

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 1

JANUAR 1977

ÅRGANG 6



AV INNHOLDET:

KLAUS RAMBØL:	Primærhelsetjenesten	s. 3
HENRIK SEYFFARTH:	Er det nok å frisere på det gamle?	s. 4
BJØRN MARTIN AASEN:	Åpent brev til sosialministeren ...	s. 6
ASBJØRN HAUGSBØ:	Primærhelsetjenesten i Troms fylke. (Utdrag av foredrag)	s. 7
H. SIEM:	Stortingets spørretime 03.11.76 .	s.10
	Kommentar til Stortingets spørretime	s.11

Redaktører:
Harald Siem
Per Wium
Redaksjonssekretær:
Reidun Solem
Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

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

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

JANUAR 1977:

UTPOSTEN kommer med eksemplar nr. 40!

GODT NYTT ÅR og rikets sunnhetstilstand og alminnelige hygieniske forbedringer og alt som viktig er for alle! - Jeg mener: Alt som smaker av høytid og store ord får være for en stund. Dårlig legebemannning i nabodistrikt har satt sitt preg på denne julen, og etter nærmest sammenhengende vakt i et halvt år finner jeg det på tide å se etter en ledig jobb annet sted.

Det er det man kaller exit. Exit, voice and loyalty.

- Kjente slagord fra administrasjonsteorier. Når forholdene er lite tilfredsstillende, har en tre muligheter:

Exit = liste seg stille ut, forlate arenaen.

Voice = si ifra, klage, foreslå forbedringer (jevnfør UTPOSTEN).

Loyalty = føye seg, synge allsang, si store ord, korpsånd.

"Vi i distriktselsetjenesten!"

"Det offentlige legevesen er en etat med lange tradisjoner, bla-bla."

" - Jeg er stolt av mine distriktsleger...."

HAN FALT PÅ SIN POST.

Ulemper med exit er at det løser problemet for den enkelte, men distriktselsetjenesten blir neppe bedre (tja-hjem vet?) hvis distriktslegen sniker seg over i en mer karriere-, familie- og ulcusvennlig stilling. Lojalitet i en viss grad er jo nødvendig forutsetning

for at vi skal kunne fortsette vårt arbeid, men jeg nøler - jeg vil vise lojalitet når jeg får mer enn store ord tilbake. (Dette blir forhåpentligvis lest på fylkeslegekontoret, i helsedirektoratet og i sosialdepartementet).

ringere er foretatt. Hvis det ikke kommer ut med et nytt nummer snart, kan det ikke tjene som noen ting i det hele tatt.

Tidsskrift for Den norske lægeforening har en seksjon for voice: avdeling for forenings- og standsinteresser. Men den redigeres jo av generalsekretæren. Han har som hovedoppgave å forsøre standens interesser. Så da skal man ikke være forbauset om debatten i hans spalter kan bli noe dempet.

Hva med oss selv? Tillitsverv og innflytelser, komitéer og annet øker på, og de nåværende redaktører er snart så "etablerte", har så meget å forsvere av tidligere meninger og forsømmelser (?) at de vanskelig kan skrike om seg. Det har for eksempel vært lite kritikk av OLL's styre i UTPOSTEN's spalter! Hvis medlemmenes aktive kritikk uteblir, risikerer foreninger å bli selskapsklubber.

Vi tror at UTPOSTEN bør fortsette som umiddelbart, uhøytidelig, alminnelig blad for distriktselsetjenesten, men at vi selv etter hvert står i veien for det umiddelbare, uhøytidelige og alminnelige. Vi kommer til å fortsette med UTPOSTEN ut året 1977, men lyser samtidig ut:

REDAKTØRSTILLING I UTPOSTEN FRA 1978 (se egen annonse).

Og så gjenstår det da å ønske et godt, alminnelig, umiddelbart og uhøytidelig 1977 med 8 nye nummer av UTPOSTEN.



UTPOSTENS oppgave er å fortsette å si fra. Snakke om tingene, peke på problemer, helst før det er blitt fast-låste konflikter. Helsedirektørens blad, SY-NAPSE, som jo redigeres av helsedirektøren selv, kan vel neppe tjene som noen voice før vesentlige forand-

KLAUS RAMBØL:

Primærhelse-tjenesten

I UTPOSTEN nr. 8 1976 er gjengitt Peter F. Hjorts fylde og verdifulle innlegg i APLF's landsmøte 13.11.76: "Primærhelsetjenesten - vårt ansvar?" Innlegget bør få fart på noen hver til innsats for primærhelsetjenesten, og ikke minst til nytenkning på de edene hvor det er aktuelle organisere eller reorganisere primærtjenesten i lokalsamfunnet. Det er mange slike steder i Norge i dag.

For øyeblikket vil jeg gjerne få bare noen få kommentarer til innlegget.

Hjorts understrekning av at almenmedisinen har eller må ha en ideologi, er etter min mening meget nyttig, ja, nødvendig. Nå er jeg ikke sikker på om han med almenmedisinen mener den medisin som almenpraktikere flest først og fremst oppfatter som sin, eller om han mener den medisin som skal anvendes på hele primærhelsetjenestens arbeidsområde. Jeg velger å gå ut fra det siste. - Når han finner at ideologien kan uttrykkes i ett ord: trygghet, er jeg enig. Iflg. Hjort må tryggheten omfatte tre utgaver av trygghet, nemlig den faglige, den nært medmenneskelige og den sosiale. Fortsatt er jeg enig. Men i motsetning til Hjort tror jeg ikke at det ligger noen konflikt på det ideologiske plan mellom disse tre utgavene. Dog skal det innrømmes at det på det praktiske plan kan se slik ut noen ganger, for eksempel når "fagidioter" utfolder seg som verst på sin side og "menneskelig forstående snikksnakkere" på sin. Men ideologisk? Nei. - Den ideologien, den trygghetsfane som Hjort taler om og som må gi ledemotivet for primærhelsetjenesten, forener etter mitt syn i seg krav såvel til faglig for-

sværlig utført arbeid som til medmenneskelig omtanke for pasienten, og til sikkerhet og trygghet for det klientell som omfattes for eksempel av det forebyggende helsearbeids gruppeundersøkelsen, eller for den befolkning som det vanlige miljøhygieniske arbeid skjer til beste for.

Men fra ideologi-fane til et praktisk problem som jeg føler er nært assosiert og som derfor skal nevnes: Har vi i vår legestand en tilstrekkelig høy prosent av leger som ser at legearbeidet utenfor sykehus må omfatte hele spekteret for pasient/gruppe/befolknings - som ser for eksempel at forebyggende helsearbeid har så stor medisinsk betydning at det er interessant å delta i det? Etter min erfaring har vi ikke det, på langt nær. Så vidt jeg kan skjonne har instituttene for almenmedisin fortsatt en oppgave her. Det er ikke tilstrekkelig bare å tale om undervisningsplanen ved det medisinske fakultetet i Tromsø.

Avsnittet i Hjorts innlegg om spørsmålet hvorvidt primærhelsetjenesten skal drives av leger som er generalister eller spesialister, er noe overraskende for meg. Jeg har ikke trodd at vi her i landet har vært særlig i tvil. Men la gå. Heller ikke når det gjelder dette avsnittet, er jeg helt klar over hvor stort arbeidsområde Hjort mener at "almenmedisinen" dekker eller hva som defineres som "primærhelsetjeneste", dette særlig når avsnittet sees i sammenheng med andre avsnitt av innlegget. Men la gå med det og. Jeg ber om litt spalteplass til. Det har hastet så lenge å få orden på det legearbeid som skal drives utenfor sykehus her i landet. Underbemanningen av legestaben har vært og er mer enn plagsom, for ikke å si livsfarlig i visse tilfelle. Iflg. statistikken skal vi imidlertid bli godt forsynt med leger også til dette arbeidet ved utløpet av en 10 års periode. Men lenge før

Forts. side 14.

Ledige stillinger

Stilling ledig for en eller to redaktører i UTPOSTEN fra 1978.

Stillingen er ubetalt og medfører en rekke ulyppmer. Den vil, avhengig av hvem som vurderer, i det vesentligste trekke nedover på merrittlisten. Det er ikke adgang for redaktørene å stå under pseudonym. Den eller de som tar redak-

tørvervet, står selv økonomisk ansvarlige for driften av bladet. Det ytes ingen støtte til bladet utenfra. Vervet passer best for distriktslege/almenpraktiker som er aktivt interessert i å forbedre distriktshelse-tjenesten og gi denne en struktur, et faglig innhold og en økonomi som kan tjene til befolkningens beste. Ekstreme politiske mål bør ikke søkes nådd gjennom UTPOSTEN.

Interesserte besøkende seg til den nævnevnte redaksjon.

Er det nok å frisere på det gamle?

I nr. 8, 1976, står referert et innlegg Peter F. Hjort hadde på landsmøtet i Trondheim i november 1976. Man mener almenmedisinen må som fane ha en innskrift med ordene "Trygghet, faglig såvel som menneskelig".

Når det gjelder menneskelighet, er vel den for en stor del nedarvet hos den enkelte. Men vil den ikke lett ta skade under den nåværende helseblesende utdannelse? Når man skal ligge langstrakt for å skaffe seg kunnskaper - hvorledes går det da med de menneskelige evner til kontakt og forståelse? Burde ikke medisinske studenter, slik som industrifolk, ha kurser i en slags sensitivitetstrening, slik at de fikk vite litt mere om hvorledes de virket på sine medmennesker. Når det gjelder å trenere opp sine evner til kontakt, er for meg nøkkelordet "avslapning med riktig pustemåte." Men er ikke dette blitt bortimot tabuord i den medisinske utdannelse?

Når det gjelder faglig dyktighet, vet vi alle at pensum har øket sterkt i de senere år. Jeg antar at medisinske studenter bruker mere tid enn før når det gjelder biokemi og farmakologi. Men hvorledes er det blitt med antall av demonstrasjoner av pasienter? Jeg vil påstå at mange av oss gjør tabber fordi vi aldri tidligere har sett lignende tilfeller. Men alle er vi vel enige om at tabbeveien er den harde, men neppe riktige vei. Kan ikke UTPOSTEN sette igang et spørreskjema for nylig uteksaminerte leger som de besvarer ca. 1 år etter at de har vært ute i praksis. Her kan man da få rede på hvilke mangler de føler når det gjelder den medisinske utdannelse. Jeg kan ikke forstå at dette ikke er gjort tidligere. Men undersøkelsen må bearbeides av

ikke-leger, og den enkelte lege må være garantert at hans navn ikke blir gjenkjent når han sender inn sitt svarskjema. Er det noe vi leger er reddet for, så er det å dumme oss ut i kollegenes øyne.

Når vi snakker om hvilke tilfeller studentene ikke har sett, kan jeg tenke meg at alminnelig hodepine er en av de viktigste sykdom-



mer. Forleden kom jeg på et kurs beregnet for vanlig praktiserende leger. Jeg takket meget for foredraget om alminnelig hodepine, idet jeg ikke hadde hørt så meget om denne sykdommen i alle de tidligere år jeg har lyttet til foredrag, dette til tross for at vanlig hodepine er hyppigere enn alle de andre neurologiske lidelser tilsammen. Jeg unnskylder derfor kolleger som står tatt på når det gjelder hodepine. De har ikke på langt nær nok utdannelse på dette område.

Hjort sier videre at livsstilen dreper og at legen må engasjere seg i det forebyggende arbeide på en helt ny måte. Såvidt jeg forstår, er det forebyggende arbeide for en stor del å vedlikeholde, evt. å behandle de naturlige funksjonene. Men hvor meget



har studentene lært om å sitte, stå, gå og puste og arbeide riktig? Naturligvis er det en stor hjelp når f. eks. alment praktiserende legers forening arrangerer et kursus på høyfjellet i februar 1977. Men det er betenklig når jeg ser at man ikke har brukt ordet belastningssykdommer, dvs. at pasienten funksjoner og feilfunksjoner får en minimal omtale.

Og her kommer vi til den funksjonsforstyrrelse som ligger som en varm potet i det medisinske studium, som ingen vil røre ved, nemlig den nervøse anspennhet.

Det er jo tragisk-komisk at vi snakker om at 50% av alle sykdommer i Norge skyldes psyko-somatiske lidelser og samtidig ikke har spesialiteten psyko-somatisk medisin. Man skulle tro at lege-ne mener Vår Herre har fri-tatt dem for naturloven: funksjon leder til struktur og omvendt.

Jeg er helt enig med Peter F. Hjort når han fremhever nødvendigheten av individuell helseopplysning som kan hjelpe den enkelte til en sunnere livsstil. Etter min

erfaring kan vi hjelpe alle mennesker som kommer til oss hvis vi er oppmerksom på



deres feilfunksjoner som er til stede nesten hos alle sammen i mer eller mindre grad. Men har legene bakgrunn for en slik opplysning, som f.eks. å påpeke at de sitter og holder pusten, at de snakker uten å puste, at de går galt og sitter galt osv.? Slike helt banale ting kan ofte få skjebnesvangre

leger en egen innstilling og livsstil. - Og livsstilen går mer og mer i retning av å ta laboratorieprøver. Her vil jeg gjerne hatt en undersøkelse som kunne vise hvor mange prøver er nødvendig hvis man først har gjort seg når det gjelder senkningsreaksjon og innholdet av hæmoglobin i blodet? Hvor meget av patologiske laboratorieresultater skyldes nervøs anspræng, altså er av psyko-somatisk natur? Her har jeg i tankene en pasient som ved hjelp av mange prøver fikk vite at sukkertoffskiftet var galt. Men da vedkommende solgte sin forretning og begynte å leve et roligere liv, forsvant stort sett alle de patologiske laboratorieresultatene. Når en mann som Peter F. Hjort skriver, vet vi at det alltid er kloke ord. Hans grenseoppgang når det gjelder de forskjellige faktorer innen praksis, er av stor verdi. Allikevel vil jeg si at han i stor grad frierer på det vi har, - uten å komme med det spørsmål: Har vi lov til å stille så store krav til leger som er utdannet på den nåværende måte? Etter min mening bør vi få tilbake den syvårige utdannelsen.

Oslo, 23.12.76
Henrik Seyffarth

*Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 34-35-36, 1976, side 1813.

Redaksjonen

skylder å gjøre oppmerksom på at professor Peter F. Hjorts artikkel "Primærhelsetjenesten - vårt ansvar?" var noe forkortet i forhold til hans foredrag på landsmøtet i APLF i Trondheim 13.11.76.

Når det het at det er livsstilen som dreper, og at legen må engasjere seg i det forebyggende arbeid på en helt ny måte, hadde Hjort henvist til Marc Lalondes lille bok: "A new perspective on the health of Canadians," og under foredraget ble også tabellvist (se nederst denne side).

Dr. Seyffarth har en annen del av det forebyggende helsearbeid i tankene i sin artikkel.

Vedrørende en enguête blandt nylig uteksaminerte leger, får redaksjonen nøyse seg med å gi tanken sin tilslutning, men samtidig peke på at det er grenser, tro det eller ei, for hva redaktørene i UTPOSTEN kan rekke over.

*Marc Lalonde:
"Canadian Minister of National Health and Welfare."
Ottawa 1974.



følger. Her kan henvises til en liten artikkel under korrespondanser*, hvor jeg viser hvorledes jeg har funnet det nødvendig å hjelpe bekjente av meg som går under behandling av spesialister. Dette, ha omtanke for mennesket som helhet, synes å være en alt for lite utbredt egenskap.

Men her vil jeg igjen kritisere vår undervisning som nødvendigvis må gi de unge

In order to ascertain and measure the principal causes of early death, calculations have been made of the years of potential life lost by each cause, measured against a life expectancy of seventy and eliminating causes of infant mortality. Years lost due to early death for the five main causes, by this definition, were as follows for 1971:

Cause	Total Years Lost
Motor Vehicle Accidents	213,000
Ischaemic Heart Disease	193,000
All Other Accidents	179,000
Respiratory Diseases and Lung Cancer	140,000
Suicide	69,000

It will be noted that self-imposed risks and the environment are the principal or important underlying factors in each of the five major causes of death between age one and age seventy, and one can only conclude that, unless the environment is changed and the self-imposed risks are reduced, the death rates will not be significantly improved.

**Åpent brev til
Sosialministeren:**

Hvorfor vil så få bli distrikts- leger?

Jeg undres om Sosialministren har stilt seg dette spørsmål? I så fall håper jeg Sosialministeren vil finne det formålstjenlig å svare på ovennevnte spørsmål.

Vi som sitter ute i distrikten, har den senere tid merket at det er blitt vanskeligere og vanskeligere å få søker til distriktslegestillingene. Det er videre flere og flere stillinger som blir lyst ledige, og siste utlysning i 1976 omfattet ca. 35 ubesatte stillinger.

Hva som skjuler seg bak disse tallene, er i dag ingen annen forunt å ane enn de distriktslegene som sitter som vikarer i vakante stillinger.

For å belyse bare en liten del av problematikken, har vi i vårt distrikt utført en enkel arbeidstidsregistrering de siste 9 uker av 1976 (inkludert juleukken som har gitt legene noen kjærkomne fridager).

Arbeidsforholdene kan beskrives slik:

- 8000 mennesker,
- 3 leger ved to kontor,
- 3-delt vakt,
- 4 ukers venteliste for ikke-akutt syke pasienter.

Timetallene for distriktslegen så slik ut for uke 45-53 (6 hele fridager i julen er inkludert i utregningene):

Arbeidstimer	490 timer
Passiv vakt	302 "
Fritid	720 "
Sum 9 uker	1512 timer



Dersom man regner litt på dette, finner man at distriktslegen har ved 3-delt vakt (arbeidstid registrert over 3 vaktcycler) hatt en gjennomsnittlig arbeidsuke på 57,7 timer, eller gjennomsnittlig 7,8 timer arbeid hver eneste dag i de 9 ukene. Det tilføyes videre at en del av dette arbeidet er utført utenfor vanlig arbeidstid og i helgen.

Gjennomsnittlig passiv vakt pr. dag blir 4,8 timer, slik at distriktslegen i disse 9 uker har vært bundet av sitt arbeide 12,6 timer hver eneste dag. Sett med distriktslegens fa-

milie sine øyne, så hadde distriktslegen gjennomsnittlig 11,6 fritimer pr. døgn de siste 9 uker i 1976. Hva dette betyr for distriktslegen og hans familie (for distriktslegen har også familie, Sosialminister!), kan vel alle tenke seg.

Hvordan forholdene er i mange andre distrikt hvor der er bare en eller to leger, kan med letthet utregnes.

Undres Sosialministeren fortsett over hvorfor det er så få som vil bli distriktslege?

Eggesbønes, 19.01.77

Bjørn Martin Aasen

Primærhelsetjenesten i Troms fylke

Utdrag fra foredrag av fylkeslege Asbjørn Haugsbø

Nord-norsk oljeråd har hatt konferanse om sosialpolitiske spørsmål knyttet til petroleumsvirksomhet i nord, og fylkeslege Asbjørn Haugsbø holdt der et meget tankevekkende innlegg om synspunkter på petroleumsvirksomheten sett fra helsektorens side. Vi skal her ikke ta med det spesielle som angår petroleumsvirksomheten, men koncentrere oss om fylkeslegens syn på primærhelsetjenesten i fylket pr. i dag.

Artikkelen understreker den krisen vi kan komme i relativt snart dersom ikke forholdene blir lagt til rette slik at søkeringen til distriktslegetjenesten igjen blir økt.

Redaktøren har inntrykk bare fra Møre og Romsdal, og presis den samme trend har gjort seg gjeldende her. Så vidt avisene har kunnet berette er det også store problemer i Finnmark fylke. Det ser derfor ut som dette er et landsomfattende problem.

Jeg overlater nå ordet til fylkeslege Asbjørn Haugsbø som, etter å ha drøftet en del spesielle problemer i forbindelse med petroleumsvirksomheten, går inn på primær-helsetjenesten:

"Når det gjelder primærhelsetjenesten, er imidlertid utsiktene langt fra lyse. Nøkkelpersoner i helsetjenesten i Nord-Norge er distriktslegene. Disse ivaretar både offentlige gjøremål og har ansvar for å yte befolkningen legehjelp. Mens tilgangen på distriktsleger var god fram til 1960, har forholdene senere vært meget vanskelige med unntak av en kortere periode.

Utviklingen framgår av figur 1.

Fra ca. 1962 og fram til 1970 var det en konstant legemanget. Det ble iverksatt en del stimuleringstiltak. Samtidig

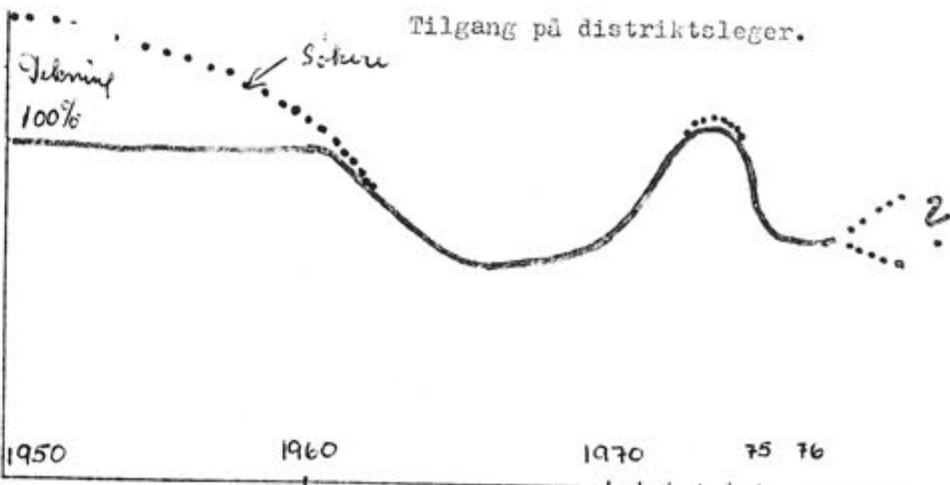
økte tilgangen på leger, og det ble i slutten av 60-årene og begynnelsen av 70-årene skrevet og talt mye om betydningen av å oppruste den primære helsetjenesten. Det ble en bedring i tilgangen på distriktsleger i fra ca. 1970 - 71. Dette holdt seg framover i 1973 og delvis i 1974. I begynnelsen av 1974 var således alle distriktslegetillingene i Troms besatt. Imidlertid har situasjonen blitt betydelig forverret igjen de siste 2 år. Av 34 distriktslegetillinger i fylket har det til stadighet vært 6 - 8 stillinger som har stått ubesatt. I løpet av de 2½ siste årene har i alt 24 distriktsleger sluttet. Med unntak av to distriktsleger som hadde tjenestegjort i henholdsvis 9 og 7 år, hadde de andre vært i tjeneste bare 2 - 4 år. Noen hadde kortere tjenestetid og sluttet allerede etter $\frac{1}{2}$ - 1 år. Situasjonen har blitt ekstra vanskelig ved at det har vært dårlig søkering til de ledige stillingene. Enkelte av disse har vært kunngjort flere ganger før noen søker har meldt seg. Stillingene har ofte stått ledig mellom $\frac{1}{2}$ og 1 år, og enkelte enda lenger. Legetjenesten har blitt dekket

ved at distriktslegen har måttet betjene nabodistriktsene, dels ved at turnuskandidater har blitt plassert i ledige distrikter. Dette er en absolutt nødløsning idet turnustjenesten skal være en del av legenes utdanning og skal avtjenes under veiling av en distriktslege. Legenes arbeidsbyrde har blitt urimelig høy, og de har vært nødt til å foreta en meget hard prioritering for i det hele tatt å få gjort det viktigste. De fleste distriktslegene som har sluttet, har søkt til sykehus for å få spesialutdanning. I bare noen få tilfeller har legene søkt andre distrikt sydpå eller begynt i privatpraksis.

Primærhelsetjenesten i fylket er således inne i en meget vanskelig periode, og dersom ikke noe drastisk blir gjort for å bedre på dette, er det grunn til å frykte for totalt sammenbrudd.

En del av årsakene til den dårlige legedekningen kan skisseres slik:

1. Hardt arbeidspress. 70-80 timers arbeidsuke er vanlig. Arbeidsbyrden er særlig stor ved ledighet



i nabodistrikt.

2. Ukontrollert arbeidstid. Arbeidsdagen blir oppstykket, og det blir adskillig nattarbeid. Distrikthelsetjenesten taper i konkurransen med sykehusene hvor det er ordnede arbeidsforhold.
3. Faglig isolasjon. Dette er særlig tilfelle i enlegedistrikten.
4. Familien belastes sterkt med bl.a. telefonvakt og forsømmes på grunn av legens harde og uregelmessige arbeidstid.
5. Store utgifter og mye arbeid til administrasjonen av en tidmessig praksis.
6. Intet ansvarlig organ for legetjenesten. Distriktslegene står selv ansvarlig for drift og administrasjon av sin praksis.

Hva bør så gjøres for å redde primærhelsetjenesten?

1. Ansvarlet for primærhelsetjenesten må fastlegges ved lov. Sykehustjenesten er som kjent sikret ved at fylket gjennom sykehusloven har ansvaret for planlegging, utbygging og drift. Utgiftene fordeles mellom folketrygden og fylkeskommunen. Jeg ser det slik at det er absolutt nødvendig med en lignende ansvarsforankring når det gjelder primærhelsetjenesten. Det bør derfor komme en lov som fastslår at det er kommunens plikt til å planlegge, utbygge og drive denne del av helsetjenesten. En slik ordning bryter sterkt med den praksis vi har hatt hittil. I midlertid har det vist seg at den nåværende ordning ikke fungerer og at systemet holder på å bryte sammen. Med de økte oppgaver som primærhelsetjenesten må ta seg av i fremtiden, ikke minst når det gjelder forebyggende helsearbeid og bedriftshelsetjenesten, blir det stadig større behov for en lov som kartlegger ansvaret både for organisasjonen og den økonomiske siden av tjenesten.

2. Flere offentlige legestillinger. Med noen få unntak blir den primære helsetjeneste i Troms fylke utført av offentlige leger, dvs. distriktsleger. For at arbeidsforholdene skal bli forsvarlige, er det nødvendig å styrke tjenesten med å opprette adskillig

flere stillinger. Det er i dag tilsammen 58 leger som har sin virksomhet i primærhelsetjenesten. Av disse er 34 distriktsleger, 13 er turnuskandidater og 11 driver privat praksis, se tabellen.

3. Ordnede arbeidsforhold. kortere arbeidstid.
4. Bedre arbeidsforhold. Bedre kontor som må være fullt utstyrt. Tilstrekkelig hjelpepersonell (legesekretærer, kontorhjelp).

varlig tjeneste. Det er mulig at tallene er for lave.

Det antall personer som er nødvendig for å bygge ut en virkelig god primærhelsetjeneste, er i virkeligheten ikke høyt. Det som er nødvendig, er å bygge opp et apparat hvor disse menneskene kan utføre sitt arbeid. Hvordan den framtidige primærhelsetjeneste i Troms fylke bør være, er grundig gjennomtenkt. Helseplanen som ble vedtatt i 1974 har fastslått at hver kommune i fylket skal være eget lege-

Primær-helsetjenesten og sosialsektoren.

Personell.	1976	Behov ^{x)}	Økning
Distriktsleger	34		
Turnuskandidater	13	{ 85	
Privat praksis	11		
Sum leger	58	85	27
Helsesøstre	47	85	11
Distriktsjordmødre	12	12	
Fysioterapeuter	ca. 50	70	20
Legesekretær, kontorsøster	ca. 40	70	30
Kontorpersonell (off. helsearbeid)	5	25	20
Hjemmesykepleien	65	110	45
Sosialsektoren	68	99	31
Totalt	345	529	184

x) Etter langtidsbudsjettet 1976-81.

Ut fra en nøktern beregning om at det bør være 1 praktiserende lege pr. 2000 innbyggere, og ut fra de forhold at det i en del distrikter i fylket er nødvendig med 1 lege i kommuner med ca. 1500 mennesker, er det beregnet et behov på ca. 85 leger i den primære helsetjenesten. Dette betyr at vi skulle trenge 27 flere leger. Det vil ta en tid å utbygge denne tjenesten, men det vil være realistisk å ta sikte på å komme fram til dette tallet f.eks. i 5-års perioden fram til 1981. Den planlagte petroleumsvirksomheten i Nord-Norge understrekker bare betydningen av å skynde fram denne utbyggingen.

Tabellen viser at det innen den primære helsetjeneste og sosialsektoren er nødvendig å øke antallet ansatte fra 345 til 529 i 5-års perioden. Dette er en økning på vel 50%. Beregningen er meget realistisk og basert på det som vi i dag mener bør være en for-

distrikt og ha sitt eget helse- og sosialsenter. Størrelsen skal tilpassen folketallet og de geografiske forhold. En rekke funksjoner krever så pass spesialisert personell eller store ressurser at man ikke kan ta sikte på å bygge ut disse i alle kommunene. Det er derfor foreslått at fylket skal deles inn i 7 større helseregioner som hver har et såkalt hovedhelsecenter. To av disse hovedhelsecentra vil bli ferdig i 1977, og de andre er under planlegging. Hovedproblem i dag er at det ikke finnes noen lov om primærhelsetjenesten som sikrer økonomien ved drift av disse sentra. Den gammeldags distriktslejetjenesten hvor legen har små kontor og sparsomt med hjelpepersonell, har vært en billig form for helse-tjeneste og finansieres av legens honorar fra folketrygden. Et moderne helsecenter

EN ANNEN TEKST KAN VÆRE:

Dette er altså løsningen på landets helseproblemer



Ett helikopter = 100 menneskeliv

I 1970 tok NAFs søsterorganisasjon i Tyskland ADAC initiativet til å opprette en prøveordning med legebeermannet ambulansehelikopter i Vest-Tyskland. Ordningen ble en så stor suksess at det i dag er 20 legeheli-koptere i landet. Man regner med at hvert helikopter redder minimum 100 menneskeliv årlig. Den norske legen Jens Moe som var en av initiativtakerne til legeambulansen ved Ullevål sykehus, begynte i fjor høst sammen med NAF å arbeide for et prøveprosjekt med legeheli-kopter i Norge. I sommer tjenestegjorde han ved ett av helikopterne i Vest-Tyskland.

Et nytt forslag.
Medlemmer av Den Norske Legerforening har ikke lov til å reklamere for sin virksomhet. Utposten har tidligere gått ut mot kolleger som på en utilbørlig måte reklamerer for sin egen spesialistpraksis. Vi mener den norske legen Jens Moe skal få plass i samme kartotek.

Vi oppfordrer alle leger til å lese om hvor mange menneskeliv som ble reddet i nærheten av Hannover mens Jens Moe var i helikopteret.

Skal vi være helt ærlige så ønsker vi oss et helikopter her ute også, men det tør vi jo nesten ikke si.

Red.



Stortingets spørretime 03.11.76

Spørsmål 16.

Thor Listau: Jeg skal få lov å stille følgende spørsmål til sosialministeren: "Det er i dag en prekær mangl på distriktsleger med den følge at mange distriktslegestillinger står ubesatt. Dette gjelder særlig i Nord-Norge.

Hva vil Regjeringen gjøre for å dekke det akutte behov for distriktsleger, og hva kan man på lengre sikt gjøre for å bedre tilgangen til distriktslegetjenesten?"

Statsråd Ruth Ryste: Det er riktig som representanten Thor Listau har påpekt i sitt spørsmål, at vi for tiden har et relativt stort antall ledige distriktslegestillinger. Av landets henimot 600 kombinerte distriktslegestillinger - dvs. at heldags distrikts- og stadslegestillinger ikke er medregnet - har for tiden 24 vært kunngjort ledig uten at det har meldt seg søker. 12 av disse stillinger finner man i de tre nordligste fylker. Av 13 stillinger som ble lyst ledig med søknadsfrist 18. oktober i år, meldte det seg søker til 12. Til halvparten av disse stillingene kom det bare enkeltøkere, mens antall søker til de resterende 6 stillinger varierte fra 2 til 9.

Situasjonen er med andre ord kanskje ikke fullt så prekær som representanten Listau gir uttrykk for. Man har opplevd tilsvarende svingninger i ledighet og søkning til det offentlige legevesen flere ganger tidligere, og et tilbakeblikk viser at denne del av helsetjenesten alt i alt har hatt god rekryttering også i tider da legemangelen var langt mer følbar.

Dette betyr imidlertid ikke at departementet lukker øynene for at det kan være trekk ved dagens situasjon

som kan gi grunn til en viss bekymring. Legedeckningen totalt sett har bedret seg betraktelig de senere år, men det er oppstått et tydelig misforhold mellom tallet på søker til ledige sykehushuslegestillinger og til ledige distriktslegestillinger. Dette faktum gjenspeiler antageligvis bl.a. den omstendighet at det eksisterer et tilsvarende misforhold mellom arbeidsvilkårene for henholdsvis sykehushusleger og distriktsleger.

De nye årsklasser av leger som nå representerer den nye rekruttering, prioriterer ordnede arbeidsforhold og rimelig arbeidstid langt høyere enn den forrige generasjonen av leger gjorde. Distriktslegetjenesten er i mange deler av landet fortsatt den mest byrdefulle form for legetjeneste, og kommer derfor for tiden til kort i konkurransen om de nye leger.

Fra Sosialdepartementets side kan det i forbindelse med spørsmålet være grunn til å presisere at man ser på distriktslegetjenesten som en uhyre viktig del av vår helsetjeneste, og at man er innstilt på å styrke denne tjeneste og bedre dens arbeidsforhold både på kortere og lengre sikt. Et uttrykk for en slik vilje vil man finne i forslaget til statsbudsjettet for neste år, hvor det er ført opp 33 nye distriktslegestillinger - 10 flere enn de høyeste forslag hittil i etterkrigstiden - og slik at de mest vanskeligstilte distrikter blir tilgodesett. Når disse stillinger blir besatt, vil man i inneværende fireårsperiode ha fått over 100 nye distriktsleger.

Selv om man samtidig har hatt en økende etterspørsel etter deres tjenester, er det uten videre klart at dette representerer en bety-

delig innsats fra det offentliges side for å styrke distriktslegetjenesten og samtidig lette arbeidsbyrden for disse leger. Jeg er klar over at denne innsats må fortsette, og departementet er innstilt på det. Departementet er også innstilt på å overveie andre tiltak som kan bedre arbeidsforholdene for våre distriktsleger bl.a. når det gjelder kontorhold og kontorhjelp. Disse spørsmål synes det imidlertid rimelig å ta opp på et bredere grunnlag i forbindelse med utarbeidelsen av forskriftene til planleggingsloven - midlertidig lov av 8. juni 1976 om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon.

Ser man disse bestrebelsene i sammenheng med den økte tilgang på nyutdannede leger, fremgår det at det relativt snart, antar jeg, vil være mulig å snu den bølge som for tiden har skapt de vanskeligheter representanten Listau har pekt på.

Thor Listau: Jeg takker for svaret. Jeg er glad for at departementet legger stor vekt på denne sak. Jeg må imidlertid si at det å opprette 33 nye distriktslegestillinger i grunnen ikke hjelper så mye når man ikke får besatt allerede eksisterende stillinger, og når situasjonen i mitt fylke, Finnmark, i dag er den at man har 6-7 stillinger som ennå ikke er besatt, etter de opplysninger jeg har fått.

Mitt tilleggsspørsmål til statsråden er: "Kan statsråden tenke seg noen konkrete tiltak som på kort sikt kan bidra til å få besatt noen av de ledige distriktslegestillinger - særlig i Nord-Norge?"

Statsråd Ruth Ryste: Som jeg nevnte i mitt første svar, arbeider vi med å styrke distriktslegetjenesten bl.a. ved å opprette nye stillinger og ellers ved andre tiltak som bl.a. gjelder kontorforhold. Jeg tror også at dette å gjøre stillingene

mer attraktive, kan være en vei å gå når vi nå oppretter flere stillinger. Ved å få ordnede forhold rundt distriktslegetjenesten, gjør vi stillingene mer attraktive, og jeg vil tro at det kan være et incitament for legene til å søke til denne delen av vår helsetjeneste.



Stortingets spørretime

Status presens pr. 1.1.77:
Helsedirektoratet opplyser at det ved årsskiftet er 40 unngjorte ledige distriktsstillingar. Derav er ca. halvparten kunngjort tidligere uten å få søker, mens den andre halvparten av de ledige stillingene til dels har fått søker. I 9 distrikt vil det våren -77 være turnuskandidat i særpllassering, hvilket betyr at distriktene ikke er bemannet av andre leger, og at håpet om å få tilsatt distriktslege snarlig er minimalt. I tillegg til de kunngjorte stillingene er det selvfølgelig en rekke stillinger som ennå ikke, av forskjellige grunner, er kunngjort. Helsedirektoratet bekrefter at prosenten av distriktsstillingar som ikke er besatt, i dag er høyere enn på lang tid. Det er intet som viser på at denne utviklingen snur seg.

I dette innlegget er det ikke meningen å spekulere over hva årsakene til denne stellingsflukt kan være. La oss heller peke på hva som på kort sikt burde kunne gjøres for å bedre forholdene:

1. Beskrivelse av distriktslegenes arbeidssituasjon. Det burde være et klart ansvar for Sosialdepartementet å analysere distriktslegenes situasjon. Offentlige Legers Landsforening har selv tatt initiativet til å beskrive arbeidsbelastning qua arbeidstid blant distriktslegene, men utover dette har vi bare spredte skrik og rapporter som forteller i hvilken ustrukturert og krevende stilling han ofte står.

Les: Oppsigelse, av Kjell Andenæs i UTPOSTEN nr. 9/73,

Vurdering av en del problemer innen primær helsetjeneste, av K. Bothne i UTPOSTEN nr. 4/74, Helsestellet i Masfjorden kommune, av Kari Neverlien i UTPOSTEN nr. 2/75 og Distriktslegenes arbeidssituasjon, av Per Wium i UTPOSTEN nr. 8/76. Det er åpenbart for alle at moderne diagnostikk og behandling, forventningseksplosjon, reduserte egenutgifter ved sykdom og pasientenes medbestemmelseskrav har gjort arbeidssituasjonen vesentlig vanskeligere gjennom de siste år. Distriktslegenes familie stiller også større krav, og han selv sammenligner seg med sykehushleger og andre yrkesgrupper som har fått arbeidsforhold som gjør at de kan realisere andre sider av seg selv enn bare inntjeningsvennen.

2. Det er vel like klart ansvar for Sosialdepartementet å rydde opp i den administrative struktur som distriktslegene skal arbeide under. Informasjon, planlegging, koordinering, kontroll og rådgivning fra Helsedirektoratet og fylkeslegene med tilsvarende påvirkning fra distriktslegene til de sentrale organer er tilfeldig, ofte neglisjert, og nærmest best karakterisert ved sin mangel på struktur.

Lov om utførelsen av de offentlige legeforretninger med sine instrukser er foreldet, og stiller hele etaten i et latterlig lys. Karrierestruktur og yrkesmessig utvikling er likeledes tilfeldig, helt fra fylkeslegenes kurs for turnuskandidater, til fylkesvise møter med de offentlige legene, og Helsedirektoratets

møte med de offentlige leger om våren.

3. Det burde være Helsedirektoratets oppgave aktivt å medhjelpe til å beskrive hva offentlig helsearbeid er. I tillegg til å drive almenpraksis er de fleste offentlige leger engasjert i samfunnsmedisin, og tiden er for lengst moden for å definere det faglige grunnlag for denne virksomhet. Selv om Kurs for offentlige leger har fått en imponerende oppreisning de siste par år, og en distriktslege endog fikk anledning til å ta kurset for annen gang høsten -76, er det langt igjen til en videre- og etterutdannelsesplan for de offentlige legene.

VEAP-rådet har gjort et imponerende arbeid med å strukturere videre- og etterutdannelsen i almenmedisin, mens Helsedirektoratet, tross årvisse påminnelser fra Offentlige Legers Landsforening, nærmest har latt det skure for samfunnsmedisinens vedkommende. Willumsenkommitéens forslag om spesialistannerkjennelse i offentlig helsearbeid falt i Legeforeningen i slutten av 60-årene, men dette burde ikke ha vært en unnskyldning for Helsedirektoratet til å slippe interessen for en så viktig del av etatens utvikling.

4. Det burde være et klart ansvar for Norske Kommuners Sentralforbund å informere kommunene om deres ansvar når det gjelder å legge til rette for holdene for en anstendig helsetjeneste. I alt for mange kommuner venter kommunedirektoratene at distriktslegen skal ta på seg å drive hele hel-

setjenesten alene, og på tross av at kommunene har utvetydige forpliktelser vedrørende bolig og kontorforhold, må alt for mange distriktsleger forhandle med kommunene for å få sine rettmessige krav oppfylt. At distriktslegen i så måte står i en sørdeles uhedlig og sårbar situasjon, sier seg selv i de små distrikter hvor han ofte er alene og yter kommunen kontinuerlig legevakt med tilsvarende store (skattbare) inntekter. De høye bruttoinntektene får kommunen til å tenke at distriktslegen kan bygge hus, kontor og holde personale selv, mens distriktslegen slutter i stillingen etter et par-tre år fordi han ikke er villig til å akseptere den høye risiko ved driftsen av kommunens samlede helsetjenester.

Utover de forpliktelser som allerede er nedskrevet, burde kommunene velvillig påta seg å bemanne et helseråd som kan fungere mer effektivt enn i dag.

"Den gamle distriktslegen satt Boyd over skrivemaskinen og hamret ett etter ett tegn inn i arket med sin krokete pekefinger."

5. Fylkesleger har klare oppgaver når det gjelder helsetjenesten utenfor institusjon på fylkesplanet. I amtslegeinstruksen går det frem at han forventes å visitere de offentlige leger minst en gang om året, men det er vel mange distriktsleger som har vært både 5 og kanskje 10 år i stillingen som ennå ikke har sett fylkeslegen i sin kommune. Fylkeslegen er forventet å arrangere kurs i offentlig helsearbeid for turnuskandidater, og likeledes å arrangere helsepersonellmøter for sitt fylke. - Det ville være å bringe folk i dårlig lys å regne opp alle de fylker hvor så ikke har skjedd.

I denne sammenheng skal hitsettes fra Sosialdepartementets budsjettforslag for 1977, post 10.5: Legehjelp, medisin m.v. (side 76): "Bevilgningen nyttet videre til dekning av reiseutgifter etc. for offentlige leger i anledning av et årlig 1-2 dagers møte, i fylket, arrangert av vedkommende fylkeslege. Det er et stort behov for slike faglige møter, og departementet finner at det bør være anledning til å holde to møter pr. år fra 1977. I enkelte tilfeller

oppstår dessuten behov for å innkalte fylkeslegen til konferanse i departementet. Reiseutgifter i denne anledning forutsettes dekket av den bevilgning." La oss håpe at de faglige møtene ikke utgår på grunn av for mange reiser til departementet.

6. Den Norske Legeforening har flere ganger uttrykt sin tilslutning til den videre utbygging av det offentlige legevesen, i alle fall når det har vært snakk om alternative oppgjørsordninger for den primære helsetjeneste. Ingen tror vel at et fast lønnssystem kan løse alle problemer innen den primære helsetjeneste, men det er faktisk noen som fortsatt tror at man i den fremtidige helsetjeneste kan klare seg med det stykkprissystem som i dag eksisterer. Forståelsen for primær helsetjeneste og offentlig legevesen er i dag sterkt forbedret innen legeforeningen. Det er å håpe at legeforeningens sentralstyre i 1977

vil slåss for bedre bemanning og en mer hensiktsmessig oppgjørsordning for den primære helsetjeneste med den samme entusiasme som de i den senere tid har slåss for sykehushuslegenes lønnskrav, arbeidstid og arbeidsforhold.

Det er langt, langt igjen før helsetjenesten utenfor institusjon kan konkurrere med institusjonene om leger. Den frihet og selvstendighet en vinner i helsetjenesten utenfor institusjon, blir mer enn oppveiet av karrieremessige, arbeidshygieniske og kanskje endog økonomiske fordeler ved å arbeide i en institusjon. Hvis nå veksten innenfor sykehussektoren blir effektivt bremset, hvilket dog noen tviler på, kan vi risikere å få en opphopning av de dårligst kvalifiserte, i alle fall for almenmedisinen dårlig motiverte, leger rundt i distriktene.

Det ville være sorgelig hvis distriktshelsetjenesten skal opprustes på den måten.

Harald Siem.



Fornyelse av abonnement

sjyre i september 1976. Disse har fått dette godskrevet for 1977, og de aller fleste har fått beskjed om det.

Når vi likevel har lagt inn en postgiroinnbetalingsblankett i alle eksemplarene av dette nummer, er det fordi det er enklest for oss, og fordi fravær av blankett ikke kan tas som sikkert tegn på at man tidligere har betalt for 1977. Blanketten kan gå tapt i postekspedisjonen.

VI HÅPER PÅ EN SNARLIG INNBETALING.

Vi tillater oss å innkreve bladpenger for 1977. Det gleder sikkert leserne å se at UTPOSTEN også for kommande år kun koster kr. 50,- som fra første år! Det har ikke vært nødvendig med noen prisøkning på grunn av det økende antall abonnenter. Men et stort antall abonnenter hjelper lite hvis de ikke betaler sine kr. 50,-; og det fordyrer bladet vesentlig hvis vi er nødt til å innkreve ved purringer.

Mange abonnenter betalte abonnementet for 1977 da vi sendte ut vår vervingsbro-

XVII NORDISKE EMBEDSLÆGE-KONFERENCE

25.—28. AUGUST 1977

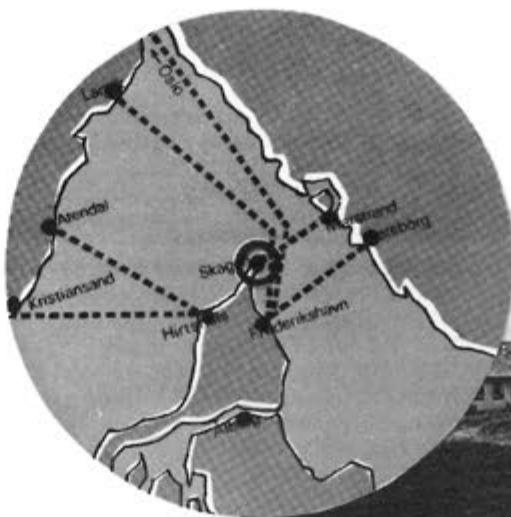
I SKAGEN — DANMARK

KONFERENCE-SEKRETARIAT:

KREDSLÆGE HENRIK HAMBURGER

SMALBYVEJ 37 · DK 9700 BRØNDERSLEV

Telefon (08) 82 07 60



Offentlige Legers Landforening

Inkognitogt. 26, OSLO 2



Vedrørende legevaktstjenesta. Undertegnede ønsker at OLL tar opp følgende problem med den Norske Lægeforening til løsning ved neste tariffrevisjon.

O Godtgjøring for hvilende legevakt i primærhelsetjenesten.

B. Korrigering av Normaltariffens overtidsbestemmelser slik at disse samsvarer med arbeidstidsbestemmelsene ellers i samfunnet.

C. Innføring av egen takst for arbeide mellom kl. 24.00 og 07.00.

Begrunnelse:

A. I utkant-Norge hviler ansvaret for primær legevakt stort sett på distriktslegerne. I små distrikter hvor geografiske forhold gjør større vaktarbeide vanskelig, blir vaktbelastningen meget stor. Spesielt de siste årene etter innføring av mobiltelefon kan beredskapen holdes høy døgnet rundt. Beredskapen går ofte i stor grad utover familien

og hindrer et normalt familieliv. Fortjenesten kan bli symbolsk p.g.a. liten pasienttilgang. Distriktslegerlønnen dekker ikke stort mer enn lønn for den tid som går med til det offentlige helsearbeidet, sett i relasjon til lønnsskalaen for bedriftsleger. Dette er blitt spesielt klart de siste årene med økende krav til helserådsarbeidet og økende møtevirksomhet, samtidig som helserådet ikke har fått økende bemanning. Ved godtgjøring for beredskapsvakt i primærhelsetjenesten vil det bli lettere for små distrikter å lønne turnuskandidat. Flere leger vil kunne slå seg ned i små distrikter og dermed hindre for ofte flytting samt gi tilfredsstillende arbeidsvilkår. Gjenytelsen fra legestanden må være døgnkontinuerlig vaktberedskap. Dette er en ting jeg tror vil presse seg frem gjennom oponionen likevel. Ved å fremme denne saken vil vi kunne påpeke det store

udekkede behov for leger i primærhelsetjenesten i en tid hvor enkelte er redd for overproduksjon av leger. Vi har i Ullensvang ledistrikt gjennom 3 år opprettet holdt døgnkontinuerlig beredskap med bemanning fra 1 til 3 leger. Sommerens tragiske ulykker har klart vist nødvendigheten av dette, men økonomiske endringer som ovenfor antydet, er sterkt ønskelig.

Vedr. B. Ingen begrunnelse skulle være nødvendig.

Vedr. C. Arbeide i det nevnte tidsrom har som regel følger for ens arbeidskapasitet den påfølgende dag. Den derav nedsatte inntekt bør kompenseres med høyere takster for nattarbeide.

5774 Lofthus, 1.12.76

Med hilsen
Arne Holme
distriktslege

Legemidler og bruken av dem

En lærebok i farmakologi og farmakoterapi for sykepleiere
v/Per Flatberg og Knut Næss

Dette er boken vi lenge har savnet. Medikamentlære står for de fleste som tungt og vanskelig stoff, særlig idag da en har så mange forskjellige stoffer å tilby. Den nevnte boken på 422 sider, da beregnet stikkordsregister, register over latinske medisinske uttrykk, er inndelt oversiktlig, ikke etter medikamentgruppene, men etter sykdommene. Slik blir boken interessant å lese, en forbinder hvert enkelt medikament til en sykdom i stedet for å ordne dem i kjemiske grupper. Dessuten har boken en generell del der det er tatt med

endel historikk, oppbevaring og holdbarhet av legemidler, legemidlers virkningsmekanisme, om dosering, feil bruk o.s.v.

Stoffet i boken virker ikke sammenstrengt, der er god avstand mellom de forskjellige kapitler, og marginen er bred slik at det er plass til egne notater.

Den er ideell både som lærebok og som oppslagsbok i farmakologi og farmakoterapi.

Utgitt fra Fabritius Forlag, pris kr. 62,50.

Inger Lyngvær
helseøster i Aukra

Primærhelsetjenesten ...

Forts. fra side 3.

vi kommer så langt, må vi komme til klar enighet om det skal legges opp til generalister eller spesialister i denne legetjenesten. Hjort legger spørsmålet nærmest fra til diskusjon og sier ellers at "Norge har vært i tvil, men heller mest til generalistleiren". Dette til tross for at tilhengerne av spesialistsystemet så vidt jeg forstår anfører at dette sikrer et høyere faglig nivå.

La oss for all del holde oss til generalistsynet. Systemet med generalistleger ute blant befolkningen har dog lange tradisjoner i vårt land uten at det har bragt det faglige nivå i fare. Derimot har det bragt forsvarlig legehjelp fra til de fjerneste avkroker.

Ser en så på et eventuelt spesialistsystem, fortørn saken seg for meg som en umulighet når hensikten med systemet må være blant annet innen overskuelig framtid å skape et tilfredsstillende organisatorisk

apparat som disponerer et tilstrekkelig stort antall leger for de oppgaver som vil foreligge. Dette uansett statistikk.

En sak for seg er at almenlegen nå som før, må lære den arbeidsteknikk som er nødvendig i generalistarbeidet. Det vil si at han må lære eller læres den metodikk som setter ham i stand til å stille pasientens symptomer opp mot det totale aktuelle sykdomspanorama på en slik måte at han for et for pasienten trygt vis kan bestemme diagnosen og treffe avgjørelser om behandlingen - eller eventuelt komme så langt i det diagnostiske arbeid at tilfellet kan bestemmes som tiltrende henvisning til spesialist i eller utenfor sykehus. Før i tiden hadde vi mange kliniske lærere som maktet å lære fra seg slik metodikk. En får håpe at råsen ikke er utdødd.

Heldigvis ser det ut til at mange av de legesentrene som nå gror opp hva enten myndighetene liker det eller ei, stort sett fører tradisjonen med desentralisert generalist-legetjeneste i distrikte videre. Men det er ønskelig at den utvikling som er i gang, nå snart kommer under en viss styring.

Primærhelsetjenesten ... i Troms ...

Forts. fra side 8.

med gode lokaler, moderne utstyr og hjelpepersonell må bli dyrere i drift.

Beregninger av utgiftene ved de nye helsecentra som blir ferdig med det første, viser at selv om hele distriktslegens inntekt fra folketrygden blir brukt, vil det likevel bli et driftsunderskudd på ca. 100 000 kr. Dette er en uehagelig overraskelse for mange og understreker betydningen av at det snarest mulig må komme en ordning som sikrer driften.

Personlig mener jeg at det beste ville være å få en lignende ordning som er fastsatt i helsestasjonsloven. Ifølge denne dekker folketrygden 75% av godkjente utgifter, mens kommunen dekker de resterende 25%. I et slikt system vil det være naturlig at legene har fast lønn for det arbeid som blir utført i helseenteret. En slik ordning med regulert arbeidstid, vil by på mange fordeler både for pasienter og legene. Ved at arbeidsforholdene legges bedre til rette, tror jeg også at det skulle være mulig å snu strømmen slik at primærhelsetjenesten vil få sin del av den ventede økte tilgangen på leger i årene framover."

Utposten er interessert i å høre om de samme vanskeligheter fra flere fylker, og vi gjerne ha fylkeslegens forslag til løsning av problemene.

Red.

Legevikariat

ledig ved legekontoret Porsanger Helse-tun i Lakselv frem til primo april dette året.

Vikariat også ledig for sommeren -77.

Henv. dr. Harstad el. dr. Somby, tlf. Laks-elv nr. 36.



INNHOLDSFORTEGNELSE 1976

	nr.	s.	
Andersen, S./Vonstad, E..... To sosialsjefer om Stortingsmelding nr.9	1	3	
Andersen, Svein..... Velferdssamfunnet i krise	2	5	
Arctander, Finn..... Enuresis	1	11	
Aune, Trygve..... Legesenteret i Molde	2	3	
Brekke, Dag..... Legemiddelinformasjon til publikum	2	4	
	Infusjonsutstyr	2	9
	På "De 70 000 favner"	2	12
	Normalkontrakten, distriktslege/turnuskandidat	4	3
	Helserådet - en kommunal parasitt som bør bekjempes?	4	9
	Helsevennlig slankekost	4	11
	Utdanning av ambulansepersonell	5	10
	Ny legefortegnelse	5	13
	Et betydelig fremskritt, Diff-Quik	5	14
Borchgrevink, Chr.F..... Ad. Smånytt fra kursfronten	4	13	
	"Farlige menn i hvitt." Bokanmeldelse	1	8
Bøen, Ingmar..... Ambulansebåtproblemer	2	6	
Distriktsleger..... Stortingsmelding nr.9	1	6	
Distriktsleger i Fauske og			
Sørfold..... Stortingsmelding nr.9	3	13	
Ebbing, Alf..... Tvangsmidler ved helserådsvedtak	2	11	
Fugelli, Per..... Legmannsbehandling	5	4	
Fylkeshelsesøstre i Akershus, Møre og Romsdal og Telemark..... Stortingsmelding nr.9	2	8	
Fylkeslegen i Rogaland..... Distriktslegenes kontorforhold m.v.	5	11	
Grøtte, Kristen..... Kurs i psykiatri, Sanderud sykehus	7	4	
Harstad, Herlof..... Studieopphold ved Department of Family Medicine i Madison	6	4	
Hjort, Peter F..... Primærhelsetjenesten - vårt ansvar?	8	3	
Holan, L.D..... "Helsestasjonen alltid i støpeskjeen."	7	3	
Jahr, K.H..... Stortingsmelding nr.9	1	14	
Larssen, Arne Victor..... Stortingsmelding nr.9	3	6	
Lehmann, Egil H..... Styring av aktiviteten i helse/sosialsentra	5	7	
Malde, Kjell..... Mer om skilt	5	15	
Mathisen, Willy..... Enuresis	3	10	
Nakling, Yngve..... Lønnsutbetaling til offentlige leger	4	8	
	Kloakksaker i spredt bebyggelse	4	11
Norum, Per Arne..... Ad. Seyffarth's spørsmål til den etablerte medisin	4	11	
Redaksjonelt..... Turnuskandidater og oppgjør med trygdekontoret	1	10	
	Det rører på seg	4	2
	Arbeidsstudie for offentlige leger	4	10
	Vaksinasjonsrutiner	4	12
	UTPOSTEN-stipend 1976	5	3
	Godt nytt år	1	2
Robberstad, Torleiv..... Per Sundbys foredrag om helse- og sosialsentra	3	8	
	Den gamle distriktslegens jolekveld	8	8
	Kontorleigeavtalar	3	3
Seyffarth, Henrik..... "Farlige menn i hvitt?"	2	10	
	Spørsmål til den etablerte medisin	2	13
Siem, Harald..... "Helsestasjonen alltid i støpeskjeen."			
	Bokanmeldelse	6	13
	Common diseases. Bokanmeldelse	2	10
	En sørgetlig start - SYNAPSE	5	2
	En sørgetlig slutt - SMM	5	3
	De nordiske embetslegemøters fremtid	6	2
	Ivan Illich	6	8
	Harvard School of Public Health	7	7
	"Selvsagt er De syk." Bokanmeldelse	7	15
Skogland, Anton..... Kommunikasjon mellom OLL's styre og medlemmene	3	2	
Skåtun, Jon..... APLF-lokalavdelinger	6	3	
Stokstad, A.C..... Legestatistikk	1	12	
Stueland, Bernt..... "Kamp mot helsefarlig arbeid." Bokanmeldelse	5	12	
Svenning, Øyvind..... "Folkemedisin." Bokanmeldelse	4	14	
Wium, Per..... Nordiska Hälsövårdshögskolan i Göteborg	7	10	
	Distriktsnissen julen 1976	8	2
	Distriktslegenes arbeidstid	8	12
	Turnuskandidater, lønninger og krangel	4	6
	Kurs for almenpraktiserende leger	4	7
	Arbeidstidsforkortelse	1	4
	Medical Recording Service	1	7
	Vårloesning	2	2
	Ambulansebåtførere, forén Eder	2	14
	Smånytt fra kursfronten	3	4
Aasen, K./Brænne, H..... § 4 i teori og praksis. Legemidler.	8	10	

Når et sovemiddel er indisert . . .

Vallergan®

alimemazin

- har uttalt beroligende og søvndyssende virkning
- har en hurtig innsettende virkning ($\frac{1}{2}$ —1 time)
- synes ikke å gi tilvenning
- tolereres godt og gir sjeldent ubehagelige ettervirkninger
- er rimelig i bruk

«Etter vår erfaring synes alimemazin å være et høyst aktuelt og verdifullt alternativ til de tradisjonelle sovemidler ved behandling av søvnvansker hos voksne pasienter.»

E. Øfsti. Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 31 1975

Kostnadskjønner: Komatese tilstander og alvorlige intoksikasjoner. Levereskader.

Bivirkningsar: Desigas, tørhet i munnen, lett hodspino og dyspeptiske symptomer kan forekomme. Cholestastisk icterus, leucopeni, ekstrapyramidale symptomer og agranulocytose er beskrevet i enkelte tilfelle.

Forsiktighetstregler: Ved dosering om dagen kan preparatet forårsake døsigheit. Forsiktighet må derfor utvises ved forakriving til sjefører og folk som betjener maskiner.

Interaksjoner: Alimemazin potensierer virkning av barbiturater og alkohol, og kan gi interaksjoner med antihypertensiva betanidin/guanetidin/ganglionblokkere midler, l-dopa og piperazine.

Pakninger og priser: 30 stk. kr. 11,00. 100 stk. kr. 28,65. 10 x 100 stk. kr. 261,55.

DOSERING

Ved søvnvansker
hos voksne

1-2 tabl (10-20mg)

1/2 time før sengetid



Medicinske informasjonskontor
Sandviksveien 12, Oslo 10, 1522 Hovik

