

JANUAR /
FEBRUAR
1973

TEMA: **TRYGD**

ÅRGANG 2
NR. 1

UTPOSTEN®

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



Av innholdet:

Trygdemisbruk?

Egil Willumsen.

Foreldet uførebegrep

Finn Grøstod.

Uføretrygd — arbeidsledig- hetstrygd

Per Wium.

600 000-saken fra Skien

Godt nytt, trygt, aktivt velstandsår!

Dette nummer av UTPOSTEN tar for seg legers forhold til trygdepengene. Noen mener at en oppbremsing må til for at vi ikke kjører samfunnet i grøften. Andre mener at det er en riktig utvikling når kriteriene for trygdeytelser stadig omfatter flere.

I neste nummer av UTPOSTEN har vi ikke fastlagt noe tema, da enkelte kolleger har nevnt at de har ting de ønsker å skrive om, men som ikke passer inn i forskningsnummer, trygdenummer, transportnummer osv.

◀ **Vanskelig oppbremsing**

Regnskap - UTPOSTEN - pr. 2.1.73:

Inntekter:

Abonnenter:

313 abonnenter à kr. 50.-	kr. 15 650,-
69 " " 25.-	" 1 725,-
Annonser	" 12 200,-
Tilskudd, dr. Wium dr. Siem	" 2 000,-
	<u>kr. 31 575,-</u>

Utgifter:

LO-BO trykkeri, 7 nr.	kr. 17 385,-
Distribusjon	" 350,-
Montasje	" 3 000,-
Porto	" 1 313,26
Kontorutstyr -utgifter	" 4 090,04
Skrivehjelp	" 4 035,-
Diverse	" 231,-
	<u>kr. 30 404,30</u>

Balanse:

Inntekter	kr. 31 575,-
	<u>kr. 31 575,-</u>

Utgifter	kr. 30 404,30
Postgirokonto	" 1 170,70
	<u>kr. 31 575,-</u>

Som overstående viser, balanser regnskapet for første år av UTPOSTEN, etter et mindre tilskudd fra stifterne. Ennå har man ca. kr.2000,- utestående for annonser. Det er ca. 100 abonnenter som har tegnet abonnement, men som ennå ikke har betalt, og vi håper at flere blir interessert i abonnement etter hvert som bladet blir bedre

kjent. Redaksjonen har alle rede diskutert muligheten for å sende et eksemplar av UT - POSTEN nr. 2, 1973 til alle norske leger med nettopp dette for øyet.

Redaksjonen tillater seg også å regne første års abonnement som utløpet med dette nr. for alle som har betalt abonnementet innen august -72.

UTPOSTEN

Redaksjon:

Harald Siem
Per Wium
Tore Rud

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra 17
Postgiro:
3478 23

Abonnement:

kr. 50 pr. år
Studenter:
kr. 25 pr. år

Utkommer med
ca. 8 nr. pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A.s./Orklo-Trykk A.s.
7300 Orkanger



Francis Stoppelman

2

Utposten ut til flo

URICULT®

Fordeler:

1. Enkel prøvetagning, dyrkning og transport.
2. Pålitelig: Urinveisinfeksjoner oversees ikke.
3. Intet tidspress: Transporttiden for Uricult til laboratoriet påvirker ikke resultatet.
4. Lett avlesning: Agarskiven har stor overflate som det er lett å vurdere mot de trykte standarder.
5. Økonomisk: Mindre laboratoriearbeid fordi bare positive prøver behøver ytterligere undersøkelser.
6. Oppbevar Uricult kjølig (ikke i kjøleskap). Unngå temperatursvingninger. Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S - Asker.

Innholdsfortegnelse for Utposten 1. årgang 1972:

Forfattere

- Borchgrevink, prof. dr. med. Chr. F.: "Almenpraktikeren DNLF", nr. 1, s. 2.
"Institutt for almenmedisin i Oslo", nr. 2, s. 2.
Brønder, dr. Jan Erik: "Oppgjørsskjema for sjøreiser i tjeneste", nr. 5, s. 3.
Bruusgaard, dr. Dag: "Helsestjenesten i lokalsamfunnet", nr. 3, s. 1.
Denstad, dr. Halvor: "Legesyss i Ytre Romsdal", nr. 5, s. 12.
Ditlef, sosisjonom Jan / Horn, Joshua S.: "Sykehus i Kina", nr. 4, s. 14, nr. 5, s. 13
Evang, helsedirektor Kari: "Primær, sekundær og tertiær forebyggelse", nr. 6, s. 13
Fugelli, dr. Per: "Tabletter, tid og penger", nr. 6, s. 4.
"Tanker om primærmedisinsk forskning", nr. 7, s. 4.
Hammestrøm, Jens og Syse, Aslak: "Rasjonallisert helsestjeneste", nr. 4, s. 12.
Hansen, Løif Tormod, dr.: "Nittår-kuren-hvorfor slik taushet?", nr. 1, s. 7.
"Epikriseproblemet", nr. 4, s. 4.
"Og så er sirkelen sluttet", nr. 6, s. 4.
"Blinkende, blått varsellys", nr. 7, s. 9.
Halling, overingeniør John: "Løp og vern mot vannforurensning", nr. 5, s. 9.
Hindal, dr. Svein: "Synspunkter på legevakttjenesten", nr. 2, s. 6.
Høy, dr. Pear: "Reisebrev", nr. 6, s. 7.
Larsen, dr. Øivind: "Bedriftslegen og den offentlige helsestjeneste", nr. 4, s. 12.
Lid, Hallvard, dr.: "Kontakt med fylkeslegen", nr. 4, s. 8.
Mark, dr. Tor O.: "Hvorfor jeg ikke har timebestilling", nr. 1, s. 6.
"Jættlandssystemet", nr. 3, s. 4.
Nitter, dr. Lorents: "Nitterkuren", nr. 5, s. 3.
"Behandling av terminale kreftpasienter, illustrerende kasuistikk", nr. 6, s. 18.
Rosenberg, dr. I. U.: "Forekning i almenpraksis, til glede for hvem?", nr. 7, s. 6.
Schensby, dr. Hans P.: "Sosialreformens innstilling nr. 2", nr. 4, s. 4.
Selmer, dr. Knut: "Et sosialt sykkesøk i Stillehavet", nr. 7, s. 13.
Seyfarth, dr. Henrik: "Hvorfor slik taushet?", nr. 4, s. 9.
"Kan noen taves i et yrke han ikke er utdannet til?", nr. 6, s. 6.
Siem, dr. Harald: "Digitalis på blå resept", nr. 4, s. 18.
"Forskning i almenpraksis, den enkelte almenpraktikers ansvar", nr. 7, s. 10.
Salt, dr. Arne: "Marifislegundersøkelser", nr. 6, s. 15.
Smith, Ellen, Torvik, dag og Aasen, Ansgar, stud.med.: "Noen tanker omkring den primære helsestjenesten etter en studietur i Nore og Romsdal", nr. 3, s. 9.
Steinsvoll, dr. Per S.: "Bilateral kontakt sykehus/primærlege", nr. 4, s. 3.
Tjøland, dr. Svein: "Noen tanker omkring et helsestøtteepplegg", nr. 2, s. 6.
Vaage, dr. Lars: "Stortingsmelding 85 og primærlegestjenesten", nr. 4, s. 5.
Varner, dr. Jan: "Sjakk", nr. 2, s. 4 og nr. 4, s. 8.
Willumsen, dr. Egil: "Offentlige legers landsforening", nr. 4, s. 6.
Wium, dr. Feri: "En autentisk telefonsamtale", nr. 2, s. 9.
"Praktisk erfaring i samarbeid med Helseidrettsrådet", nr. 2, s. 4.
"Hvorfor har ikke alle privatpraktiserende leger timebestilling?", nr. 3, s. 3.
"Stortingsmelding nr. 85, et fremskritt eller tilbakesteg?", nr. 4, s. 10.
"Et sykkesøk", nr. 5, s. 7.
"Hva skal man gjøre med skolebarns dårlige holdning?", nr. 6, s. 3.
Ytterdal, dr. Tore: "Nordisk embedsleges møte i Reykjavik 1971", nr. 2, s. 3.
Øyar, dr. Bjørn: "Desentralisert forskning - sentralstyrt, slik det oppleves fra sentrum", nr. 7, s. 9.
Redaksjonen: "Medisinalberetningen", nr. 7, s. 14.
"Hvor lenge skal legestanden forbli uskikket til å behandle holdningsfeil og belastnings sykdommer", nr. 6, s. 2.
Redaksjonen: "Videotape", nr. 6, s. 3.
"Hygienkontoret skal yte service", nr. 5, s. 2.
"Nytt om mobiltelefonen", nr. 5, s. 5.
"Sekretærspørsmålet for OLL-APLF", nr. 5, s. 8.
"Vi ønsker større offentlig engasjement i finansiering av primær helsestjeneste", nr. 4, s. 2.
"Arktivsystem", nr. 3, s. 4.
"Ventesid på legekontor, et eksempel", nr. 3, s. 5.
"Innkjøp av nytt utstyr til almenpraksis", nr. 3, s. 6.
"En praktisk sak hvor samarbeid kunne være ønskelig", nr. 2, s. 5.
"Honnar til Han H. Tjønn", nr. 2, s. 7.
"Melding om epidemiske og andre smittsomme sykdommer, en parodi", nr. 2, s. 8.
"Praktisk gjennomføring av diagnoseklassifisering på Aukra", nr. 2, s. 8.
"Kontakt primærlege/sykehus", nr. 2, s. 10.
"Vi venter på veileder i offentlig helsearbeid", nr. 1, s. 1.
"Erferinger ved faglig samarbeid i Rensdal", nr. 1, s. 3.
"Helseidrettsrådet kurs er meget vedfullt", nr. 1, s. 4.
"Kurskatalogen for 1972", nr. 1, s. 8.
"Kontakt med fylkeslegen", nr. 1, s. 6.

Uføretrygd – arbeidsledig- hetstrygd

De senere år, og spesielt tiden etter fremleggelsen av trygdebudsjettet, har det stadig fremkommet kritikk over misbruk av trygdeytelser.

Det har stort sett kommet fra misunnelige naboer som ikke har hatt peiling på hva de har snakket om, men avisene har meget villig tatt inn slike innlegg uten at de heller har hatt peiling på hva det hele dreide seg om. Det som gjør at jeg synes det er på plass med en advarende pekefinger, er at våre politikere har kastet seg villig med i denne heksedansen uten at de heller har hatt peiling på hva det dreide seg om.

Min erfaring har jeg fra et utkantstrøk på Vestlandet, og inntrykket man får når man snakker med alle disse som ikke har noe greie på problemene, er at hele utkant-Norge snart går på uføretrygd mens industriedene arbeider som besatt for å kunne holde utkantstrøkene i gang. Og hva er så det sentrale i hele problemet? For det første tror jeg at det er en generell velstandssøkning som gir noe av svaret. Det andre punkt er vel det viktigste, nemlig sentraliseringen spesielt med henblikk på arbeidsplasser og for det tredje, rundhåndede politikkens trygdeløfter.

For å ta velstandssøkningen først. Det er tydelig at den synlige velstandssøkning har vært størst i byene hvor pengemengden pr. hode er større enn på bygdene, og dette virker vel på bygdebefolkningen når de kommer til byene og får se all den prangende stas og glitter, og de krever da å få noe av dette som bybefolkningen i dag har. Det vi i alt glitter og stas selvfølgelig ikke ser, er urbaniseringens negative følger, med dette merker deres barn og barnebarn når de

reiser hjem til bestemor og bestefar og har sittet i bil i flere timer.

Når det gjelder arbeidsplasser og sentralisering, må dette ta hoveddelen av skylden for utviklingen slik vi har sett den med trygdene i Norge. Det heter uføretrygd, og hva menes så med dette? De fleste som diskuterer spørsmålet, mener vel ufør til et hvert arbeide, men dette er jo en grov forenkling av problemet. Skal man forlange at et menneske på 65 år skal reise 15 mil frem og tilbake for å komme på arbeide. Skal man forlange at en familie bestående av aldrende mennesker skal flytte til en helt annen del av landet for å få arbeide? Hvilke sykdommer psykisk og fysisk ville dette eventuelt føre til? Skal man kunne forlange at en fiskeskipper slår seg ned med rutinemessig industriarbeide? Skal man forlange etterutdanningskurs på husmødre som ikke klarer sitt arbeide som husmor, enn si en sjauer som aldri i sitt liv har hatt teoretisk utdanning?

Det jeg vil frem til, er at dette ikke er et spørsmål hvor man skal svare ja eller nei på om vedkommende er 100 % arbeidsufør. Dette er et spørsmål om han eller hun i sin situasjon er 100 % arbeidsufør, og denne situasjonen kan være så innfløkt at verken en nabo eller en stortingsmann har forutsetning for å kunne skjønne den. Hvis de herrer stortingsmenn kunne gjøre noe aktivt for å skaffe arbeidsplasser ut i distriktene, ville de kunne ha grunnlag for å kritisere endel av de trygdede, men dette vil de ikke få til med mindre de nekter enhver etablering i Oslo og endel av østlandsområdet, og i tillegg tvinger endel av firmene til å flytte ut.

Som punkt 3 vil jeg nevne politikernes valgflask i form av trygder. Det ser ut som regjeringene konsekvent har skullet bøte på flukten fra landsbygda ved trygder. Dessuten har jeg en berettiget mistanke om at endel partier konsekvent har brukt trygdene for å skaffe flere stemmer, og dette har etter hvert blitt ganske dyrt. Istedenfor aktivt å skaffe arbeidsplasser til de såkalte uføre, har man heller gitt de trygd. Dette har vel på mange måter vært en enkel løsning som har skaffet velgere til diverse partier, men for endel som går på uføretrygd har det vært en sorg ikke å kunne ha fast arbeide. Jeg synes det er synd at man fra Stortingets talerstol skal få høre at trygdene blir misbrukt. Det er politikerne som i sitt valgflask har puttet inn disse trygdene. De som i dag ved kritikk av trygdene blir skadelidende, er de som har søkt om dem. Hvis det er noen som skulle kritiseres, så var det de som hadde avgjørelsene i trygdesakene, nemlig Rikstrygdeverket, Fylkesnemnda, Trygdekontoret og Den norske legestand.

Men først, før man setter i gang kritikken, må man gjøre seg opp en mening om hva som er misbruk, og dernest påvise om det som skjer i dag, oppfyller disse kriteriene eller om dette ikke er tilfelle. Dette er ennå ikke gjort, og inntil så skjer, vil jeg be om at man lar de uføretrygdede i ro, og at de med god samvittighet kan bruke de tilstilte midler. Som et lite eksempel til slutt vil jeg ta opp tittelen på trygden, nemlig uføretrygd. Jeg tror ikke et eneste menneske i dette land er 100 % ufør. Det foreligger arbeidsledighet på grunn av at det ikke finnes passende arbeide for vedkommende ufør innen rekkevidde. På bakgrunn av dette tror jeg det kunne vært nyttig både praktisk og politisk å gå over til å kalle trygden arbeidsledighetstrygd. Klienten er arbeidsledig på grunn av at passende arbeide ikke kan skaffes. Jeg tror politikerne ville være meget misfornøyd med å se arbeidsledighetstallene stige til enorme høyder, og jeg tror kanskje de også ville gå litt mer aktivt inn for å skaffe arbeidsplasser på bakgrunn av dette.

Mork:

Sosialdepartementet har foretatt en beregning som viser at en mulig avlastning av våre sentrale akuttstusykehus vil overføre pasienter i en pleiesituasjon til enklere helseinstitusjoner og hjemmepleie, hvilket vil medføre en innsparing på 2 500 sengeplasser ved de høyt differensierte sykehus. En slik reduksjon i behovet for akutte spesialsenger ved fylkenes sentralsykehus, Haukeland sykehus og Ullevål sykehus, tilsvarer en innsparelse i investeringskostninger på mellom 3/4 og 1 milliard kroner. Investeringer i denne størrelsesorden vil etter vanlige beregninger medføre et årlig driftsbudsjett på 250 - 300 mill. kroner, og hvis man tenker seg disse beløpene brukt til bygging av helse- og sosialsetre, vil man for det innsparte beløp i investeringer kunne bygge 130 helsesentre, ca. 7 i hvert fylke, og man vil ha 250 - 300 mill. kroner pr. år i tilskudd til driften av dem. Dette illustrerer godt betydningen av at det satses på en restrukturering av vår helse- og sosialtjeneste som blant annet kan lette presset på våre sentrale akuttstusykehus

Overlegen makt

En pasient oppsøker legen med brev fra overlege i Oslo. Hun har en sønn med stoffskiftesykdom hvor man ikke har noen terapi, hun har vært til genetisk rådgivning og også født en sønn nr. 2 i Oslo for 6 måneder siden. Denne sønn har ingen tegn til stoffskiftesykdom, men sådan kan ikke sikkert utelukkes før barnet er 2 år. Overlegen i Oslo vil ha barnet til kontroll etter 6 måneder, og anfører at han synes det er riktig at han kontrollerer barnet en gang i blant i tiden fremover, selv om det overhode ikke foreligger noen mistanke om sykdom.

Legen som blir bedt om å skrive rekvisisjon på lang og kostbar, og etter hans syn, lite tjenlig reise, ber i brev overlegen redegjøre for hvorfor han ønsker barnet til kontroll. Overlegens svar tyder ikke på at reisen skal by på medisinske forde-

ler for barnet, og legen sender saken til RTV til avgjørelse. RTV finner ikke å kunne finansiere reisen, og dette meddeles overlegen pr. telefon av legen. Noen dager senere mottar legen følgende brev fra RTV:

"Overlege NN har pr. telefon henvendt seg til RTV. På bakgrunn av de opplysninger som derved har fremkommet, vil RTV ikke ha noe å innvende om trygdekontoret i dette tilfellet godtgjør utgiftene ved reise til Oslo på vanlig måte."

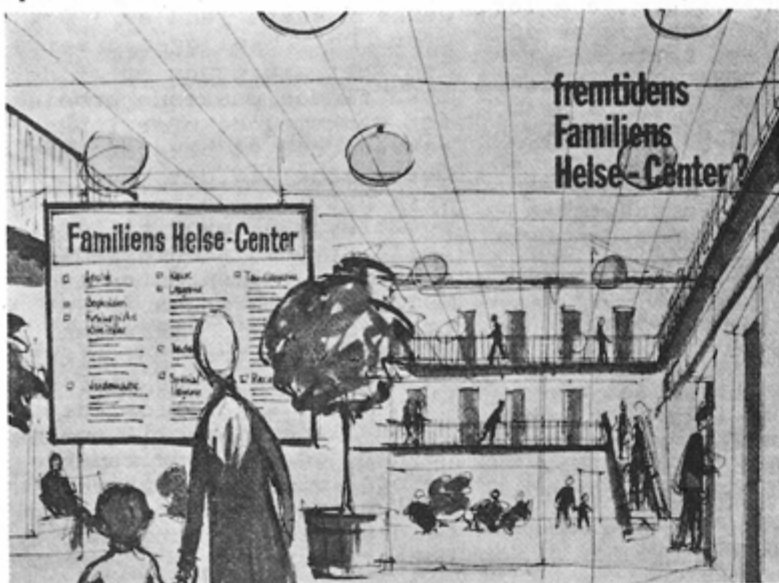
Harold Siem

Økonomi

Helsetjenester har lenge vært frembudt på The sellers market, dvs. at etterspøreren har vært vesentlig større enn tilbudet. Ved fri prisbestemmelse skulle prisen på helseytelser da ligge høyt.

Finansieringen av helseytelser, hovedsaklig nå gjennom folketrygden, har imidlertid ført til at helsetjenester, både sykehusbehandling og primær helsetjeneste, fungerer etter et egenartet og til dels meget komplisert system som både leger og samfunnsøkonomer bør analysere nærmere.

Det er forunderlig at systemet har holdt seg så godt i balanse som tilfellet er. Den norske legestand er sikkert stor honnør verdig for sitt store flertall som har forsynt seg av trygdesekken i rimelig overensstemmelse med sine ytelser, men det er blåøyd å tro at dette gjelder alle leger. Indremedisinerens TT-stall, hudlegens testing av alt fra skabb til psoriasis, legesenterets årelating med sine testbatterier, øre/nese/hals-legens antikatarrklientell og legesvaktordninger hvor alle pasienter som ønsker besøk, blir hjemsoekt etter klokken 18, har nok tappet systemet for noen unødvendige tusninger.



LA OSS IKKE HENGE FAST I FORELDET UFØREBEGREP.

Den forrige sosialminister har uttalt: "Kriteriene for å kunne få uføretrygd er gradvis blitt utvidet og er ikke lenger begrenset til medisinsk uførhet. Grensene er blitt meget uklare og på en måte har en mistet herredømmet over hvor sterkt dette øker. Det er åpenbart at folk som har vært i en van-skelig økonomisk situasjon, har fått uføretrygd - men uten at de har vært det en kaller medisinsk uføre."

Trygdrettens avgjørelser - som nødvendigvis har måttet bli fulgt opp av de lokale trygdekasser - har ført til at uførebegrepet er blitt stadig utvidet."

Uttalelsen tyder på at sosialministeren mener at trygderettens praksis ikke samsvarer med loven. Videre synes han å henge fast i fortidens snevre medisinske uførebegrep som forlenget er forlatt av legevidenskapen. At også Sosialdepartementet hittil har beveget seg i takt med den medisinske forskning, skulle følgende uttalelse av den tidligere sosialminister under folke-trygd-debatten i Stortinget tyde på:

"Det medisinske årsaksforhold skal fortsatt telle, men bare som en del av de faktorer som skal komme med i vurderingen. Det man ønsker å oppnå ved å basere ytelsene på den ervervsme-sige uførhet, er at hele klientens forhold skal tas med i vurderingen, hans sosiale bakgrunn, hans psykiske tilstand, tidligere ervervede kunnskaper og mulighet for sysselsetning. Alt dette og mer til skal telle med."

Særlig avslutningen bærer preg av toleranse og vidsyn. Uttalelsen tyder også på at i 1966 stod Sosialdepartementet på et syn som synes mer liberalt enn departementets standpunkt i 1972. Skulle en på bakgrunn av den medisinske forskning ha noe å si om trygderetten, måtte det heller være at retten for enkelte felt har vært for restriktiv og ikke for liberal. Den først siterte uttalelse vedrørende trygderettens avgjørelser, synes å innebære en fare for at utviklingen skrues tilbake fra tiden før 1966.

Finn Grøsted

Trygdekantoret refunderer ikke globuser

Det er mange måter å selge globuser på, men det spørs om ikke en omreisende globusselger som besøkte Angvik-Flemma-området ikke satte litt av en verdensrekord i bløff, forteller Romsdals Budstikke.

Han fikk lurt en enslig dame til å kjøpe en globus til 300 kroner. Så flusst med penger var det kanskje ikke hos damen, men hun gikk likevel med på handelen fordi selgeren garanterte henne at trygdekantoret ville refundere beløpet!

Nå vet imidlertid lensmannen i Batnfjorden bedre og vil gjerne ha en liten prat med selgeren om hva egentlig trygdekantoret virkelig refunderer. Selgeren kunne øyensynlig trenge litt undervisning på dette punkt!



- Glem nå ikke å kjøpe pussemidler og bonévoks, Hans, du vet du har fri fra kontoret i morgen.

Trygd - ekteskap - trygd?

Stadig flere ekteskap går i oppløsning og et økende antall barn blir født utenfor ekteskap.

En ulempe ved det nåværende system er at man i så stor grad kan påvirke sine ytelser ved å endre sin ekteskapsstatus uten at dette behøver å avspeile endret stønadsbehov. Man kan således unnlåte å inngå ekteskap for ikke å miste en enkepensjon eller stønad som ugift mor, man kan gifte seg for å få rett til forsørgingstillegg, og man kan skille seg for at begge ektefeller skal få full grunnpensjon.

Ved lovendring 23. juni 1972 så ble folketrygdlovens § 12 - 1 endret slik at ugift mor som lever sammen med barnets far, utelukkes fra retten til ytelser etter folketrygdlovens kap. 12.

De skal ansees å leve sammen også i tilfelle hvor den ugifte mor bor i samme hus eller leilighet som barnefaren, selv om det er anført at partene bor i adskilte deler av leiligheten eller huset.



BERGFRID FJOSE vår nye sosialminister

Sosialminister Bergfrid Fjose er født i Ullensvang 31. mars 1915. Hun tok lærerskoleeksamen i 1938. Før hun kom inn i rikspolitikken som representant for Kristelig Folkeparti fra Hordaland, gjorde hun seg gjeldende i kommunalpolitikken, først i Kvam, senere i Årdal og Fana, hvor hun nå er bosatt. Hun ble fast representant til Stortinget i 1969. Som stortingsrepresentant har hun sittet i protokollkomiteen, men hun har også engasjert seg i såvel sosiale som utenrikspolitiske spørsmål. Hun har vært delegert til FN's hovedforsamling. Hennes far, John Mannsåker, rep-



resenterte i sin tid Venstre på Stortinget. Selv karakteriserer hun seg som verdikonservativ og radikal.

Når man leser dagspressen, og til dels også de ulike tidskrifter, synes det nærmest være oppløst og vedtatt at der er et betydelig trygde- misbruk, og man får videre det bestemte inntrykk av at dette misbruk skyldes at en særskilt gruppe av befolkningen urettmessig hever sykepenger, pensjon, grunnstønad, hjelpestønad eller andre trygdeytelser.

Det er da heller ingen tvil om at det skjer misbruk, og alt annet ville vel være u- naturlig. Folketrygden angår en og hver av oss. På samme måte som skatter og avgifter er den noe vi ikke slipper unna. Folketrygden er blitt en institusjon og utgjør vårt absolutt vesentligste sosialmedisinske virkemiddel. Både bruk og misbruk angår oss alle, og det er derfor beklagelig at debatten er blitt så lite nyansert. Det eneste debatten hittil har avklart, er at våre eksakte kunnskaper om misbrukets natur og omfang er høyst mangelfulle.

Hva er egentlig trygdemisbruk? Det er sjelden noen gjør seg umaken å definere eller avklare dette, selv om det i og for seg ikke skulle by på særlige problemer. Etter mitt skjønn må ethvert forhold hvor en person ikke forholder seg i overensstemmelse med gjeldende lover og regelverk i folketrygden, sies å være trygdemisbruk.

Dette gjelder selvsagt på alle ledd. Både når det gjelder inn- og utbetalingen, og det gjelder også rekvisisjon på behandling som ikke er medisinsk fundert. Foreløbig er det bare utgiftssiden som har stått i sentrum for debatten. Men hvor mye premie unndras årlig? Hvor mange er det som tar ekstrajobber, og hvor mange er det som engasjerer folk til større og mindre jobber hvor oppgjøret skjer under bordet uten moms, uten skatt og uten at det betales folke- trygdavgift? Størrelsen av dette beløp som unndras på denne måten er ukjent, men sikkert ikke ubetydelig, og på det området har vi sikkert våre svin på skogen noen og enhver. Dette er selvsagt trygdemisbruk fullt på linje med vaskehjelpen som "lar seg sykemelde på grunn av dårlig rygg eller tynnslette nerver."

TRYGDE- MISBRUK?

Av EGIL WILLUMSEN

Det er i det hele noe betenkelig i hvilken grad vi tillegger trygdemisbruket til andre, og særlig tendensen til å skyte på de mest forsvarsløse, de som av forskjellige grunner har små muligheter for å kunne forsvare seg. Det er etter mitt skjønn for lite balanse i debatten.

Hva med oss selv? Er det en urimelig påstand at legelønningene er trygdemisbruk? Det er mange som er av den oppfatning, og på mange måter må en gi dem rett. Det må for mange fortone seg som misbruk når leger, spesialist eller ikke spesialist, opererer med årsinntekter på flere hundre tusen og opp mot en halv million. Sykehusleger med 30-40 ambulante pasienter pr. dag i tillegg til sin ordinære lønn. Turnuskandidaten eller militærlegen som presterer 20 sykebesøk på en natt. Legen som rekvirerer opphold på høyfjellshotell for sliten husmor på Ullernåsen, alt for trygdens regning. Er det misbruk? Og hvem er "ansvarlig" for misbruket? Hva med legen som opererer med 2-3 tusen kroner i året

tusen kroner pr. mnd. i telefonkonsultasjoner? Hva med legen som bruker sykehusets personell og utstyr uten å refundere institusjonen det det koster?

Hva med våre mange henvisninger til fysioterapi, kurbad, hvilehjem, ofte av den enkle grunn at det er eneste måten å tilfredsstille eller bli kvitt pasienten. Er det misbruk av trygdemidler, og hvem er i tilfelle misbruker? Hva med utnyttelsen av våre sengeavdelinger. Hvor ofte beholdes eller innlegges pasienter på sviktende medisinsk grunnlag? Jeg vet ikke, men at det også her forekommer en viss grad av misbruk, tør være hevet over tvil.

Hva med dobbeltundersøkelser, unødvendige laboratorie- og røntgenundersøkelser. Vi har vel bare en svak anelse om omfanget av denne form for trygdemisbruk. Hva med overbehandling eller luksusbehandling. Heller ikke her er der enighet om hva som kan karakteriseres som slikt misbruk, og ennå større uenighet er der om omfanget. Likevel får man med jevne mellomrom dokumentert tilfeller som tydelig viser at det også her foregår former for misbruk.

Eksemplene kan forfleres, og det gjelder ikke bare legerne. Også andre helse- og sosialarbeidere er med i bildet. Man må antakelig regne med at også vårt øvrige helsepersonell vil forlange å være med i galoppen. Man må jo undres over at sykepleiere og annet helsepersonell som deltar i ambulant virksomhet ikke framsetter krav om økonomisk andel av denne virksomhet i stedet for å kreve lønnsklasseopprykk. Vi skal jo arbeide i team som partnere, fortrinnsvis som likeverdige sådanne.

Hva med en asosial ungdom som får et opphold på Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, kanskje inntil 1 år til en kurpris av ca. kr. 400,- pr. dag. Der er mange som mener at dette er trygdemisbruk. Personlig har jeg vært med på å etablere et "behandlingsopplegg" for en 12 år gammel gutt i særskilt hjem til den nette sum av kr. 12 000,- pr. mnd. Det var mange som mente det var trygdemisbruk.

Der er også andre i systemet. Det forekommer at trygdefunksjonæren har for lite å gjøre. Er det trygdemisbruk? Til og med på enkelte av våre helseinstitusjoner er der personell som ikke er fullbeskjeftiget. Videre er det fortsatt en del trygdefunksjonærer som tar avgjørelsen i ekspedisjonsluken. Igjen

Forts. neste side

kan man spørre om dette er trygdemisbruk. Vi opplever ikke skjelden at personer går på attføringspenger i påvente av en legeerklæring som ikke blir skrevet, eller ikke blir skrevet godt nok. Er det også misbruk av trygdemidler? Der er leger som ikke har tid til eller vil sette seg inn i hovedreglene i folketrygden med de mange følger dette kan ha for klienten og trygden. Dette oppleves også av mange som en form for trygdemisbruk.

Politikerne synes å være klar over at noe er galt, men har ikke politisk mot eller evne til å si fra. Mange mener dette er den viktigste faktor til at det hele er på skli.

Det er tydelig dokumentert at kontrollapparatet i folketrygden ikke er adekvat. Det kan også betraktes som en form for trygdemisbruk.

Man blir stående ved spørsmålet hva er trygdemisbruk, og hvem er trygdemisbruker. Spørsmålet er vanskelig, og jeg har intet svar, men det er i alle fall ikke så enkelt som mye av dagens debatt kunne gi inntrykk av. Sannsynligvis er der misbruk over hele linjen, i alle ledd og på ethvert plan. Vi er alle involvert, og det tilligger oss alle både som leger, klienter og pasienter å forsøke med de midler og metoder som står til rådighet, å forsøke å redusere de forskjellige typer og grader av misbruk til et minimum. Vi løser ikke problemet med å skyte på en liten og forsvarsløs gruppe. Det eneste vi oppnår ved en slik framgangsmåte er å konsentrere oppmerksomheten om en del av problematikken, sannsynligvis en liten del av et stort og økende problem, med den følge at vi overser eller glemmer å undersøke andre og kanskje meget viktigere faktorer ved vår omfattende trygdeordning.

Som leger spiller vi en sentral rolle i dette systemet. En del av misbruket skyldes oss, direkte eller indirekte. Iatrogene lidelser er ikke ukjent innen medisinen. De hører ofte av forskjellige grunner til de vanskeligst diagnostiserbare og mest terapieresistente. Skal dette også være tilfelle med iatrogen trygdemisbruk?

Egil Willumsen.

Trygd til hele folket

hentet fra Telemarksavisen Varden:

*Trygd til liten, trygd til stor,
trygd til far og trygd til mor,
trygd til søster, trygd til bror.
Mang en husmor hun får penger,
for hun hjelp i huset trenger,
men hva skjer i mange fall?
Pengene hun altså skal
ha til hjelp i huset sitt
de blir brukt i bokredditt
til en lekker trygdebil,
resten går til bingo-spill.
Bingo-trygden kan man stryke
slik at sånne som er syke
kan få litt å leve av,
er'ke det naturlig da?
Mann som nesten ei kan se,
og som har fått trygd for det,
tropper opp på elgejakt*

*skyter prektig elgeslakt
elegant som bare det,
men, kan altså ikke se!
Nå skal trygden opp igjen
hvor skal dere ta det hen?
De'kke mer i posen vår,
håper ledelsen forstår,
tar de mer i fra oss nå
da må vi en mattapp få
for en ribba pengesekk,
bare full av gjennomtrekk
den vil ingen kjøpmann ha
og hva skal vi gjøre da?
Ikke skal vi dog misunne,
men av hele hjertet unne
de som har behov for det
alt de får, og mere te'.*

u-trygda.



ER NORDMENN NOTORISKE SYKE - PENGEMISBRUKERE ?

Per Wium

Å bli sykmeldt for en arbeidstager i Norge i dag er enkelt. Man bare dropper innom nærmeste lege og får utskrevet lappen. Hvis den norske arbeidstager ikke har samvittighetskvaler, er det helt umulig for legen å ha det. Etter min mening er de norske leger i dag satt til å legitimere selv de verste Münchhausen-historier, og vedkommende arbeidstager får lønn for sin kjempebløff i form av sykepenger. Dette har vel enkelte norske leger innsett, og skriver ut sykemeldinger pr. telefon i massevis uten å ha sett pasienten. Personlig tror jeg den norske legestand har meget liten innflytelse på de sykepengemisbrukere som finnes, og de norske arbeidstager som har en etisk holdning til problemet, er det jo ikke nødvendig å ha kontroll med. Selve apparatet med sykepengeordningen er meget tungvidt, og påfører både leger og trygdeetat meget

stor arbeidsmengde. Men er det så et stort beløp som hvert år går ut unødige på grunn av sykepengemisbrukere? Er vi verre i Norge enn andre steder? Ifølge opplysninger fra Rikstrygdeverket er uttak av sykepenger i Norge ikke større enn i Holland hvor man har en meget nøye kontroll med sykepengeordningen, og man har i Holland funnet at misbruket er minimalt.

Sverige har nå gått over til system hvor arbeidstagerne sykmelder seg selv for inn til et visst tidsrom. Dette førte i begynnelsen til en stigning i antall sykedager, men det har siden stabilisert seg på det man ville vente.

Hva er så mitt forslag til løsning av problemet? Jeg mener det eneste som kan gi nogenlunde løsning, er et vel utbygget bedriftslegesystem, hvor legen har kontroll med arbeidsstokken og hvor det føres fraværslister, og at man kan gripe inn hurtig i de tilfeller hvor man ser at en arbeider får stort fravær. I tillegg kunne man drive preventiv medisin og løse problemene før fraværet oppstod.

KJÆRE RIKSTRYGDEVERKET.

Er det mulig for oss pasienter langt utenfor Rikstryg - deverkets bygning å få refundert utgifter til transport av medisin? For dere i byene er det jo ikke noe særlig problem, dere kan jo få ut medisin til alle døgnets tider, men for oss her ute kan kostnadene ved en pakke medisin bli både 10,- og 20,- kr. bare i frakt. Hvis vi skal ha en eske Digitalis til 7-8 kr., så får vi det merkelig nok igjen fra trygdekassen. men de 15,- kr. i frakt får vi aldri redusert. Kjære Rikstrygdeverket, hvordan skal vi løse dette problemet?

En som bor langt fra Riks - trygdeverket.



TALL - OPPGAVER:

Pr. 1. august 1966 oppebar ca. 94.000 personer pensjon fra uføretrygden og 14.000 personer oppebar grunnstønad og/eller hjelpestønad fra samme trygd.

Pr. 31. desember 1971 oppebar ca. 143.000 personer uførepensjon fra folketrygden, den 24.3.72 var det 145.514 personer, og 39.000 personer oppebar grunnstønad og/eller hjelpestønad fra denne trygd.

Tatt i betraktning at bare ca. 11.000 av uførepensjonistene pr. 31. desember 1970 oppebar uførepensjon etter lavere uføregrad enn 70 pst., må det konstateres at den lempning av vilkår for rett til ytelse som rent lovgivningsmessig fant sted i forbindelse med innføringen av folketrygden i seg selv ikke er noen rimelig forklaring på den svære økning i bestandstallene. En del av forklaringen må nok søkes i det forhold at uføretrygdloven - i motsetning til folketrygdloven - satte som vilkår for rett til pensjon, at den trygdede "frembyr alvorlige og varige, objektive registrerbare symptomer på sykdom eller lyte". Videre kan det ha noen betydning at pensjon fra uføretrygden i prinsippet var utelukket dersom den trygdede var i stand til å yte mer enn 1/3 av "normal arbeidsinnsats på et område som løver for ham....." Pr. 30. september 1971 var det 44.951 personer som oppebar grunnstønad og/eller hjelpestønad etter lovens kapitel 8. Av disse var bare 24.473 folketrygdpensjonister (alderspensjon eller uførepensjon). Samlede utgifter til grunnstønad og hjelpestønad på dette tidspunkt svarte til ca. 80 mill. kr. på årsbasis. Sammenlignet med tilsvarende tall pr. 30.9.1970 forelå det en utgiftsøkning på 32,7 pst. Pr. 31. desember 1972, hvor store tall ???

4
72

A/s VINMONOPOLET
SPRITAVDELINGEN
Stiklestadveien 1
TRONDHEIM

Senderens adresse nr. Postgiro nr. Bankgiro nr.
8 69 55 8601.06.25469

Mottaker
Distriktslege Leiv Tormod Hansen

Adresse
Mehamn

Utleveringssted
Mehamn

Over

Datum
1/2 72

Sendes pr.
Tore J

Merket Adr.
o/nr.

Betalingsforskrift o. a. forskrifter
porto

Varespesifikasjon/underretninger til mottakeren

2. FRAKTBREV Leveres mottakeren

STYKKGODS

(30)

LEIV TORMOD HANSEN
DISTRIKTSLEGE I GAMVIK
9970 MEHAMN

Antall	Pakning-godsslag	Vekt kg	Sendt nr.
	pk. sprit		
	fat = 1 fl	1.5	

Mott. kunde nr.

fraktkjøkk!

Kvittering (30)

I reklamasjon nå denne kvittering vises frem

Innbetal

Kr 3 85

Til Vinmonopolet

Postnummer Trondheim

på postanvisning

nr. 100

Post

Båtfrakt	2-12/5
Overføring	1/5
Utkjøring	
Senderetterkrav	
Ekspedisjonsgebyr	
SUM	2,50
Merverdiavgift	
Senderetterkrav	
Ekspedisjonsetterkrav	
TOTAL	15,00
Sendersted, Datumstempel og sign.	Utleveringssted, Datumstempel og kvittering. 0,50
Kassastempel gjelder som kvittering	15,50

SEGLING

Trygdesatser og system:

Privatpraktiserende Skiens-lege tjente 600 000 første halvår i år

SVEIN TORE SIGVALDSEN

Vel er vi klar over at leger er den eneste yrkesgruppe som selv bestemmer sin «tariff», men at det er mulig for en privatpraktiserende lege i Skien å tjene 600.000 kroner i løpet av et halvt år ville vi

ikke trodd lå innenfor «tariffens» ramme. Etter opplysninger Vardens sitter inne med er det dog mulig. En lege i Skien har første halvår i år tjent 600.000 kroner gjennom ordinær behandling. Vi mener ikke med dette å fortelle at denne legen eller

leger rent generelt, hover inn uberettigede penger. Legen har utvilsomt holdt seg til sine takster og arbeidet for pengene. Men det ville være løgn å si at man ikke uvilkårlig stusser over den slags usedvanlig høye inntekt. Nei, takstene som systemet

opererer med er sikkert holdt. Vi har ingen grunn til å betvile det. For den saks skyld er det neppe legen som tjener mest. Staten tar sitt igjen med full mon — skatten slipper ingen utenom. — Men likevel...

Nå vil neppe noen ansvarlig frarøve syke mennesker rett til den beste behandling — det kan være seg rent medisinsk eller gjennom trygder. Kan det gjøres lettelse for de syke, vil vi alle være med. Men det som det kan være grunn til å stille spørsmål ved er om våre systemer er gode nok. Det synes ikke slik. Alt for mange ting taler imot. At en privatpraktiserende lege kan makte å tjene 600.000 kroner i løpet av et halvt år, er bare ett av mange eksempler.



Ikke i min villeste fantasi kan jeg tenke meg en slik inntekt

STORTINGSMELDING NR. 85 (1970-71), side 43:

Om dette har helsedirektøren uttalt: "Skal man dømme etter den helt ubetydelige kritikk systemet har vært utsatt for så vel fra almen-

heten som fra legenes side, måtte man anta at systemet i alle fall hittil stort sett har fungert tilfredsstillende."

SVEIN TORE SIGVALDSEN

er omtrent ikke til å tro. — Dette er kommentaren til Vardens melding fra generalsekretær Odd Bjercke i Den norske

Lægeforening, og formannen i Telemark Lægeforening — lege Ragnar Klaustad. — Generalsekretær Bjercke går så langt som til å si at dette er utenkelig. Ikke engang i min villeste fantasi kan jeg tenke meg at en slik inntekt er mulig. Det hele er ganske enkelt uforståelig — sier generalsekretæren.

— En inntekt på 600 000 kroner i løpet av et halvt år

Trygdedirektør Alexander vil ha redegjørelse fra Skien

Takstene ikke grunn til urimelig fortjeneste

Trygdedirektør Finn Alexander har betegnet 600.000 kroner halvårsinntekt for en privatpraktiserende lege som oppsiktsvekkende. Videre har han i kommentar til Vardens artikkel igår sagt at refusjonssatsene fra trygdekassen ikke gir grunnlag for en urimelig fortjeneste. Likevel har han bedt Skiens trygdesjef, Carl Bohlin, om en redegjørelse i sakens anledning. Hvorvidt legens inntekt er urimelig, overlater vi til andre å ta stilling til. At legen har arbeidet hardt, nær sagt holdt et ekstremt høyt arbeidstempo, tror vi er årsaken til den høye inntekt. Og de 600.000 kroner går ikke ubeskåret i legens «lomme». Herfra skal trekkes alle utgifter som kontorer, og lønn til diverse assistenter. Det vi er mer interessert i er å sette et spørsmålstegn ved systemet. Refusjonstakstene kan virke som den reneste akkord for en arbeidskjær. Og på en slik bakgrunn må det stilles spørsmål om hvor pasienten blir plasert i bildet. Etter reaksjoner igår å dømme reagerer de fleste mot legen, men vi ønsker å understreke at han kun er brukt som et eksempel for å få systemet opp til debatt. Og 600.000 kroner er ingen vanlig gjennomsnittsinntekt på et halvt år for leger rent generelt. Men



En avis hevdet nylig at en privatpraktiserende lege i Skien har tjent 600.000 kroner på et halvt år. Også fra Trondheim blir det meldt om store legelønninger. Disse nesten astronomiske tallene har fått mange innen Lægeforeningen til å tvile, og det blir nå undersøkt om de kan være riktige.

Men om tallene er riktige eller ei, så er det i hvert fall snakk om lønninger som får en vanlig lønsmottaker til å svimle, og man må med rette spørre seg om man i vårt samfunn skal godta slike skjevheter

På spørsmål om Vardens opplysninger likevel kan danne utgangspunkt for en deoatt om privatlegers arbeidsordning og inntektsmuligheter, svarer generalsekretær Bjercke:

— Dette påståtte tilfellet danner ikke utgangspunkt for noe som helst.

Legen i Skien er privatpraktiserende, men det er også klart at sykehusleger kan komme opp i voldsomme inntekter.

Arbeider-Avisa i Trondheim forteller om et tilfelle hvor en privatpraktiserende lege som en dag pr. uke utfører operasjoner ved et sykehus, og som for dette arbeidet får utbetalt 200.000 kroner i året. Det vil med andre ord si at legen har 200.000 for operasjoner foretatt en dag pr. uke! Når en så tar i betraktning at året har 52 uker, så skulle dette bli en meget god dagslønn!

I denne sammenhengen bør en heller ikke glemme at legene det her er snakk om, lønnes fra folketrygden og myndighetenes budsjetter. Når en ser på legenes situasjon er det klart at forholdene ligger vel tilrette for ekstrafortjenester, og de tjener også langt bedre enn andre med akademisk utdannelse. En kan ikke påstå at alle leger tjener urimelig mye, men det er klart noe er galt på denne sektoren når leger kan tjene 600.000 kroner på et halvt år.

Fylkeslegen om de skyhøye legelønningene:

— Vi kjenner ikke til tilfeller her i fylket

Sosialreformkomitéens innstilling II

OLL's MENING:

Styret i OLL har undergitt denne innstilling behandling på vanlig måte og UTPOSTEN bringer noen klipp fra styrets brev til DNLF:

Innledningsvis vil OLL peke på at man i store trekk er enig i den målsetting for den framtidige helse- og sosialtjeneste i vårt samfunn som Sosialreformkomiteen trekker opp retningslinjene for.

OLL vil dog understreke at Sosialreformkomiteens valg av terminologi synes meget uheldig. OLL vil sterkt understreke at de framtidige sentra bør kalles helse- og sosialsentra og ikke sosialsentra. Dette av flere grunner. For det første er det ikke dekkende for den service som skal ytes fra disse sentra. Dernest er det en fordel om man legger vekt på og bevarer helsebegrepet. Derved kan de framtidige sentra bevare den prestisje som helsevesenet har og har hatt, og som sosialvesenet unektelig ikke har kunnet opparbeide til denne tid.

I den forbindelse vil OLL her uttale som man gjorde det i forbindelse med St.melding 85 at man ser det som ønskelig, hensiktsmessig og nødvendig med et nærmere samarbeide med sosial- og trykkesektoren. Man er imidlertid ikke innstillet på noen fullstendig integrasjon, og dette ser man heller ikke som nødvendig.

OLL vil si seg uenig i Sosialreformkomiteens forslag om å erstatte helserådet med det foreslåtte sosialstyret. Dette virker etter OLL's syn som et forhastet og lite gjennomtenkt forslag hvor man ikke kan overse konse-

kvensene. OLL er klar over at det kan forekomme rene tekniske saker som i dag behandles av helserådet, men utviklingen har etter vårt skjønn vist helt tydelig at det aller meste av omgivelsseshygiene har medisinske og sosialmedisinske implikasjoner. Man ser det som et tilbakeskritt om de fleste av disse sakene nå skulle avgjøres av teknisk etat. Et annet spørsmål er hvem som eventuelt skal avgjøre hva som skal behandles av de forskjellige instanser.

Når det gjelder den foreslåtte administrative nyorganisasjon på fylkesplanet, vil OLL uttrykke sin tvil om dette er en hensiktsmessig organisasjonsform. Ordningen virker omfattende og vil bli kostbar og personellkrevende.

OLL vil hevde at det mest sentrale og det som det hastest mest med, er å få en raskest mulig utbygging av en adekvat primær helse- og sosialtjeneste i form av helse- og sosialsentra på kommuneplanet. I alle fall inntil videre vil man anta at dette kan etableres og administreres ved vårt nåværende administrative apparat som imidlertid bør styrkes med representanter fra den primære helse- og sosialtjeneste.

OLL vil erklære seg enig i det som er uttalt om tvangsmessige inngrep og rettssikkerhet. Videre er man i prinsippet enig i at de folkevalgte fortrinnsvis skal være engasjert i planleggings- og utredningsarbeide og ikke i direkte klientarbeide. Dette dog på noe lengre sikt idet personellressursene i dag er helt utilstrekkelige overfor den mengde av problemer som foreligger.

I UTPOSTEN nr.4, -72 ble det gjengitt et brev til Apotekerkontoret, Helsedirektoratet vedr. adgang til å skrive digitalis på blå resept. Det ble påpekt at ekspedisjon av blåresepter er vesentlig mere omstendelig enn vanlige resepter, og at digitalisforbruket pr. pasient pr. år skjelden overskrider 20 kroner.

Brevet er nå besvart fra Sykestonadsavdelingen i Rikstrygdeverket i brev av 5. desember 1972:

"Etter anmodning fra flere hold ble digitalispreparater oppført i preparatlisten under § 9 p. 12 i forbindelse med de nye forskriftene som trådte i kraft fra 1. juni 1972.

Utkast til forskriftene og preparatlisten ble på forhånd forelagt Helsedirektoratet, Den norske legeforening til uttalelse. Fra Legeforeningen ble det innhentet uttalelse fra spesialforeningene. Bortsett fra at Norske internistforbund uttrykte sin tilfredshet over at digitalispreparatet var tatt med i listen, var det ellers ingen kommentarer til denne tilføyelsen.

De nye forskriftene og preparatlisten ble sendt legene sammen med Legeforeningens tidsskrift."

Det fremgår med all tydelighet at saken har vært behandlet korrekt, jeg går ut i fra at beslutningen er tatt i Sykestonadavdelingen i Rikstrygdeverket, siden det er de som svarer på brevet. Teoretisk sett har vel også den reseptskrivende almenpraktiker og kvitteringsskrivende apoteker kunnet influere på beslutningsprosessen gjennom sine organer i Legeforeningen og Helsedirektoratet, men det merarbeid som faller på dem, har likevel ikke veiet tungt nok i skålen mot den relativt ubetydelige økonomiske gevinst pasientene har av å få det refundert.

Harald Siem

P.s. Ventetid på svar: 3 måneder.



Samarbeidsformer i helsetjenesten

Kurs i offentlig helsearbeid for leger 1972 har tatt seg som oppgave å skaffe en oversikt over tiltak som bør søkes gjennomført for å bedre samordningen og samarbeidsformene mellom helsetjenesten i og utenfor institusjon. Arbeidet er kommet UTPOSTENS redaksjon i hende, og vi akter i følgende numre å bringe noe av stoffet videre.

III. Samarbeid mellom institusjoner og primærhelsetjeneste:

Sykehus og primærleger:

Primærlegens måter å kontakte sykehuset på, er i dag av meget varierende kvalitet, både skriftlig og muntlig. Henvisnings- og innleggelseskriv bør være maskinskrevne. Opplysningene må generelt sett bli noe mer utfyllende enn tilfellet er i dag. Unntatt herfra selvfølgelig øyeblikkelig hjelp, der man ikke kan forlange samme standard. Derimot bør primærlegene ved slike innleggelseskontakter sykehuset pr. telefon og snakke med vakthavende lege. Våkthavende lege må alltid være lett å få tak i, og sentralbordene på til et hvert tidspunkt av døgnet nøyaktig vite hvor vedkommende er å finne, og må dessuten være helt innforstått med bruken av sentralbordet. Det svikter mye på dette området.

Ved akutte sykdomstilfeller må det være primærlegen som alene avgjør om det er påkrevet med øyeblikkelig sykehusinnleggelse. Denne vurdering må nødvendigvis også omfatte sosialmedisinske formål, noe mange sykehus i dag ikke har akseptert.

Ved innleggelse i fødeavdeling bør den fødende bringe med seg kontrollkortet fra den lege som har hatt svangerskapskontrollen. Det arbeides for tiden med å lage et slikt svangerskapskjema

ROLANDAËL



med gjennomslag. Epikrisene er primærlegenes store problem. Det går alt for lang tid fra pasienten blir utskrevet til primærlegen har epikrisen. Noe som foruroliger primærlegene, er at det ikke synes som om sykehusene er interessert i å løse problemet. I heldigste fall får man epikrisen etter 14 dager, men 6 måneder er ikke uvanlig. Enkelte ganger får man ikke epikrise i det hele tatt. Det er en utillatelig slendrian fra sykehuslegenes side, og man vil påpeke at pasienten ikke er ferdigbehandlet før epikrisen er skrevet. Noen mener at epikrisen bør skrives dagen før utskrivning. Epikrisens innhold er meget varierende både i kvantitet og kvalitet. Enkelte sykehusleger tar bare kopi av laboratoriearket, andre forteller hvor bra pasienten ble på sykehuset, en historie som ofte stemmer dårlig overens med pasientens fortelling. Hvis primærlegen henviser til poliklinikk, og pasienten blir innlagt fra denne, må sykehuslegene huske å sende epikrise til primærlegen. Vi kjenner til at det ved noen sykehus er innført en ordning hvor pasientene ved utskrivelse får med seg en seddel utfyllt av avdelings- sykepleier. På denne seddel står de viktigste opplysninger med hensyn til den umiddelbare kontroll og behandling, medikamenter o.lign. Ved henvisning til poliklinikk, benyttes også forskjellige fremgangsmåter. Hvis tiden tillater det, bør sykehusene forlange maskinskrevet henvisning som ved innleggelse. På den annen side forlanger primærlegen en adekvat epikrise som dikteres inn ved slutten av konsultasjonen. Innholdet skal ikke bare være en gjentakelse av henvisningskriv med noen ekstra laboratorieverdier, men skikkelige og nøyaktige

retningslinjer som primærlegen kan holde seg til i den videre behandling av pasienten.

Også for polikliniske pasienter kunne det være nyttig at man sendte med pasienten et behandlingskort etter mønster av det som tidligere ble nevnt for pasienter som ble utskrevet.

Vedrørende epikriser henvises forøvrig til legeforeningens tidsskrift nr. 19, 1966, side 1313, nr. 24, 1970, side 2270, og nr. 16, 1971, side 1256.

Et spesielt forhold skal nevnes: Ved prøveutskrivninger fra psykiatriske sykehus må primærlegen få beskjed om dette før utskrivelse skjer. Den rent faglige kontakt primærlegen har med sykehuset i form av møter og kurs blir ofte satt stor pris på. Også her er variasjonen stor. En bør ta sikte på at alle sykehus av noen størrelse har minimum månedlige møter hvor primærlegene blir invitert. I tillegg til dette bør det holdes etterutdannelsekurs av en til to dagers varighet, minst en gang årlig. Primærlegene bør ta aktivt del i slike møter, gjerne med kasus fra sin praksis.

Nevnes her skal også kontaktmøter med psykiatriske institusjoner for å diskutere behandlingsopplegg for pasienter med psykiske vanskeligheter i distriktet.

Som ledd i etterutdannelse, og dessuten for å forbedre kontakten mellom primærlegen og sykehuset, foreslås at primærlegen utfører en fast tjeneste ved det sykehus han sogner til. Vi vil anbefale 3 måneders tjeneste i løpet av 3 år. Dette kan utføres sammenhengende eller eventuelt oppdeles i kortere perioder. Vi anser det ønskelig at en av sykehusets leger vikarierer for primærlegen i hans praksis i denne tiden. Vi tror at sykehuslegen har godt av å være ute i praksis en gang i blant, idet man har inntrykk av at sykehusets forståelse av forholdene ute i praksis ikke alltid er så gode som ønskelig. I Finnland praktiseres en ordning etter lignende mønstre med utveksling primærlege/sykehuslege. Legene i periferien bør utover den omtalte tjeneste inviteres til å delta i visittgang på sykehus når de har anledning til det.

Spesialinstitusjoner og primærleger:

Med spesialinstitusjoner menes institusjoner for alkoholikere, narkomane, åndssvake, vanføre, epileptikere, attføringsinstitutt og spesialis skoler. Det største problem primærlegen har overfor slike institusjoner, er å skaffe plass for pasientene. I tilfeller hvor innleggelsen har skjedd via en spesialist, hender det i blant at bare spesialisten får epikrise, og ikke primærlegen som til slutt får pasienten

til behandling. Dette er naturligvis ikke tilfredsstillende. Forøvrig gjelder de samme betraktninger angående epikrise som er anført under omtalen av de vanlige sykehusene.

Vedrørende innleggelse i attføringsinstitutt har legene i blant inntrykk av at sakene kan komme noe skjevt ut på grunn av mangelfull kontakt med attføringskonsulenten. Det ansees å være nyttig at attføringskonsulenten og legen drøfter saken før det eventuelt sendes søknad om innleggelse i attføringsinstitutt. Attføring har alltid vært et lite tilfredsstillende felt, men etter som hele dette systemet nå er under omorganisering og skal underlegges arbeidsdirektoratet, finner man ikke grunn til å komme nærmere inn på dette her.

Lokale helseinstitusjoner og primærlege:

Man forstår med lokale helseinstitusjoner sykehjem, sykestue, fødestue og aldershjem. I de aller fleste tilfellene er det en av primærlegene som er tilsynslege ved disse institusjoner. På steder hvor tilsynslege er eneste primærlege blir samarbeidet mellom disse institusjoner ikke noe vesentlig problem. På større steder hvor det er flere praktiserende leger, er det vanlig at søknad om plass i sykehjem skjer ved skriftlig henvendelse. Innholdet i disse søknader er av varierende kvalitet.

Det er viktig at det i søknaden gis adekvat opplysninger av både medisinsk og sosial karakter. En del pasienter blir overført direkte fra sykehus til sykehjem uten at det følger med medisinske opplysninger. Man står her overfor samme problem som kontakten sykehus/primærlege med manglende epikrise. En utskrivnings seddel som følger med pasienten til sykehjemmet, vil avhjelpe det umiddelbare behov. Det må også være en selvfølge at det ved innleggelse av pasient fra sykehjem til sykehus må følge med tilstrekkelige medisinske opplysninger. Det samme gjelder hvor pasient utskrives fra sykestue eller sykehjem og går tilbake til en annen primærlege enn tilsynslegen.

Koordinasjon hjemmesykepleie, sykehus, primærlege:

For at hjemmesykepleien skal ha noen hensikt, må samarbeidet med sykehuset være det aller beste. En utførlig pleierapport fra avdelingssykepleier må følge pasienten til hjemmesykepleieren. Legen som skal ha ansvaret for behandlingen lokalt, må i disse tilfeller få utfyllende epikrise umiddelbart. Hvis man skal ha hjemmesykepleie fra første dag etter utskrivelsen fra sykehus, må en forlange at sykehuset varsler den lokale sykepleiesjef minst en dag før pasienten kommer hjem. Forøvrig må etterutdannelsen av hjemmesykepleiere ikke glemmes. Vi kan her antyde et lignende system som for primærleger med sykehustjenestens sykehusets sykepleiere vikarierer ute i distriktet. Noe nærmere konkret samarbeid er vanskelig å antyde her, færreste har personlig erfaring med hjemmesykepleieordningen foreløpig.

HELSEDIREKTORATET LEGEKONTORRET AJOUR ?



Jeg har i tidligere innlegg kommet inn på vanskelighetene med å få tilsendt de retningslinjer jeg skal drive min distriktslegepraksis etter, og jeg har fått noe av svaret på disse vanskene. Under et meget hyggelig besøk i Helsedirektoratet stilte jeg spørsmål om etter hvilke lister man sendte ut rundskriv. Jeg ble henvist til Legekantoret hvor man hadde et stort kartotek med alle distriktene, d.v.s. mitt distrikt var ikke med.

Det er nå 2 år siden stillingen ble opprettet og ennu har ikke Helsedirektoratet kommet ajour. På kortet stod navnet på en distriktslege som reiste fra nabodistriktet for 5-6 år siden. Jeg håper de også langsomt vil komme etter i Legekantoret, Helsedirektoratet.

Per Wium.

Dr. med. Henrik Seyffarth



Oslo, 6. desember 1972

Bladet UTPOSTEN
Redaksjonen
6420 Aukra

Med stor glede leste jeg den redaksjonelle artikkel i UTPOSTEN nr. 6 - 1972. Artikkelen viser at UTPOSTEN er ærlig og modig, og jeg håper inderlig at dere kan fortsette denne linje.

I artikkelen ble påvist at det vi savner er legenes utdannelse i fysikalsk medisin. For å styre denne utdannelse i en retning jeg tror er riktig, vil jeg få lov til å komme med følgende bemerkninger:

Fysikalsk medisin er et tverrfaglig fag, i likhet med radiologi. Fysikalsk medisin bør derfor for en stor del undervises i sammenheng med de lidelser som egner seg for denne behandlingsmåte. Jeg har derfor alltid ivret for at når det gjelder spesialiteten fysikalsk medisin, bør denne også omfatte en egen utdannelse i de sykdommer som det kommer på tale å behandle, spesielt ut fra et fysikalsk/medisinsk synspunkt.

Den spesialutdannelse som leges, er i første rekke å kunne palpere de sykelige forandringer, eventuelt avsløre dem ved hjelp av aktive og passive bevegelser. Dette er grunnlaget for det man kan kalle smertediagnose, dvs. å kunne finne det organiske grunnlag for de smerter eller andre fornemmelser som driver pasienten til lege. Det viktigste vi kan palpere er myoser som er årsak både til lokale smerter, og ofte til fjernsmerter og pareser. Myoser er uttrykk for sirkulasjonsforstyrrelser som er oppstått enten på grunn av fysiske feilfunksjoner, idet man sitter, står, går og arbeider på en uheldig måte, eller det kan være sirkulasjonsforstyrrelser som ledsager nervøs anspenhet. Myoser oppstår ofte sekundært som følge av impulser fra indre organer.

Selve den fysikalske medisin går i store trekk ut på å forbedre sirkulasjonen, og dermed fjerne myosene. Samtidig må man også oppøve de kroppslige funksjoner som har vært lidende, bl.a. ved å lære pasienten å sitte, stå, gå og arbeide riktig. Til å opprettholde disse funksjoner krves både øket muskelstyrke og koordinasjon.

Vi har også holdepunkter for at behandlingen av myoser kan påvirke de indre organer, men det er for vanskelig til å komme inn på her.

Årsaken til at jeg skriver dette, er at det i den senere tid har vært en tendens til å skille den fysikalske medisin ut fra klinikken. Dette var tidligere ofte tilfelle i utdannelsen av fysioterapeuter, - hvor legen var den som skulle stille diagnosen, og terapeuten bare skulle beherske sine fysiske hjelpemidler. I den senere tid har fysioterapeutene blitt mere klar over at de også må kunne om det man kunne kalle - den fysikalsk/medisinske side av de forskjellige sykdomsdiagnoser.

Når det gjelder legene er utviklingen mere usikker. Dette sees bl.a. av "Hand - book of physical medicine and rehabilitation", W.B. Saunders Co., Philadelphia - 1971. Dette er en bok som anbefales for unge leger som skal delta i kurser for videreutdannelse i fysikalsk medisin. I denne kjempebok på 920 sider, neglisjeres både holdningsfeil og belastningssykdommer i den grad at man ikke vil tro det før man har sett det. Det er en anerkjent naturlov at både muskler, ledd og ben påvirkes i sin struktur av den måte kroppen brukes på. Men denne lov får man ikke øye på i den store boken.

Konklusjon: - Undervisningen i fysikalsk medisin må omfatte både fysikalsk diagnostikk (bedømmelse av holdning, palpasjon etc.) - og et nærmere kjennskap til de fysiske hjelpemidler. Det viktigste og mest tidsrøvende er den fysikalske diagnostikk.

Lykke til!

Hilsen
Henrik Seyffarth



Ingen av skolepultene passet

En undersøkelse i 1968 blant 200 førsteklasinger ved tre skoler i Bergen åpenbarte at ingen av de skolepultene eller bord og stoler barna måtte bruke, var små nok. Som tidligere årskull var barna henvist til å sitte og dingle med bena. De nådde ikke ned på gulvet og hadde i det hele tatt ikke chance til å innta en god arbeidsstilling, forteller Anna Margrete Henriksen, medlem av Bergen skolestyre. Hun var formann i det første kommuneoppnevnte utvalg her i landet for forebyggende helsetiltak for skolebarn. Hovedpunkter i utvalgsinnstillingen av 1971 er bedre kontroll med innkjøp av inventar, og kurser for skoleleger, skolesøstre og lærere.



Oslo, 21-12-1972

Herr Distriktslægen
dr. Harald Siem
6420 Aukra

ET AVSKEDSBREV

Jeg vil først faa takke for Sidst, aa meddele, at min Rejse med Automobil - nedlæsset saadan - til Christiania gikk over all Forvæntning. Det var en artig Opplevelse at rulle hen gjennom det dystre Taagelandskap, der Sigten efter Chaufførens Angivelser svingede mlm. 10 og 40 mtr.. Vejbanen var meget ised, og jeg hadde nok foretrukket et tospann foran min egen større Sluffe isteden - for denne komiske Firhjuling Chaufføren hadde dog satt Spiger i sine Dæk, men ikke kan jeg forstaa, at ikke al den Luft, vi havde pumpet inn, derved på ny strømmede ut til stadighet. Dette skedde kun tre Ganger, og da maa man sige seg vel tilfræds. I Lillehammer tog vi Stop hos en av mine Slægtninger. Vi fikk serveret både Øl, Viin og Julegløgg, dertil helstekt Svin, som var så fed, at der riktig dryppede av den. Chaufføren, der er en flisede Spjæling, blev hurtigt fnisede aa blank i Øinene, men saa gikk det paa den anden Side meget hurtigt videre til Hovedstaden. Han kørede da ikke lengere saa pyset, og det var jeg vel fornøyet med. Vi ankom først godt over Midnat, og bortsett fra at Motoren kogede op Brandbulierne, hvor vi maatte have Assistance fra

to store Skogsheste, gikk turen ukomplisert, og vi blev jublet velkommen av hele min Familie, der hadde holdt seg oppe i engstelig Paavente av vores Ankomst. Rejsen fra Gossen, eller Aukra som øen også kalles, til Hovedstaden tog saaledes kun 16 Timer, og det maa man sige seg vel fornøiet med i saadanne Ulvetider.

Jeg vil saa faa takke Herr Redactøren for det gode og allsidige Samarbejde vi har haft der ude i Havet, baade når det gjelder det rent faglige, med Uposten i særdeleshed, men ogsaa naar det gjelder de rent sociale Systemer. Det er mangen et sprekt Hallingkast som er udgaaet fra vores Underex i sene Nattetimer, hvor vi da i Fællesskap har hoppede høje enn nogen annen. Jeg vil ogsaa minne om vores Ture paa Havet i Redactørens lille Lystbaad i kamp med Elementerne - sikke en Opplevelse! Og i stille Vær og maaneklare Nætter paa Jagd etter Krabberne - disse underlige Dyr i Søen, der gaar sidelængs istendenfor ret frem som annet Folk.

Merkeligt er det at sidde her i Hovedstaden, med al dens Glitter og Lys, Braak og Støi, omgitt av travle Mennesker og tutende Automobiler, medens en del av ens Sjæl ligger tilbage i ytre Romsdal. Idet jeg da naa bliver degradert til Udenøskorrespondent, med Hovedsæte paa det fashionable og kolossale kommunale Sygehus her i Byen, vil jeg fortsatt yde det jeg kan, for det videre

Bestaaen og Utviklen av vårt fælles Organ.

Med takk for godt Samarbeide i det nu snart forgagne Aar 1972 - alt godt for det kommende!

Med hilsen
Halvor Denstad

DAGENS DILEMMA

"Problemet med ressursdisponering i helsevesenet er tydelig illustrert ved følgende tall:

De beregnede utgifter ved nyretransplantasjon inkludert follow up, er \$ 5000, mens det koster \$ 130 årlig å gi en fattig amerikaner adekvat helseovervåkning.

\$ 1 milliard kan finansiere tilstrekkelige dialysesentre til å betjene 25 000 mennesker eller mer, som ville trenge dem de neste 10 år, - eller finansiere fullstendig 1 250 fattige menneskers behov for ambulant helsetjeneste."

(Mendelsohn, Swazey og Taviss, OUP-72)

GLEDELIG INITIATIV:

Tromsø vil ha forskergruppe i helseøkonomi

Universitetet i Tromsø har søkt Sosialdepartementet om støtte til å opprette en forskergruppe i helseøkonomi. Det er foreløbig bedt om 150 000 kroner året i tre til fem år for å etablere og drive forskergruppen, som er tenkt å skulle bestå av tre-fire vitenskapelige stillinger og nødvendige hjelpstillinger.

Interimstyret opplyser i anskningen at de økonomiske problemene i helsevesenet stadig blir viktigere, og at mange mener de er i ferd med å sprengt rammens samfunnet kan tilby. Det finnes ingen akademisk forskning eller undervisning på dette område i Norge, til tross for at det for lengst er etablert i andre land.

I brevet sier man også at de medisinske studentene bør ha undervisning på dette område for å bli fortrolige med problemstilling og tenkemåte.



Plakat ved utgangen fra sykehus:



Før De forlater sykehuset:

Har De snakket med Deres lege?

(Han som er ansvarlig for at De skrives ut.)

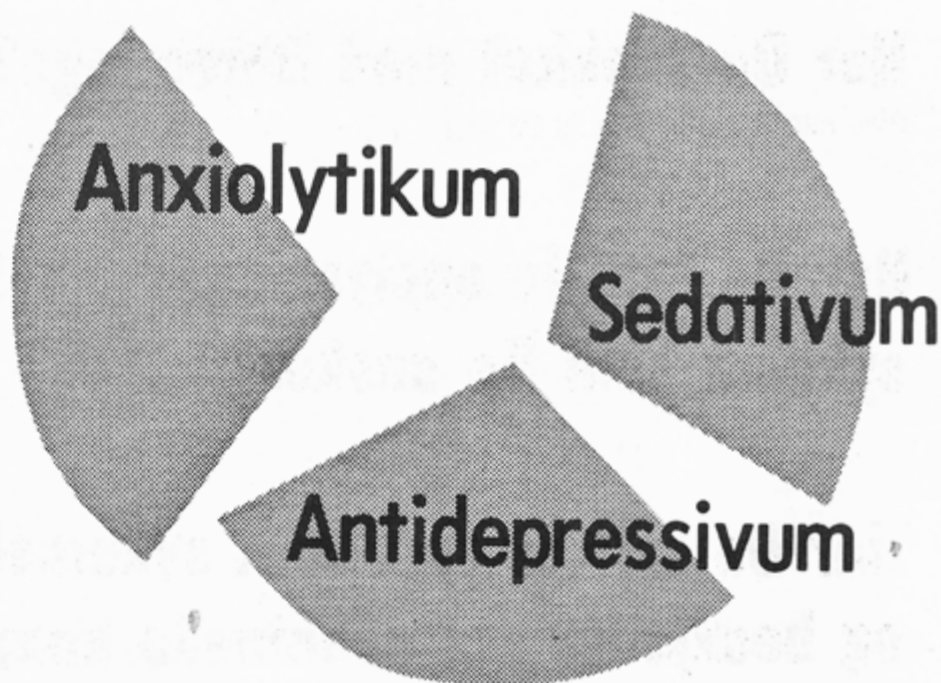
Har De fått de opplysninger om Deres sykdom som De ønsker?

Har De fått de resepter, sykemeldinger og beskjeder om eventuelle kontroller som De trenger?

— Hvis ikke:

SNU HER!

Ved behandling av
insomnia, depresjon
og angst



Surmontil®

M.h.t. bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner se Felleskatalogen 1972.

rhodia

Pharma Rhodia
Sandviksveien 12, 1322 Høvik, Telefon 537803 og 533543.