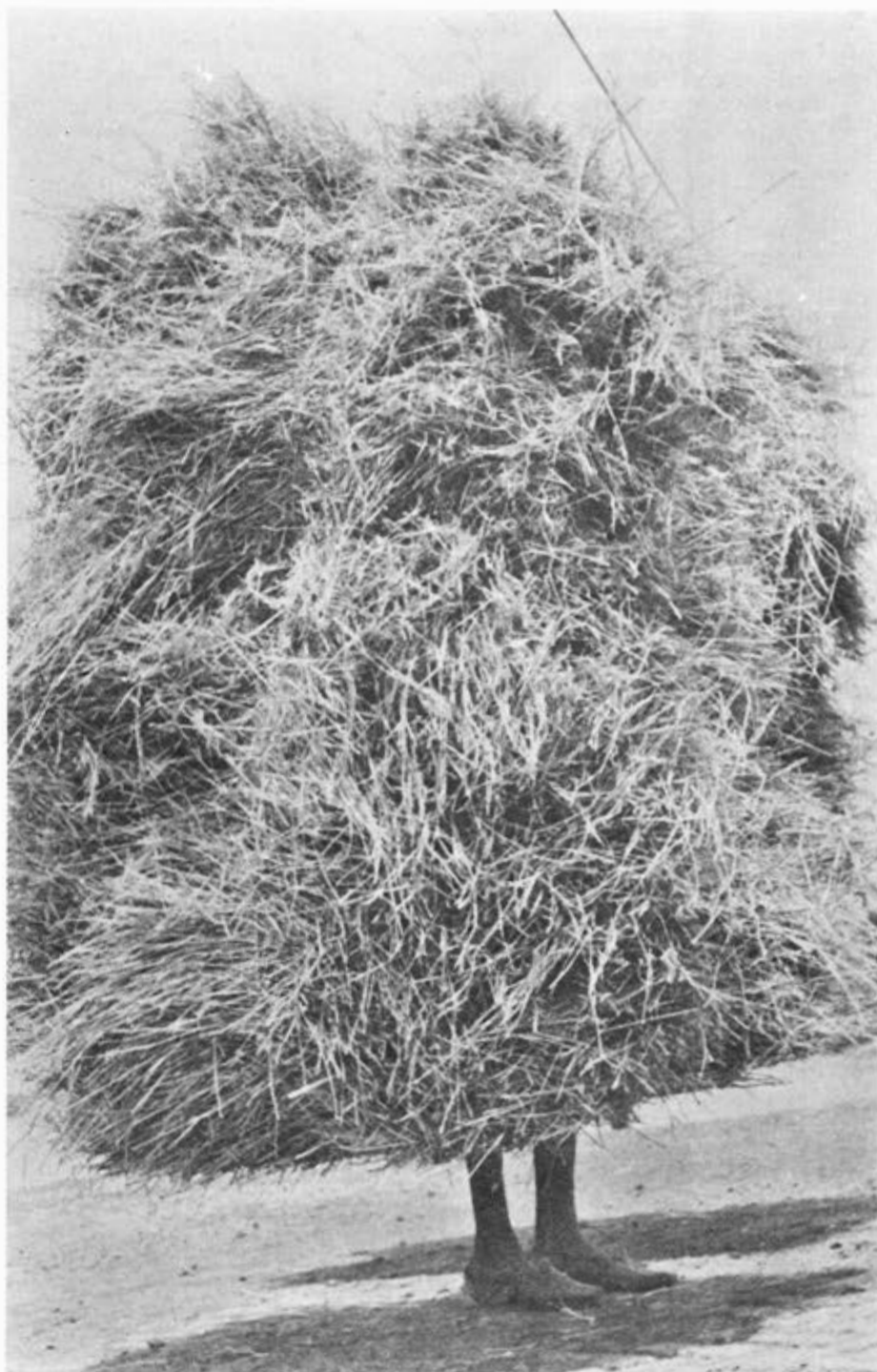


# UTPOSTEN®

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



## AV INNHOLDET:

- Chr. F. Borchgrevink:  
Debatt..... 2
- Asbjørn Holm:  
Om vås ..... 3
- Wium:  
Småplukk fra Legeforeningens  
landsmøte i Kristiansand. . . 6
- Legestatistikk 1972..... 9
- Knut Rein:  
Vikariat i nabostrikter.... 10
- Dr. V. Fürst:  
Taking og innsending av  
prøver til klinisk kjemisk  
laboratorium. .... 12
- Knut Rambech:  
Helsesestrenes lønnsforhold. 14

## UTPOSTEN

REDAKSJON:  
Harald Siem  
Per Wium  
Tore Rud

ADRESSE:  
6420 Aukra  
Telefon (072) 74130  
Postgiro:  
34 78 23

ABONNEMENT:  
kr. 50,00 pr. år  
Studenter:  
kr. 25,00 pr. år

Utkommer med  
ca. 8 nr. pr. år.

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



### LEGEFORENINGENS LANDSMØTE:

Da det er fremkommet nogen forstyrtelse over UTPOSTEN's provoserende forside i siste nummer, tillater redaksjonen seg å forklare sammenhengen mellom bildet og teksten.

Man mente ikke først og fremst å påstå at det forelå noen kneblingsforsøk fra sentralstyrets side på delegatene til landsmøtet. Det man ønsket å peke på, var at man oppfattet det slik som om både delegater og legeföreningens sentralstyre la munnbind på seg, og omgikk de vesentlige ting som legeföreningen burde engasjere seg i i dag. På sakslisten stod legeföreningens kollektive medlemskap i Norsk bade-förening, mens legers faste lønn, samfunnets forventninger av leger og prioritetstjenesten ikke var ført opp. Av direkte kneblingssaker stod jo bare Patient care-saken på programmet, hvor det fra tidligere er kjent at sentralstyret bad medlemmer trekke seg fra verv som co-redaktører. Vi er enige i at det alene ikke rettferdiggjør en slik slem forside.

# ● Debatt ●

Kjære redaktører

Det hadde kanskje vært sunt for norsk medisinsk debatt om vi alle var noe mer spontane. UTPOSTEN egger til motsigelse, og takk for det. Men er det virkelig nødven-dig at hver gang man omtaler Legeföreningen, er det med negativt fortegn? Man blir oppriktig talt litt oppgitt, og har av og til vanskelig heter med å ta redaktørene helt alvorlig.

Jeg skal denne gang ikke ta opp redaktørens kommentar til Økonomiutvalget, idet Legeföreningens landsmøte/landsstyre jo kom til en helt annen, og etter min mening riktigere, konklusjon enn utvalget. Men det er fristende å peke på at det system som lederartikkelen i nr. 5 tydeligvis går inn for "Sahnsynligvis vil samtlige legers inntekter gå betydelig ned hvis takstsystemet forsvinner, køene blir nok lengre, pasientene vil klage" ikke virke umiddelbart tiltrekkende på meg.

Grunnen til at jeg omsider strammer meg opp til å skrive til UTPOSTEN, er imidlertid omslagsbildet til nr. 5, juni 1973. Her er avbildet en mann, effektivt kneblet med et stykke tøy og under står det: "Forberedelse til debatten på Legeföreningens landsmøte".

Min humoristiske sans synes ikke dette bildet er særlig morsomt. Tvertimot, jeg synes det virker ondsinnet. Jeg synes det er dypt urettferdig og at det bare kan bidra til å skade Legeföreningen og dens medlemmer.

Det er klart at man kan ha delte meninger om Legeföreningen og dens politikk. Men det kan neppe være delte meninger om at forberedelsen til landsmøtet er fullstendig åpen og demokratisk. Alle som melder seg, og det kan ethvert medlem gjøre, får på forhånd tilsendt alle saks-papirer. Alle saker har vært forelagt samtlige avdelinger og spesialforeninger til uttalelse. Landsmøtet er åpent for alle, ingen blir nektet ordet, og alle kan si hva de måtte mene om Legeföreningen og de saker den tar opp eller ikke tar opp. (Står en



Chr. F. Borchgrevink

sak ikke på sakslisten, kan den likevel tas opp under "Sentralstyrets melding til landsstyret"). Om man blir tatt alvorlig, eller hørt på, eller får flertallets støtte, er selvsagt avhengig av det syn man forfekter og hvor godt man argumenterer.

Derfor var det litt forstemmende og skuffende at bare én av de tre meget aktive redaktører i UTPOSTEN møtte på landsmøtet (så vidt jeg kunne se). Utdeling av UTPOSTEN på selve møtet med den kneblede lege på forsiden, virket i Kristiansand litt komisk. Noe mer alvorlig er det når man tenker på alle dem som leser UTPOSTEN og som ikke vet fremgangsmåten ved saksforberedelsen til landsmøtet. Mange av disse vil kanskje tenke: "Det må vel være noe i denne kneblingen, ellers kunne man ikke være så uetterrettlig". Men det kan man altså, og det er skuffende.

Chr. F. Borchgrevink



# OM VÅS

I sin artikkel i nr. 5/73 "Arbeidstidsbetingelser, eller: 40 timers dag" skriver Harald Siem bl.a.

"Sykehusleger driver bare poliklinisk virksomhet utenom arbeidstiden, var det en som sa. Vås, alle vet at det ikke stemmer."

Selv om Siem fortsetter med å skrive om overlegene, som nok kan svare for seg selv, er den siterte uttalelse generelt formet, alik at den omfatter også underordnede sykehusleger og deres ambulante legevirksomhet.

Da Siem gjør seg skyldig i en utbredt misforståelse, er det nødvendig å imøtegå ham. Jeg gjør det med et spørsmål:

Når underordnede sykehusleger ifølge lov og overenskomst fortrinnsvis skal ha en ordinær arbeidstid (for sykehuset) på 42½ time, fra 1. juli 1973 (for leger med vaktjeneste) 40 timer pr. uke, mens faktisk, total arbeidstid stadig ligger på 53-54 timer i gjennomsnitt, driver de da ambulant legevirksomhet i arbeidstiden, når den foregår om formiddagen?

Spørsmålet kan også stilles slik:

Når en underordnet lege har en fridag pr. uke for å unngå lengre arbeidstid enn 60 timer, utfører han da ambulant legevirksomhet i arbeidstiden når han bruker fridagen til denne virksomhet?

Jeg tilføyer at underordnede sykehusleger ifølge overenskomstene får faste overtidstillegg i form av vakttillegg (I, II eller III) som gir betaling for arbeidstid opp til 58 timer pr. uke, med adgang til forhandlinger om betaling for ytterligere overtid.

Tilleggene utbetales i henhold til arbeidstidsregulering, hvor ambulant legevirksomhet registreres som fritid.

Dette system har tillatt utvikling av nødvendig ambulant legetjeneste ved sykehusene uten opprettelse av nye legestillinger. Overenskomstenes spesielle løsning av arbeidstidsproblemer har hatt tilsvarende effekt.

Yngre lægers forening vil vurdere utviklingen ved hver overenskomstrevisjon, men så lenge primærlegetjenesten lider under legeknappheten, er vi innstilt på at sykehusene ikke bør opprette de flere hundre nye stillinger som vil bli nødvendig om underordnede sykehusleger skal ha 40 timers uke, og dessuten skal drive poliklinisk virksomhet innenfor disse 40 timer.

Oslo, 25. juni 1973

Hilsen  
Hans Asbjørn Holm



I god legetidsskriftsstil tillater redaktøren seg å knytte på en kommentar til ovenforstående innlegg.

Det er stor enighet mellom Hans Asbjørn Holm og underordnede, og hans avslutning om at Yngre lægers forening fraråder at sykehusene oppretter flere hundre nye stillinger så lenge primærlegetjenesten lider under legeknapphet, ble lest med takknemlighet.

Videre må jeg innrømme at jeg nok hadde et mindre differensiert syn på hva yngre legers arbeidstid er enn Yngre lægers forenings formann.

Jeg ser frem til at vi enslike distriktsleger kommer over på fastlønsordning. Etter gjeldende lover, overenskomster og regulativer får distriktslegen lønn for flg. arbeidstid:

7 døgn à 24 timers hvilende vakt, lik 168 timer. Dette tallet deles på 4 for å gi beregnet arbeidstid: 42 timer. Det vil si 2 timer overtid for ikke å gjøre noe, all effektiv tjeneste vil komme i tillegg.

SEND  
DIN MENING!



Til Redaktøren...

Tidsskriftets avvisning av brevet fra de 22 leger, er ikke mindre enn skandaløst, og helt uakseptabelt. Jeg synes det er en fare på ferde dersom redaktøren kan ture frem på den måten. Dersom UTPOSTEN ikke får skikkelig svar - (og hva kan det være?) - tror jeg en rask protestaksjon vil skaffe mange underskrifter. Personlig er jeg helt enig i innholdet i brevet - og vil på det sterkeste ta avstand fra avvisningen, - som bare kan være kammeraderi i taktisk hensikt. Jeg tror det ville være særs uheldig for kremmerjuntaen innen DNLF hvis man diskuterer fastlønsordningen etc., - dette er ting som jo på død og liv skal unngås.

Vennlig hilsen  
Sigmund Karterud



Kjære H.S.

Var det slik å være i praksis - det var kanskje det. Kom deg over på et mindre sykehus med godt utstyr og arbeidsmuligheter. Da får du almenpraktikerens problemer, men mulighet for å løse dem på en måte som er mer tilfredsstillende. Lønnen er fast, pol.klin. tar kontordamene seg av med % fradrag til sykehuset. Skatte% gir deg god sosial samvittighet.

Skarnes, 20.6.73

Hilsen  
Jan P. Ziesler

## Red: Fire sommerdager i Kristiansand



Det er artig for en utkantleige å komme til Kristiansand. Det er så pent der, så rolig og så strålende vær.

Når i tillegg legeförenin - gens landsmøte er stille og rolig, vil det hele bare bli idyll, det finnes jo ikke problemer, i hvertfall ikke store problemer. Alle de pene legene går rundt med de pene konene sine, når de ikke kjører rundt i de pene bilene sine. I det hele tatt, alt er stille og vakkert. De store hotellregningene blir betalt av de tykke lommebøkene, for siden å komme igjen på selvangivelsen.

Men plutselig kommer det litt forstyrrelse inn i bildet, litt uro i salen. UTPOSTENS forside vekker oppsikt. De fleste tar det som det det skal være, nemlig en forside i UTPOSTEN. Andre føler seg meget trått på tærne, de blir usikre og lurere på hva vi egentlig mener med dette. Når vi henviser til at de kanskje viktigste sakene innenfor norsk helsevesen ikke blir tatt opp gjennom legeforeningen, og vi henviser til Patient Care saken hvor fremtidige medarbeidere innen norsk legeforening blir anmodet om å holde opp med den slags virksomhet ved å vise til UTPOSTEN som ble forsøkt sublimert for å få kontroll over, og vi henviser til siste landsstyremøte hvor en del talere ble klubbet ned med ordre om at dette ikke står på saklisten.

Når vi legger frem for dem disse argumentene, synes de vi er lumpne. De synes vel vi er slemme mot legeforeningen, og hvorfor skal man ikke av og til være litt slem mot legeforeningen. Og det var et rolig møte. Jeg vet ikke om sentralstyret merket seg at de elementene som var til stede i Tromsø, nå var uteblitt. Kanskje de

som virkelig prøver å lage forandring innen legeforeningen har gitt opp, kanskje man har mistet noe vesentlig med den måten man driver legeforeningen på.

Og hvordan driver man så legeforeningen. Sentralstyret driver legeforeningen. De venter uttalelser fra alle utvalg og komiteer og alle lokale legeforeninger rundt omkring i landet, en meget demokratisk måte å drive forening på, kanskje en av de mest demokratiske måter. Men demokratiet virker vel ikke når de lokale legeforeninger ikke virker, når kanskje formannen i den lokale foreningen er han som gir uttalelsene. På det lokale plan har vi legeklubber, vi har den lokale legeforening, vi har den lokale offentlige leges forening, og sikkert mange andre lokale spesialiteter.

Men tilbake til sentralstyret. De satt opphøyet over salen og drev med mye rart. Det må være kjedelig å sitte opphøyet over andre. De fleste var gamle, i hvertfall eldre enn mange ønsker seg. YLF synes vi godt kunne få flere representanter, det synes mange andre også. Det er ikke mulig å gjøre alle til lags, i hvertfall ikke når det gjelder sentralstyrrerrepresentanter. Men det kunne vel være en tanke å se litt på geografien i landet vårt, og sammenligne den med den geografi som finnes i sentralstyret.

Og alle snakket pent om primærlegetjenesten og primærmedisinen. Jeg vet ikke hvor mange som mente det. Det vil de praktiske resultatene vise etter hvert som årene går. Den tekniske fremførelse av oppsetningen gikk prikkfritt. President Skåtun ble rød i ansiktet mange ganger når han sammenlignet sin situasjon med klokken, men ved å slå

hardt i bordet og kutte ned taletid, gikk det fantastisk greit. Enkelte talere fikk høflig og pent beskjed om å vente litt på grunn av at lydbandet skulle snues, det er rart med den teknikken. Og ingen fikk beskjed om å holde kjeft. Ikke fra noen kom den beskjeden, alle fikk lov å snakke under begrenset taletid av og til, men man fikk da i hvertfall lov å snakke. Og alle snakket pent. Særlig synes vi dr. Østberg fra Oslo snakket pent. Han lot ikke noen sjanse gå fra seg til å rose legeforeningen, og legeforeningen er jo flink. Det var noen som prøvde å fortelle at det i grunnen ikke var bare bra innen den norske legestand. Det var noen som fortalte at de ikke likte den måten spesialistene hovet inn penger på ved poliklinikkene. Det var noen som var sinte for at det å være almenpraktiker absolutt ikke teller når man skal prøve å bli spesialist innen et felt. Men der ble vi jo beroliget av president Skåtun som fortalte oss at tiden ikke var moden til det enda. Han vet det nok, han. Og ellers var alt bare sol og smil og herlighet og glede. De ledsagende damer ble tatt hånd om av Kristiansand legeforenings vertinner og verter, det ble arrangert fester hvor damene fikk lov til å være sammen med mennene, og det var riktig festlig. På den siste festen hvor alle mennene var pene med smoking, ble det voldsomt populært i baren, prisen for utskeielsen var høy, og de fleste skulle på kortest mulig tid prøve å få dette til å lønne seg. De som fikk det til å lønne seg, hadde ekstra morro. Nesten alle hadde antrekk smoking da de forlot festen igjen. Og siden gikk vi hjem. Dette var veldig morro, jeg gleder meg til neste gang.

# Walmann-rapporten

En uhyre interessant rapport om folketrygdens utforming og virkninger avlevert den 14.4.72. Arbeidsgruppen var nedsatt av Sosialdepartementet desember 1971 og bestod av folk fra Rikstrygdeverket, Sosialdepartementet og en trygdesjef.

Jeg skal her ikke ta for meg hele rapporten som er på vel 150 sider, men innledningsvis blir problemet med forebyggende tiltak tatt opp.

Den sosialpolitiske debatt i den senere tid har dreiet seg mye om forebyggende tiltak, da en mener det er bedre å forebygge at behov for hjelp eller stønad oppstår, enn å prøve å løse problemene etterpå. I den praktiske sosialpolitikk har det imidlertid vist seg at denne målsettingen ikke har like stor gjennomslagskraft som i debatten, og resursene har stort sett vært satt inn for å dekke behovene etter at de har oppstått.

Det har vist seg at den sosialpolitiske målsetting ikke har vært innstilt på forebyggelse. Snarere tvert imot i enkelte tilfeller.

Når det gjelder alderspensjonen har målsettingen vært å øke ytelsene. Helsepolitikkene arbeider for en øket levealder, pensjonsalderen er foreslått nedsatt og behovsprøvingen er forlenget opphevet. Behovssituasjoner som man klart ønsker å forebygge er sykdom, uførhet, arbeidsløshet og tap av forsørger. Når det gjelder fødsler utenfor ekteskap har det primært vært målet å forebygge uønskede svangerskap, men når svangerskapet først er et faktum er det i dag en sosialpolitisk målsetting bl a. ved hjelp til å føde barnet istedenfor abort. Arbeidsgruppen mener at folketrygden bare i liten utstrekning er tatt i bruk for å finansiere forebyggende tiltak. Når det gjelder forebyggelse av arbeidsløshet, har det

blitt gitt stønad til vokse- og opplæringskurs, hjelp til reise og flytting og annet. Trygden dekker utgifter til sera og vaksiner og §2-13 gir bidrag til sykdomsforebyggende arbeid, men omfanget av tilskudd til dette punktet har vært meget beskjedent. De mener at behandling av sykdom og uførhet er sikret finansiering gjennom folketrygden, mens de forebyggende tiltak ikke er sikret noen felles finansieringskilde. Når det gjelder legehonorarene er de kommet frem til at refusjon fra folketrygden pr enkelt ytelse gjør det vanskelig for legen å sette inn sin arbeidskraft på forebyggende virksomhet. De mener her at avlønningssystemene altså stiller seg hindrende i veien for sterkere vekt på forebyggende tiltak og henviser til Stortingsmelding nr 85.

Videre finner arbeidsgruppen det bekymringsfullt at antall uførepensjonister stiger med over 10% pr år. Enkelte årsaksfaktorer til økningen kjennetegner man til bl.a. endringene i samfunnsforholdene som er et resultat av tiltak satt i verk i andre sektorer i samfunnet enn de som tradisjonelt blir regnet til sosialpolitikk. Eksempelvis strukturrendringer i næringslivet. Disse endringer har ført til at en del arbeidstakere ikke har kunnet skaffe utkomme av samme størrelse som uførepensjonen og derfor har valgt pensjonsalternativet. I en del av disse tilfellene mener man det har vært både samfunnsøkonomisk og sosialpolitisk mer hensiktsmessig å satse resursene på de arbeidsplasser. Gruppen er overbevist om at på enkelte områder ville en større satsing på forebyggende tiltak være billigere enn pensjoneing, foruten at man da unngår de menneskelige lidelser som varig uførhet medfører. Et konkret eksempel kan nevnes. Når det gjelder trafik-



ksikkerhetsarbeidet vil det bli billigere å anskaffe hensiktsmessige sikkerhetsseler i alle biler enn å utbetale trygd til de som blir arbeidsuføre på grunn av trafikkulykker. Det nevnes at den kapitaliserte verdi av en full uførepensjon til en 30 år gammel mann med årsinntekt på kr. 30.000,- i 1971 er kr. 382.500,-. Dette er regnet ut fra at grunnbeløpet er kr. 7.500,-.

Når det videre gjelder forebyggingsproblematikken, fremheves det ulempe ved den splittede organisasjon og finansieringsordning i det sosiale hjelpeapparat. Dette fører til at et annet organ enn det som setter i verk et forebyggende tiltak vil ha de største fordelene av det. Hvis kommunene setter igang forebyggende tiltak vil dette ofte føre til mindre utbetalinger fra folketrygden og dette vil lett kunne lede til svakere interesse for å sette i verk tiltakene enn hva som kunne være hensiktsmessig etter en samlet vurdering.

Dette bare som en smakebit på en etter min mening meget verdifull rapport. Referatet har ikke på noen måte vært fyldestgjørende men etter min mening er det en meget riktig vei Sosialdepartementet er inne på og jeg håper man i fremtiden vil få flere Walmann-rapporter da jeg tror samfunnet kan spare store summer hvis man tar konsekvensen av disse rapportene.

WIUM:

## SMÅPLUKK FRA LEGEFORENINGENS LANDSMØTE I KRISTIANSAND

Det var tydelig at selv om primærmedisinen ble rost i høye toner på landsmøtet, så har spesialistene sin politikk, og Auberutvalget har satt opp som målsetning høyning av kvaliteten, kordinering av utdannelsen og sist på listen kommer service overfor publikum. Man kan tenke seg i større grad å få gruppe 2 sykehus til å gi spesialistutdanning.

VEAP-rådet hadde sendt ut spørreskjema for å få fullstendig overblikk over situasjonen innen primærlegetjenesten. Svar fra 50% av legene hadde kommet inn, og disse var sendt til statistisk bearbeidelse. Man mente svarprosenten var meget bra, personlig er jeg meget skuffet over at bare halvparten av legene svarte, og det tyder vel på at en del leger nødvendig vil ut med sine økonomiske forhold.

Stor engstelse blant legeforeningens tillitsmenn oppsto da det viste seg at enkelte utvalg innen offentlig helsetvesen, hadde knyttet til seg leger som medlem i utvalg uten at legeforeningen visste om dette. Man fant ut at legeforeningen etter hvert har mistet kontrollen over ledelsen av sykehus. Personlig tror vi legeforeningen vil miste kontrollen over ganske mye i fremtiden dersom de ikke tar opp til grundig vurdering hele det nåværende system, og hvordan man skal rette på dette for å få en best mulig legeservice overfor pasientene.

Ernø, alm.praktiserende legers forening stilte forslag om at legeforeningen skulle nedsette et utvalg til å vurdere samarbeidet mellom sykehus og de andre institusjoner på den ene side og primærpraksis på den annen side. I første rekke at man vurderer fordeling av arbeidsoppgaver og koordinasjonen av de nevnte etater. Forslaget ble fremlagt for landsstyremøtet, tar jeg ikke feil, falt det sikkert der. Slike helt vesentlige ting vil man vel ikke ta opp innen legeforeningen.

Selmer Olsen kunne fortelle at normalkontrakten for turnuskandidater var i orden. Stor glede blandt distriktslegene.

Legesenteret i Fyllingsdalen blir morsom sak. Legeforeningen bad i slutten av mars om rapporter innsendt innen 1. mai. Disse rapporter skulle vedlegges saksdokumentene. Selv om legene ved Fyllingsdalen legesenter hadde sendt inn rapportene, var de ikke blitt trykket, slik at vi kunne få se dem. Hvis dette er måten man skal satse på primær legepraksis, er jeg skremt,

Presidenten fortalte at Bergen kommune ikke er interessert i å forlenge kontrakten, noe som senere viste seg å være galt.

Og så det store nummer, "Patient care." Tidsskriftet "Patient care" hadde søkt om bistand med å gjøre vedkommende tidsskrift kjent i Norge, dette ble blankt avvist. Generalsekretær Bjerke brukte som argument at sentralstyret har begrenset annonseinntekt fra legemidelfirmaene, og all denne inntekt må gå til legeforeningens tidsskrift dersom det skal overleve. Kommentar: Det viktigste i denne sak er altså ikke primærlegenes behov for informasjon, det viktigste synes å være at tidsskriftet for den norske legeforening får nok, slik at de kan oppmuntre unge forskere til å få skrevet artikler i dette tidsskrift. Gjedde-Dahl fra sentralstyret mente at konkurrerende tiltak til tidsskriftet ikke kan støttes, stoffet må vi ha inn i tidsskrift for den norske legeforening. Kommentar: Ja, hadde det ennå vært så vel at tidsskriftet for den norske legeforening kunne konkurrere med "Patient care". Det må nok en helt ny giv til innen tidsskriftredaksjonen om så skal skje. Sentralstyret mente at de hadde sendt en henstilling til de som hadde knyttet seg til "Patient care" om ikke å fortsette, Borchgrevink ut-

talte at han så nok på denne såkalte henstillingen som litt mere enn en henstilling.



Ole K. Harlem

Redaktør, Tidsskrift for Den norske legeforening

Redaktør Harlem fortalte at han var mange-årig fagpressemann, både nasjonalt og internasjonalt. Han kunne fortelle oss at det var beinhard konkurranse på annonsemarkedet når det gjaldt medisinsk litteratur.

Sykehjelp og pensjonsordningen. Fra YLF ble det spurt om det var nødvendig for leger å tegne store tilleggs pensjoner når man var medlem av legeforeningens sykehjelp- og pensjonsordning. Schanke kunne fortelle at det ikke var legeforeningens inntrykk at det var mange som hadde pensjoner i andre forsikringselskap, og han mente at det absolutt ikke skulle være nødvendig.

Professor Seip kunne fortelle at samarbeidet med helsedirektoratet når det gjaldt videre- og etterutdannelsen var helt som et mønster på hvordan et slikt samarbeid skulle foregå. Dette tyder vel kanskje på at samarbeidet på andre områder har vært noe vanskelig, dette er utrolig synd,

og et fromt ønske om bedre vilje til samarbeid både fra helsedirektoratets side og fra legeföreningens side, er herved utfalt.

Huseklepp kunne ønske oss velkommen til neste møte i Bergen, det blir sikkert hyggelig.

Saken om utvidelse av sentralstyret tok tid. Almenpraktiserende legers förening foreslo utvidelse fra 5 til 7 medlemmer, og varamenn redusert fra 4 til 3. De fleste varamenn gjennom tidene stod frem og tilkjennegav sitt syn, de fleste ville gjerne ha mer å si, noen mente at de hadde nok å si fra varamannsbenken. Varamann er nemlig innkalt sammen med sentralstyremedlemmene. Det er vel ganske tydelig at Den norske legeförening prøver å holde primærmedisinen på varamannsbenk, de kan derfor få lov å snakke så mye de vil, men avgjørelsen tas av spesialistene. Må det være tillatt å nevne opp hvilke spesialister som satt i sentralstyret på dette landsmøte. Indremedisin, indremedisin, rtg.olog, psykiater, lungespesialist, i tillegg satt en tidligere hudlege ved det samme opphøyede bord. Skal jeg være helt ærlig, så tror jeg ikke det ble store forandringer i sammensetning når det gjelder forholdet almenpraksis/spesialist. Dette er heller ikke å vente, etter det inntrykk man satt igjen med etter et møte hvor almenmedisinere og offentlige leger møttes før valget. For det første kunne ikke Almenpraktiserende legers förening bli enig med Offentlige legers förening, og for det andre, og det er nesten det verste, kunne ikke medlemmene fra Oslo legeförening bli enig med medlemmene i Almenpraktiserende legers förening. Når tilstanden er slik innen den norske legestand, spesielt innen primærlegenes rekke, er det ikke å vente at Den norske legeförening skal kunne komme med noe fornuftig forslag til løsning av problemene i primærlegetjenesten. Så vidt jeg skjønnte, ville flertallet av representantene fra Oslo legeförening, selv om de var primærleger, almenpraktiserende leger, stemme for en spesialist som representant til sentralstyret. Det er grunn til å spørre om primærlegene innen Oslo legeförening i det hele tatt har oppfattet

at det er problemer innen primær legetjeneste. I alle fall er det grunn til å spørre om de er villige til å prøve å gjøre noe med det.

Det var kommet forslag om valgkomité til sentralstyret, de fant at korridorpolitikk før landsstyremøtet var slitsomt. Dessuten hadde man funnet ut at grunnkurs for almenpraktiserende leger skulle bli sentralisert, spesielt organisk sykehus-tjeneste-kurs var vanskelig å gjennomføre, det kom forslag at man skulle få utveksling av sykehusleger og primærleger, og dette var det visst ikke så mange som hadde tenkt på. En ung spesialist mente at det var tillitskrise mellom underordnede og overordnede leger på sykehuset. Dette var ikke overraskende for undertegnede. Koksvik fra Institutt for almenmedisin i Oslo lurte på når man kunne få godkjent at arbeidet som primærlege også gav noe kompetanse når man skulle godkjennes som spesialist. Han lurte på når man hadde tenkt seg en totalvurdering av spesialistreglene. Skåtun kunne fortelle at tiden ikke hadde vært moden for totalvurdering, men at spørsmålet skulle drøftes videre i neste 2 årsperiode. Det skal bli spennende å se hvor mye de drøfter dette spørsmålet. Så skal det bli spennende å se det som dr. Østberg uttalte når det gjaldt nye spesialiteter. Han hadde kommet frem til at det servicemessige behov på landsbasis skulle være bestemmende for antallet spesialiteter. Dahl i Kirurgisk förening fortalte at deres förening var meget opptatt av å få en god spredning på sine spesialiteter. Jeg skulle ønske de fleste andre spesialistföreninger hadde samme syn som kirurgene her.

Når det gjaldt de økonomiske problemer i primærlegetjenesten, fortalte Skåtun som hadde vært formann i komiteen at legeföreningen alltid hadde vært meget engasjert i å støtte primærlegetjenesten. Dette hørtes jo vakkert ut. Det ble spurt om hvorfor statens engasjement i primærlegetjenesten nesten ikke var berørt i den foreliggende innstilling. Dette ble det ikke svart på. Dr. Christie fortalte at oppgjørordningen for leger skulle tas opp til ny behndling.

Ass.fylkeslege Willumsen fant ikke sammenhengen mellom premisene i innstillingen om økonomiske forhold for primærlegetjenesten og konklusjonen som man hadde kommet til. I innstillingen stod det at det var et stort offentlig apparat hvis staten skulle ta over utbyggingen. Effektiviteten ville også synke, og det ville blitt en økning av offentlige omkostninger. Dessuten ville legene bli direkte avhengig av offentlig administrasjon. Man mente det var rimeligere med privat drift. Willumsen lurte med rette på hvordan man hadde kommet til slike konklusjoner. Ernø som hadde vært med i utvalget synes de hadde fått for liten tid og at de hadde hatt for små erfaringer å bygge på. Privatpraktiserende lege Kinn hadde enten misforstått det hele eller så var han sint. Han mente at det var meget bra med fast lønn, da det ville gi en avslappet og ressurskrevende praksis. De fleste mente vel at resultatene fra Sverige skulle tilsi at man aldri skulle gå over på det systemet. Når dr. Lager fra Sveriges legeförening kunne fortelle at provinsiallækarne der hadde 133 000 svenske kroner årlig, og at de i tillegg hadde 89,-kr. timen for overtid, var vel kanskje ikke alle helt fornøyd. Det viste seg snarere at ordningen i Sverige kanskje var bra. Når de gikk over til fast lønn, var det vesentlig på grunn av at det var bra legedekning i Sverige, det var meget stor forskjell i inntekter blant legene, dette varierte med hvor stor poliklinisk praksis legen hadde. Når det gjaldt hvordan legene var fornøyd, viste det seg at provinsiallækarne var misfornøyd bare et sted i landet. Man hadde opprettet kurs for provinsiallækarer med full lønn og et fond som skulle dekke reiser. Det var i Sverige samme lønn for spesialister som for provinsiallækarer. Av negative ting som var nevnt, fortalte han at ventetiden på rtg.avd., øre/nese/halsspesialist og øyespesialist var blitt lenger. Dette var på grunn av at disse hadde fått redusert sin inntekt vesentlig selv om de hadde 133 000 i fast lønn i svenske kroner. Når det gjaldt pasientene, viste det seg at provinsiallækarer hadde samme antall minutter pr. pasient i konsultasjonene, men antall pasienter var redusert til ca. 110 pr. uke.

Forts. side 15

## Distriktslegenes problemer i forbindelse med regulativ for reiser innenlands for statens regning

Kurs i offentlig helsearbeid høsten 1972 har tatt opp disse problemer til diskusjon. Det er spesielt offentlige leger i de mest grisgrendte strøk dette gjelder, og da det samtidig kanskje er denne del av den norske legestand som har minst fritid, er det maktpåliggende å endre ordningen med reiser for statens regning. Slik systemet er i dag skaffer dette oss altfor mye unødvendig ekstraarbeid, og vi skal nå gå systematisk igjennom anklagepunktene og deretter komme med forslag til forbedringer.

### Problemer.

- 1) Distriktslegen har ingen oversikt over hva som kan refunderes av skyss og hvem som skal refundere. Problemet øker i omfang ettersom det blir flere nye uteksaminerte distriktsleger og hyppigere skiftninger i distriktslegestillingene. Dette fører til unøddig mye ekstraarbeid, tildels p.g.a. "pirkete" tjenestemenn i fylkesadministrasjonen og disse har heller ikke oversikt over de regler som gjelder.
- 2) Forferdelig skjema som skal utfylles unødig detaljert. Dette medfører at mange tipper tid for begynnelse og slutt på reisen. For mye tid går med til utfylling av dette skjema.
- 3) Spesielle vanskeligheter når reise og kostgodtgjørelse skal refunderes av forskjellige instanser.
- 4) I forbindelse med flyreiser med eget fly er timetaksten satt for lav.
- 5) Ingen reiseogdgtgjørelse for båtreiser i regulativet. Ved sykebesøk har legen reiseogdgtgjørelse pr. km., hvis han derimot reiser som offentlig lege får han ingen reiseogdgtgjørelse. Disse båtreiser til kontordag f.eks. i nabadistriktet kan bli på opptil 8-10 timer.
- 6) Som offentlig lege er det altfor omstendelig når man skal søke om å få nytte spesielle fremkomstmidler. Dette burde være avgjort en gang for alle for de enkelte legedistrikt.

### Løsninger som tildels blir brukt i dag.

Distriktslegen sender ikke inn regning i det hele tatt p.g.a. det umulige byråkratiske system uten klare regler. Den etterfølgende brevutveksling med fylkeskassererkontoret p.g.a. misforståelser og feiltolkninger fra begge sider tar altfor mye tid for en distriktslege.

På kontordagsreiser sendes regningen på skyss til Trygdekantoret p.g.a. at de har et mye smidigere system, og man nesten i alle tilfeller har hatt sykebesøk i løpet av dagen.

### Forslag til forbedringer.

- 1) Helsedirektoratet utarbeider fullstendig oversikt over hva som refunderes og hvem som skal betale regningen. Denne oversikt sendes samtlige distriktsleger. Her kunne man innføre kodesystem slik at kodene i oversikten direkte ble overført til skjemaet, på den måten unngikk man å skrive ned reises formål.
- 2) Det må legges stor vekt på forenkling av reglene slik at de som utfører arbeidet og de som skal betale skjønner hva det dreier seg om.
- 3) Det må utarbeides nye skjemaer som er mye enklere. Her angis dato, kode for formålet og hvor mange timer reisen tok. Til slutt angis summen som skal refunderes. Det er en illusjon å tro at kontrollen blir bedre dersom det gis flere opplysninger.
- 4) Regningen sendes til en instans i fylket, og kanskje naturligst, til fylkeskassereren som kontrollerer og utbetaler summen. Alle regninger som skal betales av stat, fylke og kommune sendes til samme instans, og det blir dennes oppgave (f.eks. fylkeskassereren) å fordele utgiftene. Vi synes det ville være naturlig at staten ble pålagt å betale alle skyss- og kostgodtgjørelser for distriktslegene. Vi er ansatt av staten, får lønn av staten og det er derfor naturlig at vi får refundert kost og skyss av statlige midler.
- 5) I de tilfeller det blir benyttet leiet skyss, blir regningene bare attestert av distriktslegen og eieren kan da sende inn regningen for direkte utbetaling. På denne måten unngår man å måtte føre over regninger på leiet skyss til oppgjørsskjemaet. Dette kan ta 2-3 timer for de som bruker mye leiet skyss.
- 6) Hele oppgjørsordningen for distriktsleger overlates til trygdekantorene. Vi har allikevel nær kontakt med trygdekantorene, og disse vil også kunne føre en mye bedre kontroll med systemet. Vi mener dette forslaget ville forenkle oppgjørsordningen på den beste måte, men denne løsning ville ta lengre tid å gjennomføre og vi ønsker en foreløpig snarlig løsning med et generelt lettere system.

Denne oversikt er utarbeidet av:

Distriktslege Tor Anvik, Rødøy,  
Kontorsjef Kjell Marcussen, Lier,  
Distriktslege Børre Midtlid, Tana,  
Distriktslege Kåre Torgersen, Lekvik,  
Distriktslege Per Wium, Midsund,

## Spørretime i Stortinget

Halvdan Hegtun: Jeg tillater meg å be sialministeren svare kort på følgende spørsmål:

«I Nannestad kommune er det opplyst at Helsesøster i lengre tid i realiteten ikke har vært i virksomhet. Også andre steder kunne helsesøstrene med fordel øke sin aktivitet, ikke minst på mange felter av det forebyggende helsearbeid:

Hva kan departementet gjøre for å sikre at lovens intensjoner til enhver tid blir tilfredsstillende oppfylt?»

Statsråd Bergfrid Fjose: Nannestad legedistrikt, som det her er vist til, omfatter dei to kommunane Nannestad og Gjerdrum. Av helserådsprotokollane går det fram at det i 1972 vart halde to helserådsmøte i Nannestad og tre møte i Gjerdrum helseråd. Det daglege forebyggjande og anna offentleg helsearbeid har lide under at det har vore vanskeleg å få søkjarar til helsesøsterstillingane. I Nannestad har stillinga nå vore ledig eit halvt år trass i at stillingane har vore utlyste fleire gonger. I Gjerdrum er det helsesøster i halvdagsstilling. I Nannestad har det i ein viss mon vore ytt hjelp av assisterande fylkes helsesøster, særleg i samband med dei obligatoriske tuberkuloseundersøkingane. Frå 1. april i år er ein privatpraktiserande lege i kommunen tilsett som skulelege, og han vil få assistanse av ein sjukepleiar som bur på staden.

Når det gjeld helserådsarbeidet generelt, vil dette kunna variera noko frå kommune til kommune, men jamt over har ein inntrykk av at det blir gjort eit godt og aktivt arbeid. Men oppgåvene har auka dei seinare åra både når det gjeld vanleg forebyggjande helsearbeid — ikkje minst på det miljøhygieniske området. Samtidig har ønske og krav frå innbyggjarane om kurativ legehjelp auka. På stader der den allmenne legedekning er svak, fører alt dett til ei sterk belastning på dei offentlege legane. Spesielt viser dette seg i kommunar der det er sterk tilflytting.

Departementet går difor inn for å oppretta fleire offentlege legestillingar både for å ta vare på dei forebyggjande og offentlege helseoppgåvene og for å sikra at folk får turvande legehjelp. I somme kommunar med stort folketal og mange offentlege oppgåver går ein inn for at ei av dei offentlege legestillingane skal vera heildagsstilling, slik at legen er fritaken for plikt til å yta vanleg legehjelp.



# Legestatistikk 1972

Statistisk Sentralbyrå har ved Petter Jakob Bjerve og Gerd Skoe Lettenstrøm utgitt interessant sengelektyre:

"Legestatistikk for 1972." Statistikken bygger på opplysninger innhentet i januar 1972, svarprosenten på ajourføringsskjema for legestatistikken var 97,3, og svarprosent vedrørende legers arbeidstid var 92%, altså meget høy.

I lydighet mot professor Knut Westlund som utrettelig fastholder at all statistikk skal leses, og helst som sengelektyre, ble publikasjonen bladd gjennom i kveld, og følgende interessante tall fastholdt:

Man har regnet sammen gjennomsnittlig arbeidstid for leger i forskjellige yrker etter arbeidets art for leger med arbeidstid over 30 timer. Distriktslege kl. III - IV topper statistikken med 64 timer gjennomsnittlig for 349 aktive leger. De får konkurranse av turnuskandidater i institusjon som også har 64 timers gjennomsnittlig arbeidstid for 52 kandidater. Turnuskandidat i distrikt derimot har 57 timer, praktiserende spesialist 49 timer, og almenpraktiserende 56 timer.

I Vestfold har legene gjennomsnittlig 54 timers arbeidsuke, mens legene i Sogn og Fjordane har 61 timer, i Finnmark 63 timers arbeidsuke.



Av 6 014 leger var 5 690 yrkesaktive. 2 445 arbeidet utenfor institusjon, av disse var 2 136 praktiserende i form av distriktslegeklasse III - IV, turnuskandidat i distrikt, praktiserende spesialist eller almenpraktiserende lege. 2 690 leger var ansatt i institusjon, og 313 var beskjeftiget med undervisning og forskning.

I Sogn og Fjordane er det over 1 200 innb. pr. yrkesaktiv lege, mens det i Oslo er 281. Når det gjelder innbyggere pr. yrkesaktiv lege utenfor institusjon, er det imidlertid Møre og Romsdal som ligger dårligst an, med 2 192 innb. pr. sådan.

Finnmark har i alt 6 spesialister, Sogn og Fjordane har 14 spesialister, Oslo har 805 spesialister, Hordaland har 200 spesialister som er i aktivitet.

De fleste legene har en tydelig redusert arbeidstid etter fylte 50 år, de almenpraktiserende arbeider imidlertid 57 timer til de er 60 og 52 timer til de er 70 år. Distriktslege mellom 60 og 69 arbeider gjennomsnittlig 62 timer i uken! Av en eller annen merkelig grunn arbeider leger under 30 år i Vest-Agder 70 timer pr. uke, og går inn på en 2.plass som gruppe etter distriktslegeklasse III - IV i Aust-Agder som arbeider 71 timer pr. uke. Distriktslegene i Vestfold arbeider 49 timer pr. uke. Almenpraktiserende leger i Østfold og Sogn og Fjordane arbeider over 60 timer i uken, ingen almenpraktiserende leger gruppert pr. fylke har under 52 timers arbeidsuke. Av arbeid ved forskjellige avdelinger i helseinstitusjon synes allergiske sykdommer, barnekirurgi og nevrokirurgi å kreve den lengste arbeidsuken.

En sikkert vesentlig skjevhet i statistikken som det ikke er gjort rede for, er beregning av arbeidstid. Det er vanlig ved lønnsberegninger for yngre leger å regne med vakttillegg til arbeidstiden, for hvilende vakt teller 4 vakttimer for 1 arbeidstime. Dertil kommer reell arbeidstid. Det er vel sannsynlig at turnuskandidater i institusjon som har 59 timer helsearbeid i institusjon, har regnet ut sin arbeidstid på denne måten.

- Hvilende vakt som arbeidstid for f.eks. distriktsleger eller praktiserende leger i de grisgrendte strøk, blir ikke honorert, og det er rimelig å anta at den heller ikke har vært tatt med i beregningen av arbeidstid.

# Vikariat i nabodistrikter

Hjemmel for å påby distriktslege-vikariat i nabodistrikt finnes i "Lov om utførelsen av offentlige legefóretninger" av 1912 og i "Lov om offentlige tjenestemenn" av 1918.

Førstnevnte lov bygger på innstilling fra den kongelige legekommisjon av 1898.

Det heter i § 9:

"De leger som omhandles i denne lov, er forpliktet til å rette seg etter de instruksjoner som til enhver tid måtte være utferdiget for dem."

Legekommisjonen kom også med forslag til instruks som ble vedtatt. Etter instruksjonen kunne distriktslegen pålegges å vikariere i nabodistrikt mot en viss godtgjørelse. Etter at tjenestemannsloven kom, måtte instruksjonen endres noe. I denne lovs § 13 heter det nemlig:

## "Stedfortreder.

Er en offentlig tjenestemann tjenestefri av en sådan grunn som nevnt i §§ 5, 6, og 7, (årlig fritid, sykdom og tjenesteulykker) plikter en annen offentlig tjenestemann i samme tjenestegren eller en fast ansatt betjent hos vedkommende tjenestemann, i den utstrekning det er forenlig med ansettelsesvilkårene, å overta hans tjenesteplikter i hans fravær uten særskilt vederlag. Under samme betingelser kan han av den nærmest foresatte tjenestemyndighet pålegges å utføre den tjenestefries tjenesteplikter ved siden av sitt eget arbeid i den utstrekning det finnes rimelig. Plikten til å overta en annens tjenestestilling eller til å utføre en annen tjenestemanns arbeid ved siden av sitt eget, gjelder dog ikke ut over to måneder i et kalenderår."

Instruks for distriktsleger § 23 lyder idag:

"Han plikter på forlangende av fylkesmannen eller departementet å overta bestyrelse av nabodistrikt (distriktslege- eller stadslegedistrikt)

a) under ledighet mot godtgjørelse som fastsettes av departementet

b) under forfall og tjenestefrihet som ikke går inn under tjenestemannsloven av 15. febr. 1918, mot godtgjørelse og på vilkår forevrig som i mangel av minnelig overenskomst fastsettes av departementet

c) under forfall og tjenestefrihet i henhold til tjenestemannsloven på vilkår som departementet bestemmer."

Oppsplittingen av vikarpliktene som ovenfor, synes eiendommelig. Når man har en tjenestemannslov som klart angir begrensning for lengden av vikariater, så er det naturligt å anta at pliktene ikke kan gå utover lovens ramme.

En kollega har tatt opp spørsmålet, og han har fått følgende svar i Meddelelsesbladet fra Helsedirektoratet, sept. 1965 nr. 2 s. 38:

"Offentlig tjenestemanns plikt til å overta annen tjenestemanns arbeid ved siden av sitt eget.

Saken har vært forelagt lønns- og prisdepartementet som i brev av 18. mars 1964 uttaler:

Bestemmelsen i tjenestemannslovens § 13, 2. ledd må sees i sammenheng med 1. ledd som omhandler en tjenestemanns plikt til å overta en annen offentlig tjenestemanns tjenesteplikter uten særskilt godtgjørelse under fravær som skyldes ferie, sykdom eller tjenesteulykke.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt en tjenestemann uavhengig av godtgjørelsesspørsmålet er pliktig til i rimelig utstrekning å overta en annen tjenestemanns arbeid, har lønns- og prisdepartementet antatt at en slik plikt i alminnelighet må ansees å ligge i selve ansettelsesforholdet.

Lønns- og prisdepartementet antar derfor at de omhandlede bestemmelser i instruks for distriktsleger ikke er i

strid med bestemmelsene i tjenestemannslovens § 13."

Da undertegnede ikke fant at den tolking som lønns- og prisdepartementet her ga, umiddelbart framgår av lovteksten, og da den praksis som helsemyndighetene har ført overfor distriktslegene har vært meget urimelig, har jeg funnet fram til forarbeidene til tjenestemannsloven.

Nedenfor siterte kommentarer som er hentet fra Odelstingsproposisjonen og som fikk en enstemmig Sosialkomites og et enstemmig Stortings tilslutning på dette punkt, må ansees som rettesnor for hvordan loven skal praktiseres:

" Til § 13:

-----

Plikten til å overta en annens stilling eller å utføre annens arbeid ved siden av sitt eget i den utstrekning dette med rimelig anstrengelse er mulig, kan ikke gjelde for ubegrenset tid. Hva tidsgrense som bør settes, vil være skjønnsmessig. Departementet finner at maksimum bør settes til ikke over 2 måneder. Selv innenfor denne ramme bør bestemmelsen benyttes med varsomhet, hvor det følger særlig ansvar med den tjenestefries arbeid, -- eller hvor tjenestens forsvarlige utførelse kan få betydning for publikums sikkerhet for liv --.

----- "

Det står i denne forbindelse intet om økonomiske forhold. På denne bakgrunn kan det være grunn til å tvile på holdbarheten i brevet fra lønns- og prisdepartementet av 18. mars 1964. Det er nu tid til å ta dette opp.

Et rimelig krav må i første omgang være at vikariat i nabodistrikt ikke under noen omstendighet må strekke seg utover den tidsramme som tjenestemannsloven setter.

Hverken pasientene eller legene er tjent med at forholdene fortsetter som tidligere, og jeg vil be interessekollegaer om å følge dette opp.

Knut Rein

# Har du utekontordagar?

Harald Hårfagre og liknande gubbar hadde sine kontordagsreiser, veitsler, der dei for kringom i landet, åt folk ut or huset og flytta til neste stad. Bispane har opp gjennom tidene hatt sine visitasreiser. Og distriktslegane har sine utekontordagsreiser.

Heimel for utekontordagane finn du i lov om utføreslen av de offentlige lægeforretninger av 26. juli 1912. Der står det i § 6 andre verset: "Distriktslæger skal derhos ha plikt til efter departementets bestemmelse å avgi regelmessige fremmøter på bestemte steder innen sine distrikter mot at vedkommende herred yder almindelig kostgodtgjørelse samt oppvarmet kontorlokale og at der tilstås dem almindelig skyssgodtgjørelse av statskassen. Andragende fra et herredsstyre skal som regel imøtekommes, når det kan skje uten vesentlig fortrengsel for distriktslegens øvrige offentlige forretninger."

Om kontorlokala seier lova berre at dei skal vere oppvarma. Så veit med det. Men mange stader har dei gått lenger enn minstekravet, og supplert med meir eller mindre utstyr. Andre stader kjem distriktslegen framleis med sine koffertar fulle av skolisser, bendelband, nålebrev og knappar, slår dei opp på eit kjøkenbord, legg papir under eine bordbeinet som er for kort, fiskar kartoteket fram or eitpar brune

konvoluttar, og byrjar med enklare former for handspåleggjing. Pasientane blir ikkje undersøkt utan særskilte vektige grunnar. Mange kolleger kunne ha skreive bøker om av- og påkledningskunst.

På småstader er samfunnet ofte som ein einaste stor familie, der alle er interressert i dei andres problem. Særleg dei som er fyrst ute på venteromet, så dei får plass med flatøyra mot kon-torveggen. I tidlegare tider (dvs. før 1963) truidda mange på postulatet om dei sjelleleg sunne bygdefolka som sjeldan trong hjelp for psykiske plager som ikkje stod i læreboka. Men dette har vist seg å vere rein myte. Her gjeld Robberstads lov: frekvensen av psykiske plager i ei folkegruppe ser ut til å vere proporsjonal med kvadratet av lydisoleringa mellom venterom og legekontor. Altså ein tydeleg samanheng mellom tekniske framsteg og nervøse plager. Dess betre kontor du har, dess meir nevrose blir velta utover skrivebordet ditt.

Det er hyggeleg for isolerte folkegrupper å ha kontordag. Trivselmomentet (og overlevingsynskjet) må vere avgjerrande grunnar for at folk orkar å sitje 6 timar på eit overfylt venterom. Der det er dårleg fjernsynsmottaking og Norsk Bygdekino ikkje når fram, er utekontordagar og andre basarar viktige sosiale innslag. Og for gamle folk kan det vere einaste måten å nå ein doktor utan urimeleg strev. Og folk møter mannjamnt fram. Dei veit at dersom dokteren nokre gonger har reist dit, 1 time kvar veg, for å fornye to reseptar og forklare resultatet av ei røntgenundersøking, ja då står den kontordagen for fall.

Du får altså ikkje reisetillegg for utekontordagane. Kvifor? Kanhende departementet tenkjer som så at fastløna får du for å gjere offentleg helsearbeid. Dess meir utekontordagar du har, dess mindre offentleg helsearbeid gjer du truleg, og då kan det gå opp i opp. Enig eller uenig, men ikkje ulogisk.

Korleis kan du bli kvitt ein overflødig kontordag? Helsedirektøren sende 21. august 1958 (jnr. 3539/58) ut eit rundskriv, der han mellom anna set opp ei minsteutstyrsliste for utekontordagsstad, og så skriv: "Selvom kontorforholdene blir bedret og utstyr som nevnt ovenfor blir skaffet tilveie, må en regne med at den hjelp legen gir på kontordagsstedene, ikke alltid blir av samme kvalitet som den han gir på sitt vanlige kontor. Et større antall kontordagssteder virker dessuten hemmende på distriktslegen arbeid på grunn av den tid som medgår til reisene. Kontordagsstedenes antall bør derfor begrenses til det strengt nødvendige. Som nevnt er avstanden og kommunikasjonsforhold en avgjørende faktor ved opprettelsen av kontordagssteder." Dette kan vere til moralsk støtte i trengselstider.

Når du vil få nedlagt ein utekontordag, skriv du te nesteveg om dette. Fylkeslegen sender så saka til kommunestyret til uttaling. Eit middels kommunestyre vil nødvendig vere med på å leggje ned ein utekontordag for meir enn 5 røysteføre menneske, dersom ikkje dette kan skaffa dei 6 ekstrarøyster ein annan stad. Kommunestyret rår frå nedleggjing. Så kjem der lesarinnlegg i avisene, og saka går vidare til Sosialdepartementet, som i tidens fylde avgjer om folk i Utbygda skal få seg ein tur med ekstrabåt eller drosje til Sentrum no og då, på trygdekontorets rekning.

Mange utekontordagar fyller eit stort behov, trass i alle dei manglar dei (og pasientane og me) lir under. Ikkje alle fyller eit behov. Men Riksrevisjonen har fleire gonger, sist i 1972, påtalt at distriktslegar stundom held kontordagar utan at det finst heimel for skyssgodtgjerdsløse for desse. Med andre ord: nokre av våre kolleger held fleire utekontordagar enn dei er pålagt. Det er godt gjort, det.

Vikevåg, i junisol  
Torleiv Robberstad



## «Taking og innsending av prøver» til klinisk kjemisk laboratorium



Vi får daglig tilsendt blodprøver fra leger og sykehus fra alle landets kanter. Da disse ikke alltid er korrekt tatt, kan det kanskje ha interesse å nevne noe generelt om hvorledes slike prøver bør taes når de skal sendes til et klinisk - kjemisk laboratorium. Dette er ofte meget vesentlig. " Analysen begynner med blodtakingen. "

Den hyppigste og betydeligste feil er at det er hæmolyse når prøven kommer til laboratoriet, og dette kan gjøre at den er ubrukelig til en rekke analyser. For å unngå dette, må man bruke tørre kanyler og glass ved prøvetaking. ( Best med en gangskanyle - kan også brukes til serumjernanalyser. Brukes sprøyte ved venepunksjon, bør engangssprøyte benyttes).

Serum eller plasma må skilles fra de røde blodlegemer (r.bl.l.) så snart som mulig så det ikke skjer noen diffusjon av stoffer mellom dem. Derfor: centrifuger plasma fra så snart som mulig - og serum senest 30 - 45 min. etter blodtakingen ved henstand ved romtemperatur. Hvis koaglet kleber til glassrørets vegg, løsnes det med en ren glass-stav. Blodprøver som skal koagulere, må taes i et glassrør (ikke plast) og det bør taes ca. 3 ganger så meget blod som den serummengde man trenger. Serum/plasma overføres så ved hjelp av en ren pasteurpipette til et rent glass. Unngå at det fø-

ger med noen r.bl.l. Skjer dette, bør det sentrifugeres en gang til og derpå overføres til et nytt glass. Dette er særlig viktig f.eks. ved Kaliumbestemmelse da det er ca. 20 ganger mere K. i de r.bl.l. enn i plasma, tilsvarende for enzymet LDH er det ca. 160 ganger så mye r.bl.l. Er ikke de r.bl.l. fraskilt, vil det oftest skje en hæmolyse under transporten.

Alle plasma/serum-prøver bør settes i kjøleskap så snart som mulig. Skal prøver sendes, bør de postlegges kort tid før posten går videre (undersøk når postkassen tømmes!) Taes prøven så den ikke når vedkommende laboratorium innen lørdag morgen, bør den oftest oppbevares i legens kjøleskap så den ikke ligger på et varmt postkontor over søndagen. Det er meget viktig at glassene er merket med pasientens navn, så det ikke er mulighet for noen forveksling ( og legens stempel på henvisningen.) Sendes det inn plasma, bør det gjøres oppmerksom på dette - og også hvilket antikoagulant som er benyttet. Man bør vanligvis gi noen korte opplysninger om den kliniske problemstilling.

Den korrekte emballasje kan som oftest skaffes gjennom det laboratorium man bruker. Som det sees av dette, er det ikke så helt liten tid og arbeid som påhviler den praktiserende lege når innsendelse av en blodprøve skal utføres korrekt - så en skikkelig takst for dette er meget berettiget.

Skal man se på den innsendende leges bedømmelse av analyseresultatene, er der en

rekke faktorer ved blodprøvetakingen som bare han/hun kjenner til.

Det bør være en lett og kortvarig stase ved prøvetaking. Det kan være en betydelig forskjell i konsentrasjonen av de stoffer som er bunnet til proteiner om pasienten er sengeliggende eller oppstående (ca. 10% høyere hos de siste. "Hæmokonsentrasjon"). Bli første prøve tatt ved sykebesøk og senere kontroll tatt på kontoret, kan bare dette bevirke en slik økning ( Hb, proteiner, kolesterol o.a. )

Serumjern er høyest om morgenen ("etter en god natts søvn") og faller noe utover dagen, især lavt om aftenen. Enzymet CPK øker også ved muskelanstrengelser og faller igjen etter 2-3 dager. Ved enkelte prøver må pasienten være fastende, f.eks. blodsukker, lipidstatus og triglycerider. Ved de fleste andre er det ikke så påkrevet - men man bør unngå å ta prøve kort tid etter et fettrikt måltid da lipemi kan virke forstyrende ved endel analyser.

M.h.t. blodsukkerbestemmelse må man huske at enzymer i de r.bl.l. bevirker en uttalt glucolyse. I plasma holder glucolysen seg bedre, og ved tilsetning av fluorid kan glucolysen hemmes, men dette kan virke inn på analysen senere. Man kan bruke et nøyaktig avmålt felningsredens og tilsette en nøyaktig avmålt blodmengde - blande, centrifugere og sende inn supernatanten til analyse. Dette gjør bare et lite fall i glukoseverdien selv etter 1 - 2 døgns transport.

Om en korrekt tatt serumprøve sendes i posten og først analyseres et par dager senere, skjer det vanligvis ingen forandring som vil ha klinisk betydning.

Til slutt: man må ikke legge for stor vekt på små avvikelser fra referanseområdet. Passer ikke analysesvaret med det kliniske bilde, bør det taes en kontroll da det kan være en feil ved analyseresultatet ( avlesningsfeil, skrivefeil, forurenset prøve.)

Dr. V. Fürst

# Et apropos til artikkelen om legesekretærutdannelsen i UTPOSTEN nr. 4

Vi er to legesekretærer som i disse dager har avsluttet en viktig del - kanskje den viktigste - i vår utdanning. Vi har av de ærede redaktører blitt bedt om å skrive en liten epistel om det inntrykk vi sitter igjen med etter 8 uker i felten.

Denne tida har vist oss at det er viktig å få satt ut i praksis den teorien som vi bør sitte inne med etter 8 måneder på skolebenken.

Bl.a. på grunn av dårlige lokaliteter på skolen, har vi fått liten eller ingen sjanse til å trene på de forskjellige gjøremål som den praktiske del av utdannelsen omfatter. Både hastigheten og sikkerheten er nå blitt betraktelig større, og vi har også fått mer innblikk i hva det egentlig vil si å være legesekretær i en almenpraksis. Før vi begynte som praktikanter, var vi nok litt redde for at det ville ta lang tid å komme inn i de forskjellige ting som skulle gjøres. Det viste seg imidlertid at det ikke var så vanskelig, da alle var innstilt på at vi var elever og ville hjelpe oss til å finne oss til rette og til å komme inn i den daglige rutine. Vi fikk også prøve oss alene noen dager, og det var jo en fin måte å få testet oss selv på.

Vår leder, Grethe Hegrenæs, har vært inne på tanken om å sløyfe praktikantstedene utenom Oslo, da det har vist seg at det er svært få leger ute i distriktene som har interessert seg for saken. Det er synd, for det har vært en opplevelse for oss som har vært ute, og det ville ha vært fint om de aller fleste kunne få denne muligheten til å bli kjent med andre forhold enn de en blir stilt overfor i en storby som Oslo. I distriktene får vi vel også anledning til å ta flere forskjellige prøver på pasientene enn det vi gjør i Oslo eller på andre større steder, i og med at det der er mye lettere å sende pasientene til et større laboratorium, institutt eller sykehus.

En ting ved det at man kommer ut i felten, er at man får en bedre kontakt med pasientene, møter mer åpenhet. Nettopp dette er noe vi har satt stor pris på, og vi ser på det som en viktig del av oppholdet vi har hatt her oppe. Vi håper at flest mulig leger etter hvert viser seg mer interessert i å ta i mot en praktikant for ei stund, slik at skolen i framtida kan tilby sine elever flere praktikantsteder i distriktene.

Til slutt vil vi sende en hilsen til bladets redaktører som har gjort sitt til at praktikanttida vår har blitt til 8 opplevelseryke og interessante uker.

Med vennlig hilsen

Tove Aina Røragen  
Marit Sofie Kirkaune

## Arbeid søkes

### LEGESEKRETÆR

Utdannet ved den 1-årige linje ved Tromsø Yrkeskole søker jobb på legekonto fra ca. 1. september. Har handsgymnasium og litt praksis fra legekonto.

Henv.:  
Gerd Ingveig Finstad  
c/o Thv. Jorstad  
2750 GRAN (tlf. 121)

NYUTDANNET LEGESEKRETÆR  
søker stilling, gjerne i et legesenter.

Marit Sofie Kirkaune  
Birkelund  
2072 Dal

LEGER SOM ER INTERESSERTE I  
PRAKTIKANTER FRA LEGESEKRE-  
TÆRLINJEN VED OSLO YRKESKOLE,  
KAN HENVENDE SEG TIL  
KURSLEDEREN,  
GRETHE HEGRENÆS  
OSLO YRKESKOLE  
SOGNSVEIEN 80  
OSLO 8

## 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.

Helsedirektør Torbjørn Mork  
Helsedirektoratet  
Oslo

#### AD HELSESØSTRENES LØNNSFOR - HOLD:

Det viser seg å være et ge -  
nerelt fenomen at det er  
svært liten søkning til le -  
dige helsesøsterstillinger.  
Dette gjelder også for Tyn -  
set legedistrikt som vil bli  
uten helsesøster fra og med  
juli d.å. på tross av at  
stillingen er lyst ledig  
gjentatte ganger og uten at  
søkere har meldt seg.

Dette fenomen skyldes - et -  
ter hva jeg har bragt i er -  
faring - en rekke ting, men  
en av hovedårsakene synes å  
være at såvel nyutdannede  
helsesøstre som helsesøstre  
i fast stilling, søker seg  
over i de relativt nyoppret -  
tede stillinger som syke -  
pleiersjefer i kommunene da  
disse stillingene er gjort  
langt mer attraktive ved at  
sykepleiersjefene lønnes i  
opptil flere lønnsklasser  
over helsesøstrene. Dette er  
etter andres og min mening  
et ytterst beklagelig mis -  
forhold som man kan forundre  
seg storliggen over.

Helsesøsters arbeids- og an -  
svarsområde er meget omfat -  
tende, og hennes posisjon i  
det offentlige helsestell  
har etter hvert blitt såvidt  
sentral og viktig, et en of -  
fentlig lege umulig kan være  
hennes foruten. Det er heller  
intet som foreløpig tyder på  
at hennes betydning skal bli  
mindre i årene som kommer -  
heller tvert om, jmf. den  
sentrale stilling helsesøs -  
ter kommer til å få i den  
fremtidige helsestasjon og  
helsetiltak blant barn m.m.  
Om ikke lønnsforholdene så  
snart som mulig bringes i en  
langt mer rimelig og fornuf -  
tig balanse, er jeg redd for  
at den nåværende "flukt" fra  
helsesøstertjenesten fort -  
satt vil finne sted - hvil -  
ket i lengden vil få uheldi -  
ge konsekvenser for befolk -  
ningen utover det ganske  
land. Ansvarer ligger i så  
fall helt og holdent hos de  
sentrale politiske myndighe -  
ter.

Tynset, den 28.6.73

Vennlig hilsen  
Knut Rambech

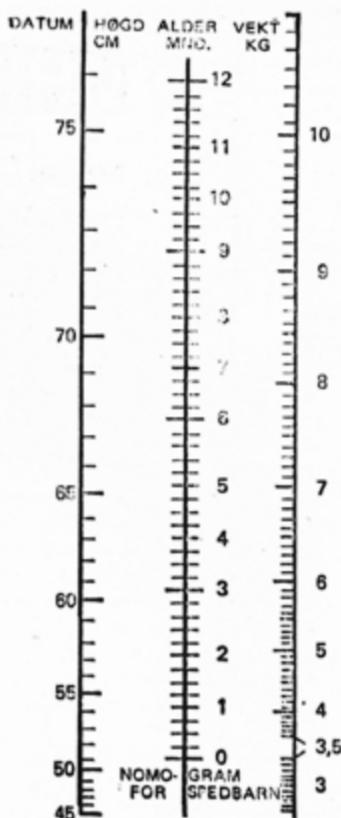
Gjenpart til:  
Norske Kommuners Sentralforh  
Norsk Sykepleierforbund.  
Offentlige Legers Landsfor.  
Utposten.



# VÅR SAK

## Bygningsråd med helseråds - kompetanse?

Kristiansund helseråd ved stadslege Arne Hasvold har  
anmodet det lokale bygningsrådet om å få oversendt alle bygge -  
saker. Bygningsrådet har drøftet saken, men finner at praksis  
i dag stort sett er tilfredsstillende. Bygningsrådet frykter for at  
helserådets medvirkning vil kunne føre til forsinkelse i saks -  
behandlingen, melder Tidens Krav (11. mai) uten kommentarer.



#### ANG. DE NYE HELSEKORT FOR SPEDBARN

Ved trykking av det første  
opplaget av disse kortene,  
ble høyde/vekttabellen ute -  
glemmt.

Kristiansund Helseråd har i  
påvente av et nytt opplag  
anskaffet seg dette stampe -  
let, et meget lurt påfunn  
som kanskje flere større  
kommuner kunne etterfølge.  
Jeg lånte stampelet fra  
Kristiansund og fikk trykt  
på alle kortene i Aukra og  
Midsund kommuner.  
En hjertelig takk til hel -  
sesøstrene i Kristiansund.

Inger Halvorsen  
helsesøster



## Småplukk fra . . .

Forts. fra side 7

Ganske overraskende fortalte sentralstyremedlem Lundar at det var et iskaldt økonomisk klima for tiden, trygdebudsjettet stilte seg hindrende i veien for videre økonomisk vekst, og han lurte på om det ikke likevel var lured å gå inn på lønnskalaen på det nåværende tidspunkt, slik at man ikke

## Den Gamle og så den Nye tid

I Tidsskrift for Jordmødre er 2 avtiser til å få forstand av. Distriktsjordmor: Grunnlønn 13.980 stigende med tillegg til 16.900 per år, etter 8 år. Rektorstilling ved Stasjons Jordmorskole i Bergen lønnsklasse 20, brutto 59.244 topplønn 63.044. Det ene er en gammel institusjon med autorisering av jordmødre fra 12/12 1898, det andre er nytt for 3 år siden. De fødser skal kompensere distriktsjordmorlønningene, er borte, i stedet for hjemmefødslere reiser jordmor med til fødeavdeling. Men de lokale trygdekontorer er ikke alltid like villige til å betale. Det skal attesteres at det er nødvendig. Men andre kan etter folketrygden få både skyss og diett ved følge av mindreårige. Så er det krav til sykehjem om de skal godkjennes. De skal ha både fysioterapeut og arbeidsterapeut. Og derfor disse institusjonene være core så budsjettet kan bære det. Derfor må gamle og hjelpeløse rumles sammen til større enheter, langt fra sitt eget utgangspunkt og sine egne. Det hjelper lite at sykepleierhjelp er lettere å skaffe lokalt, det skal være institusjon. Det samme er tilfelle med fødehjem. Det ble klarlagt ved undersøkelse før sykehusloven ble vedtatt, vi manglet 1000 fødesenger, senere korrigeret til 700. Derfor må kvinnen i fødsel vente hjemme til første del av fødsel er over, og så må hun skrives ut hurtigst mulig. Plussing på gang og bad er nærmest blitt normalt. Sykehus skal sentraliseres og etter inndeling av fylker skal det være minst ett sentralsykehus. Når noen helt

uortodokse med Selvaag i spissen kommer med forslag om små sykehus og velutstyrte landsdelsykehus, så må det motarbeides. Slik er ikke tankegangen i dag at vi kan gjøre noe for en pasient med en nokså vanlig sykdom i "tredelste sykehus". De er farlige. Det at det kunne etterligne England med sine Consultans som driver spesialpraksis med adgang til sykehusplasser, nei, det kan vi i dette landet ikke etterligne.

Og så har vi helsesøstre som er helseverkets altnuligmann. Etter 3 år opplært til å stelle syke, skal hun alldeles ikke dette. Etter knapt 1 år tilleggsutdanning kan hun alt om preventiv medisin. Og etter 4 måneder utdanning i fødsel - hvorav 3 uker på fødeavdeling -, skal hun være en beredskapsjordmor, og det på de mest avsidesliggende steder, naturligvis. Det er ikke tvil om at det var en forestilling om et overveldende overskudd av kvinner som en kunne ta i bruk i denne form for helsepersonell.

Og så er vi blitt pinlig oppmerksom på at vi mangler miljøhygiene. Det var Husbanken som fikk alle husbyggere til å innrede WC, og så blev kloakken sluppet ut i bekkefar og fjærestener, og møter oss i dag som endel av forurensning. For all del må vi ikke bruke flasker eller innpakninger omiggen. Det kastes. Det er på tide at vi får miljøhygienikere omkring for å holde oss i ørene. Men vi har ikke overfloden av kvinner slik som i begynnelsen av århundredet. Det er mangelvare.

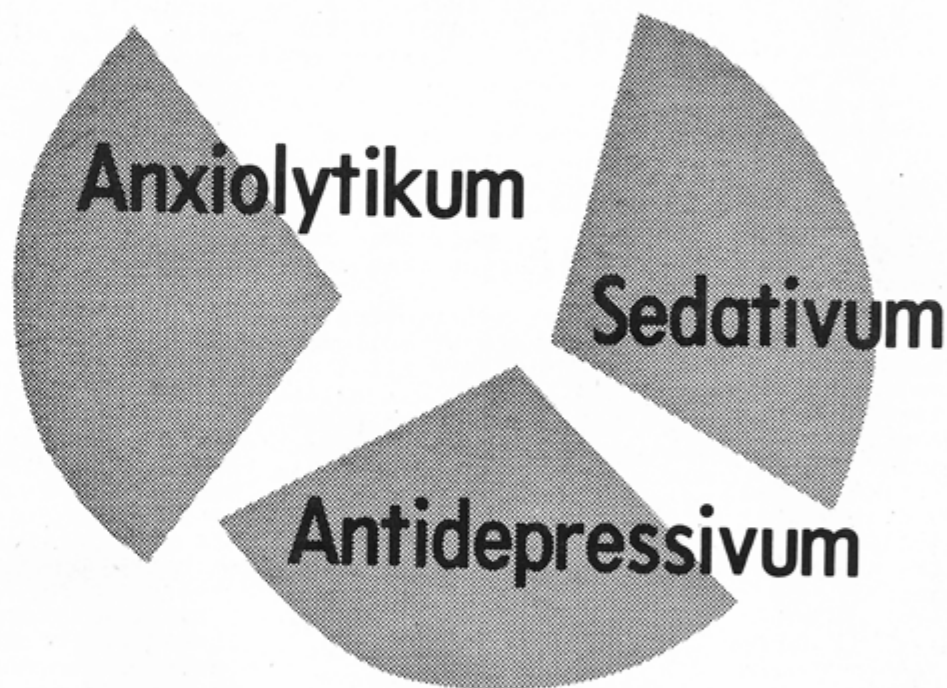
Inger Haldorsen  
Bergen

dumpet alt for langt ned.

Når det gjaldt poliklinikker og inntekter, ble YLF's representant Svabø irritert da en privatpraktiserende lege fortalte hvor mye de tjente på poliklinikken. Svabø kunne fortelle at det var en klar forutsetning at legene på poliklinikkene skal gjøre opp for seg og betale det utstyr og hjelpepersonell de bruker. Han mente at behovet for denne tjenesten var betydelig. Kanskje han tror at de legene som arbeider ved poliklinikkene betaler det det koster sykehuset å ha hjelp og utstyr på poliklinikkene, kanskje han tror at det ikke er noen subsidiering her. Da tror jeg ikke han følger helt med. Han fortalte også at behovet var betydelig for polikliniktjeneste. Dette er mer et spørsmål om hvor man skal satse, hvis man satser på utbygging av den primære helsetjenesten, er det ikke sikkert behovet for poliklinikkvirksomhet i den utstrekning vi har i dag, er nødvendig.

Utdannelse og konferanse-sentersaken avstedkom eder og galle fra representanter utenom den indre krets. Det ble påpekt at pengene som blir brukt her, vesentlig kommer fra primærlegene som har inntekter fra trygdekassene, en spesialist kunne fortelle at sykehuslegene hadde like mye del i disse pengene, og det er vel kanskje sant at poliklinikkvirksomheten sikkert har et mye større omfang enn noen aner, i hvertfall når det gjelder inntekter. Professor Seip understreker meget viktig at de pengene som brukes til dette sentrale utdanningsinstitutt, ikke skulle være penger som man tok fra utdannelsesperiferet innen legeförening. Redaktør Harlem fortalte at han hadde vært 30 år i legeforeningen, og at de som hadde uttalt seg i saken, hadde minimal viten om akkurat denne kompliserte sak. Det viste seg at han hadde rett denne gang. Generalsekretær Bjerke hadde sittet stum som en østers hele tiden, og hatt hele løsningsproblemet som bekymret alle de kritiske innleggene. Hvis historien som Bjerke kom med på slutten, er sann, virker det hele meget plausibelt. Det var voldsomt med hysj-hysj i hans innlegg, og vi som var til stede måtte for all del ikke si noe om dette. Derfor så skal vi ikke si noe om dette.

Ved behandling av  
insomnia, depresjon  
og angst



**Surmontil**<sup>®</sup>

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

**rhodia**

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