalt, kommer til enighet om hva som skal være turnuskandidatens andel av utgiftene.

I tilfelle av twist som krever OLL's og YLF's mellomkomst må imidlertid normalkontraktenes formulering være å forstå slik at det kan kreves fremlagt regnskap med bilag som viser utgiftsnivået."

OLL's styre sluttet seg til dette 3/10 etter at det var "klarlagt at YLF ikke forstår normalkontrakten slik at den innfører en slags regnskapsplikt for distriktslegene. Poenget er at distriktsleggen

i tilfelle av uenighet med turnuskandidaten må være forberedt på å dokumentere utgiftspostene med bilag. Turnuskandidaten kan ikke kreve "regnskap" i større grad enn likningsvesenet kan gjøre det".

Undertegnede hadde vanskelig for å se at man med dette hadde skapt noen avklaring. Fra likningsmyndighetene risikeres ikke full regnskapskontroll to ganger årlig. Under henvisning til min tidligere prinsipputtalelse ba jeg om at saken som sådann ble tatt opp i sin fulle bredde.

Etter styremøtet i OLL 6/2. begynte det endelig å skje noe fruktbart, og for fortsettelsen kan jeg bare henvise til styrereferatene fra OLL som fulgte Utposten nr. 3/76. Nå er en prinsippavklaring underveis. Det er å håpe at styret ikke fører denne så langt at saken er bundet på møtet på Bygdøy i juni.

Stryn, den 6. mai 1976
Dag Brekke.

PS.
Prosentleieavtaler med kommunen (Utposten nr. 3/76) vil trolig eliminere saker som dette. Men skal slik avtale være brukbar, må distriktsleggen være sikret full styring med kontordriften.

DS.





Akutt og profylaktisk behandling av migrene

Dose:

Akutt: 20 mg ved tegn til anfall, evnt. etterfulgt av 10 mg 2 timer senere.

Profylaktisk: 5 - 10 mg morgen og kveld.

Pakninger:

Tabletter á 5 mg	Stikppiller á 25 mg
25 stk.	5 stk.
100 stk.	50 stk.
250 stk.	

BIVIRKNINGER: VED LAV DOSERING er bivirkningene oftest lette og forsvindende. Dusighet, som også er kort varighet, tørke i øynene, mild østspasjon, blodtryksfall og kvalme har vært rapportert. Lettre hodereaksjoner, akathis og feukliperi sees sjeldent, men har vært rapportert.

VED BETYDELIG DOSISFORHØYELSE etter 1-2 dager av de første dager av behandlingen, kan akutte dysktoner oppføre. Døsen bør senkes og eventueltakes igjen mindre langsomt. Antiparkinsonmidler i noen dager vil kunne hindre residuer.

Parkinson-lignende biverkninger og akathis kan utvikles i løpet av de første måneders behandling. Symptomenne påverkes lettest ved forskyvning, reduserte doser, eller ved å stoppe med parkinsonmidlene helt ikke over 2 - 3 måneder. Etter måneder eller års behandling kan akutte dysktoner oppføre. De kan også døstes eller forsvares etter seporering av medika-

mentet som framkalte dysktonen. Analskunge- og kremmedikamidlene rammes oftest. De tardive dysktonier kan være av mer eller mindre svevende art, og de påvirkes ikke, men kan forverres av antiparkinsonmidler.

Om tardive dysktonier oppfører, bør man over- venn gradvis seporering av ditt aktuelle neurolektikum. Brå seporering kan føre til delusjoner eller forverring av synsfremmede.

KONTRAINDIKASJONER: Leverdeler.

FORSIKTIGHETSSREGLER: Forsiktighet ved instillering av høye spilger og folk som betjener maskiner. Konkurranser med alkohol bør unngås. Høye døser på antidepresiva kan føre til dømning. Ved fødsel og nøytraliserende behandling kan vedlikeholdes en ikke så høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige synsymtomer på tardive dysktonier, som viser typ-

tygging, limming etc., spesielt hos kvinner over 50 år. Man bør unngå langvarig bruk av antiparkinsonmidler som resulterer i disponisjon for tardive dysktonier, og få pasienter her behov for slike midler utøver en 2 - 3 måneders periode.

Antiparkinsonmidler bør ikke brukes rutinemessig og profylaktisk, men kan når det foreligger behov for å redusere akutte dysktoner ved akutte biverkninger. Stemetil kan fremkalte krampar, derfor bør man unngå å gi preparatet til barn. Ved behandling med fenotiazin derivater i høye doser gjennom lengre tid, kan risiko for cornes og limsfordunkling foreligge, og pasienter bør kontrolleres rutinemessig.

Interaksjoner: Som alle andre fenotiazin-derivater kan Stemetil gi interaksjon med antidepresiva, antiparkinson midler, analgetika, sedativa, beta-ridin, ganglionblokkereende midler, guanethidin og klopioxid.

N 516.01-76-03

Stemetil®
prokloroperazin



rhône-poulenc
pharma rhodia

MEDISINSK
INFORMASJONSKONTOR

SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK