

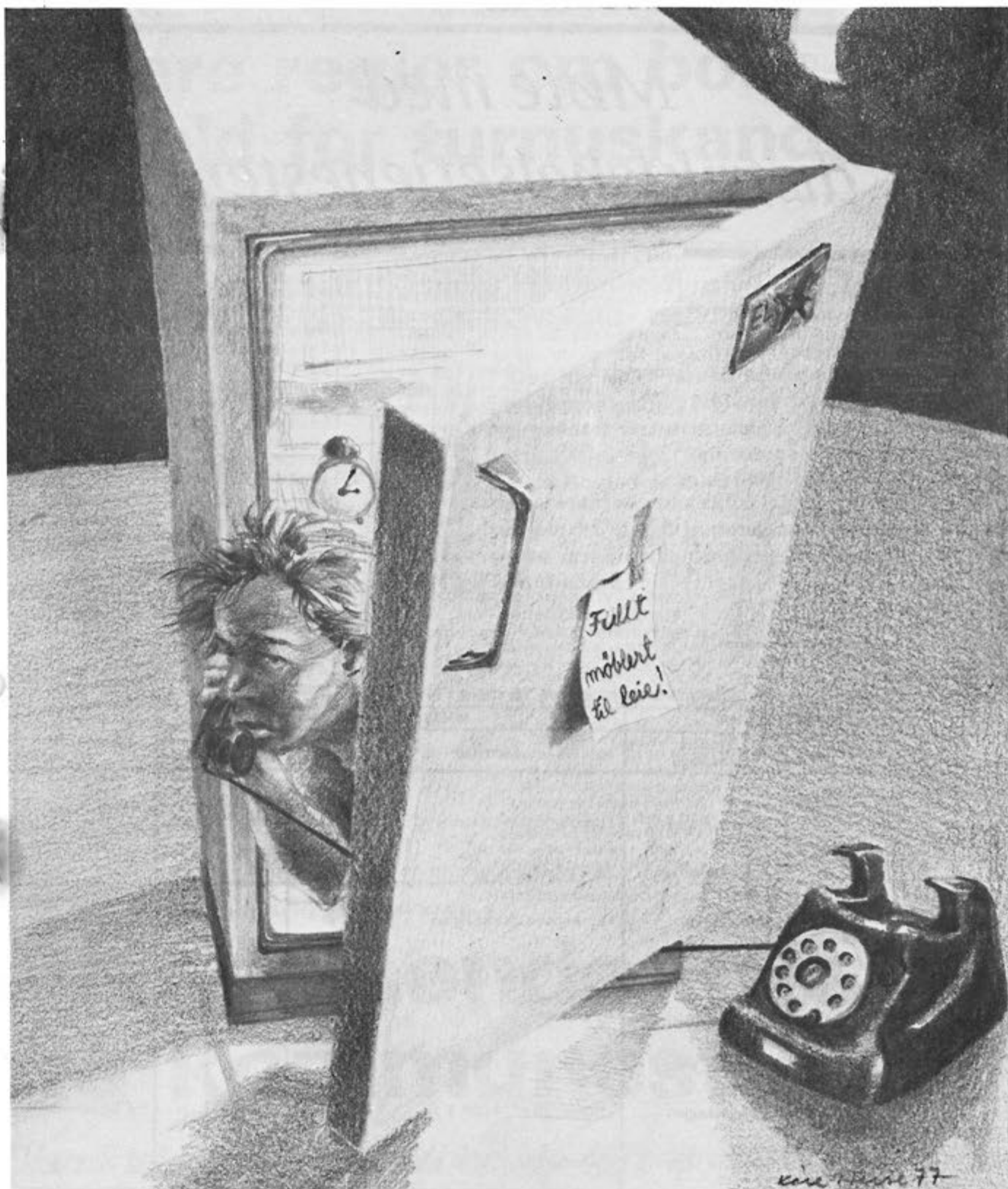
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 2

MARS 1977

ÅRGANG 6



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
7300 Orkanger

Møte med distriktshelsetjenesten

Når et legedistrikt står uten lege, blir nabodistriktslegen konstituert som distriktslege og helserådets ordfører, og individrettet legehjelp blir avhjulpet ved plassering av turnuskandidat i særplassering-som det heter.

15. januar 1977 tiltrådte turnuskandidat i særplassering i Gjemnes kommune, og oppdaget at distriktslegen som bodde langt borte, snart skulle slutte, og at boligforholdene var langt under det han hadde forestillet seg under "fullt møblert bolig", slik som utlyst i listen over distrikter som ønsket turnuskandidat.

Etter henvendelse til distriktslegen, helsedirektoratet og kommunen, ble boligforholdene bragt i orden. Da det måtte brukes hasteparagraf for å bevilge de påkrevete møbler, ble det utbedt en skriftlig henvendelse til formannskapet. En slik skriftlig henvendelse ble utferdiget med god begrunnelse, på en måte som de aller fleste som har lest den, finner rimelig. Som utklipp av lokalpressen, ja, liketil Adresseavisen viser, syntes enkelte kommunestyrerepresentanter at turnuskandidaten var utidig når han gjorde oppmerksom på de gjeldende avtaler og sine krav, og pressen støt-

tet godt opp.

Distriktslegene på Nordmøre gav uttrykk for sin kollegiale støtte og pekte på at lignende bevisste misforståelse hadde kommet frem i lignende saker flere ganger tidligere. Turnuskandidaten fikk all mulig personlig støtte, noen rådet ham til å reise fra distriktet.

Distriktslegene valgte i midlertid først og fremst å gripe fatt i det prinsipielle ved situasjonen, og skal ha ros for sitt åpne brev om legekrisen på Nordmøre som gjengis nedenfor.

Distrikter som ønsker turnuskandidater fra 15. januar og 15. mars 1977

DISTRIKTSOPPLYSNINGER		BOLIGOPPLYSNINGER				Merknader
Distrikt m/adresse	Distrikts/stadslege	Størrelse	Fullt møblert	Eget ktr m/utstyr	Garasje	
MØRE OG ROMSDAL forts.						
Aure 6690 AURE	Ivar S. Kristiansen	Enebolig 114 m ² , 6 rom + kj.	ja	ja	nei	
Averøy 6530 BRUHAGEN	Helge Thomassen	Eldre legebolig 300 m ² , 10 rom + kj.	ja	ja	nei	
Eide/Gjemnes 6490 EIDE PÅ NORDMØRE	Helge Hervold	Henvendelse distriktslegen	ja	ja		Delt tjeneste mellom Eide og Gjemnes legedistrikt
Fræna 6440 ELNESVÅGEN	Svein Tjåland	Enebolig 80 m ² , 4 rom + kj.	ja	ja	ja	Ev. legeektepar
Giske 6050 VALDERØY	Finn G. Birkeland	Ny enebolig	ja	ja		
Halsa 6683 VÅGLAND	Arnfinn K. Melø	Leilighet 70 m ² , 3 rom + kj.	ja	ja		
Haram 6270 BRATTVÅG	Øyvind Haugen	Leilighet 90 m ² , 4 rom + kj.	ja	ja	ja	Ev. legeektepar
Hareid 6060 HAREID	Kjell-Einar Ljones	Rekkehus 85 m ² , 4 rom + kj.	ja	ja	ja	

Dobbeltseng og kjøleskap ikke nok:

Lege truer til seg bolig med nye møbler og utstyr

Av KJELL SANDUM

En turnuskandidat, som skal begynne sin legevirksomhet i Gjemnes kommune på Nordmøre, har forlangt fullt møblert bo-

og dobbeltseng. Det hadde boligen, men legen var ikke fornøyd, og forlangte full møblering.

Trusel

både av Helsedirektoratet og fylkeslegen. Han viser til at dette er en vanlig ordning på Østlandet, bl.a. i Sarpsborg, hvor han sist var ansatt, og hadde fullt møblert

ke om legen virkelig kan komme med slike trusler og krav. Men kommunestyret valgte i stedet å bruke hasteparagrafen og bevilget 10 000 kroner til innkjøp av

- Klare regler om boligforhold for turnuskandidat

Fylkeslege Larsen: Skytsen burde rettes mot meg

Arsaken til at turnuskandidaten sendte dette kravet til kommunen var at han på forhånd var forespillet at boligen skulle være fullt møblert. Ifølge normene fra Helsedirektoratet fra 1965 heter det at slike legeboliger skal være utstyrte med kjøleskap, komfy-

har for befolkningen kan man jo godt tenke seg, og spesielt hvis man heller ikke får ny distriktslege.

Legen skriver videre at oppdaget til sin store overraskelse at leiligheten ikke var møblert, som han på forhånd var lovet

Hårreisende

— Jeg synes brevet er hårreisende, sier Per Bertil Lund (A).

kommunestyret, og mente at kommunen først burde undersø-

legenes ønske.

Boligen inneholdt minimumskravet fra Helsedirektoratet, som går ut på kjøleskap, komfy-

Gjemnes kommunestyre vil ikke la seg diktere

kommunestyremedlem Per Bertil Lund.



— Vel, herr ordfører, får jeg pallsander eller ikke

Det har vært nokså sterke reaksjoner både i Legeforeningen og i Helsedirektoratet etter et par representanters uttalelser i siste kommunestyremøte i Gjemnes. Fylkeslege Arne Victor Larsen sier til Romsdals Budstikke at kommunestyrerepresentantene har skutt på feil person, og beklager sterkt at det rammer en ung mans privatliv og at det i siste omgang kan ramme de syke i kommunen.

Hvilke krav kan en lege sette til en kommune, spurte Lund som samtidig undret seg over hvordan en turnuskandidat kan se på seg selv. Her har kommunen kjøpt inn kjøleskap, komfy og dobbeltseng, men det var øyensynlig ikke nok. En spesifisert liste over krav kommer fra legen. Og det verste av alt: I brevet kommer det også fram trusler om at saken vil bli rapportert om ikke møblene blir innkjøpt, og det kan bety i følge turnuskandidaten at distriktet blir «svartelistet» — slikt kan ikke en kommune godta, fremholdt Lund. Dette gjelder en kategori mennesker som beveger

seg i en høyere lønnsklasse — det er mennesker som samfunnet har hjulpet frem med en kostbar utdannelse. Det er derfor på plass med en viss moderasjon i kravene. Det er imidlertid en sterk organisasjon som står bak legene, og det er tydelig at en skal sloss for de mange særfordeler en har oppnådd gjennom mange år.

Vi øyner imidlertid restene av et gammelt klassesamfunn på dette felt, sa Lund.

Det er tydelig at legene har maktmidlene, det beklagelige er at det ser ut til at de også vil bruke dem, sa Lund.

- Nedslående kritikk fra kommunestyret!

Distriktslege Tjåland: Vi hadde fått til en brukbar ordning

Ordet Fritt
Gjemnes kommune
og legetjenesten

det glatte lag

Åpent brev om lege- krisen på Nordmøre

Undertegnede distriktsleger på Nordmøre har med bekymring registrert den siste tids debatt i enkelte kommunestyre om bevilgninger til distrikthelsetjenesten. Det burde være et ansvar for kommunen å ta seg av distrikthelsetjenesten i likhet med andre kommunale tjenester, da det jo er kommunens befolkning som skal få nytte av den.

I avisenes referater har legene blitt fremstilt som småkonger med skyhøye inntekter og som presser fattige kommuner til å yte personlige fordeler.

Vi tror den katastrofale legegangel på Nordmøre innbyr til konstruktiv tenkning og ikke til utskjelling av de legene som enda er igjen. Det er i dag 16 distriktslegestillinger på Nordmøre. Av disse er 7 ledige. Noen har vært utlyst flere ganger uten søkere, bl.a. en stilling 4 ganger.

Vi tillater oss å slå fast følgende fakta:

1. Distriktslegene har i dag en arbeidstid som går langt utover arbeidstidsbestemmelsens grenser. Et stort antall leger er tvunget til å arbeide 60-80 timer pr. uke for å dekke befolkningens behov for helsetjeneste. Utenom dette har vi et stort antall timer hvilende vakt. For mange blir arbeidsbelastningen stadig større p. g.a. vakante stillinger. Hva dette betyr for den enkelte lege og hans familie, er det dessverre få som forstår. Dette skjer samtidig som en økende del av befolkningen får ordnede arbeidsforhold og arbeidstiden forkortes.

2. Flertallet av legene prioriterer i dag regulert arbeidstid fremfor høy lønn. En antar at dette er den

viktigste årsak til at så få søker seg ut i distrikt.

3. Distriktslegene er i dag lønnet av stat og folketrygd. Det er uholdbart at den offentlige lege alene har ansvaret for distrikthelsetjenesten, også i prinsippet det økonomiske. Distrikthelsetjenesten har tendens til å bryte sammen hvis den offentlige lege forlater distriktet. Ved legekantorene er det også ansatt kontorpersonell som distriktslegene selv lønner, og dette betyr også arbeidsplasser i et næringsfattig område.

4. Kommunens budsjettmessige prioritering er avgjørende for distrikthelsetjenesten i dag. Det er de som søker om opprettelse av nye distriktslegestillinger og som er ansvarlig for bolig og kontorer. Kvaliteten av distrikthelsetjenesten viser i praksis hvordan kommunen budsjettmessig har prioritert denne tjenesten.

Distriktslegetjenesten på Nordmøre er i dag inne i en dyp krise. Stadig flere forlater sine stillinger, og det melder seg få søkere til de ledige. Vi tror derfor at tiden er inne til å bruke energi på å løse problemene i stedet for å drive legehets.

Vi tillater oss å be om:

1. Forståelse for vår arbeidssituasjon.
2. Å bli forskånet for personlig angrep når vi peker på konsekvensene av politikernes prioriteringer og vedtak.

Pasienter, politikere og distriktsleger har et felles mål som vi sammen bør arbeide

de for:

Best mulig distriktshelsetjeneste.

Vi tror dette mål kan nåes ved at:

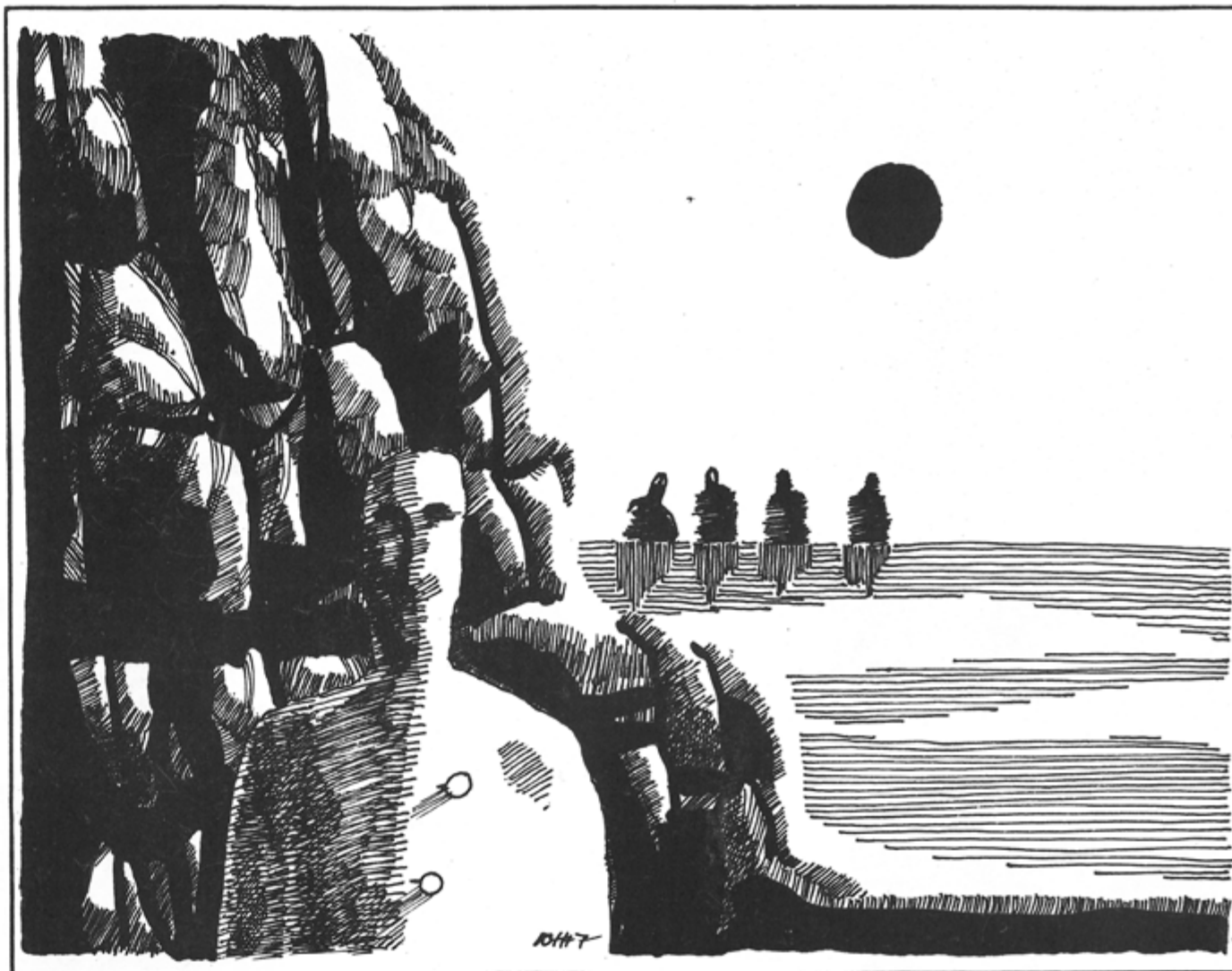
1. Det offentlige overtar det økonomiske og administrative ansvar for distrikthelsetjenesten.
2. Distriktslegene får fast lønn for vanlig arbeidstid, samt ekstra godtgjørelse for vakt med videre.
3. Staten oppretter så mange distriktslegestillinger at vi får normal arbeidstid.
4. Fylkeslegen snarest tar initiativ for å bedre informasjon til publikum og politikere om våre arbeidsforhold.
5. Den norske Lægeforening arbeider for å bedre forholdene og fastlønnssystem for offentlige leger.

Det er pekt på det viktigste som kan gjøres for å motvirke krisen på Nordmøre.

Vi oppfordrer alle ansvarlige myndigheter til å handle NÅ.

Kristiansund N., 22.2.77

Underskrevet av samtlige distriktsleger på Nordmøre: Gløer Halvorsen, Ola Lilleholt, Arnt Ree, Ivar Sønnbø Kristiansen, Halvard Jendem, Arnfinn Melø, Olaf Viksand, Helge Hervold, Helge Thomassen og Per Jakob Bolstad.



Distriktsleger — skriv!

Distriktslegene på Nordmøre har levert et befriende utspill når det gjelder distriktshelsetjenesten. De er blitt lei av rovdrift og prat. De ber om endrede vilkår. De spiller ballen dit den skal, nemlig til våre sentrale myndigheter.

Etter min erfaring er de fleste innsiktsfulle mennesker her i landet meget tilfredse med vårt distriktslegesystem som system betraktet. Med rette. Utlendinger på besøk for å studere helsetjenesten er også begeistret for vår ordning. Men de myndigheter vi burde lite på, har stadig lukket øynene for den skrikende underbemanning

og den manglende tildeling av nødvendige ressurser - tross kunnskap om disse skjeve forhold gjennom de siste 20 år. Når sosialministeren, iflg. UTPOSTENS referat (i nr. 1/1977) fra Stortingets spørretime 3.11.76, synes vel tilfreds med at det er ført opp 33 nye distriktslegestillinger på budsjettet for i år - en dråpe i havet for primærhelsetjenesten i Norge - så kan man fortsatt bare ane det verste.

Det er nødvendig at den aksjonen som distriktslegene på Nordmøre har startet, blir fulgt opp. Det er ingen tvil om at våre politikere er

dårlig informert om hva distriktslegene rundt om i landet egentlig har å gjøre. Hver distriktslege bør nå holde kulepennen klar og skrive saklige og opplysende brev til hver eneste politiker man ser eller hører ytre seg mer eller mindre bort i veggene om distriktshelsetjenesten. Dette må antas å hjelpe en del, for de aller fleste politikere er forstandige mennesker. Men de mangler altså skikkelig informasjon om hvordan sakene egentlig henger sammen.

Derfor skriv!

Strømmen, 3.3.77
Klaus Rambøl

ARBEIDSUTVALGET FOR
PRIMÆRLEGETJENESTEN

Byens befolkning

#

Pop.

Helsestjeneste i lokalsamfunnet.

Legen på plass når vi trenger ham

S.s.n.

Doseres av Bergen kommune

i tilstrekkelige mengder.

Bergen i november 1976

Arbeidsutvalget



Om primærlege- tjenesten i Bergen

Det foreligger nå en innstilling fra et arbeidsutvalg som er nedsatt av Bergen Formannskap 30. april 1975 vedrørende primærlegetjenesten i Bergen. Innstillingen har bedre enn mange tilsvarende dokumenter klart å finne et språk som lett lar seg lese av utenforstående. Med utenforstående mener jeg størstedelen av Norges befolkning, alle de som ikke på grunn av sine verv i utvalg, råd og styre har vendt seg til å bruke begreper som sekundær profylakse, nivåstrukturering og distriktshelsetjeneste like uanstrengt som andre mennesker snakker om smør og ost. Allerede på omslaget (se fig.) understreker arbeidsutvalget at helsetjeneste i lokalsamfunnet doseres av Bergen kommune.

I forordet heter det:

"Utvalget er klar over at den "store dose" medisin som Bergens folkevalgte blir anmodet om å ta i form av vedlagte innstilling, er både lang og bred.

Vi ser imidlertid ikke på innstillingen som et medikament. Den er opplysninger om en sykkelig tilstand, fra pasienten selv og hans primærlege, til spesialist.

Når vi sammenligner primærlegetjenesten i Bergen med et sykt menneske, er det dessverre relevant. Bergen lider av mangel på primærleger. Utvalget har funnet et meget alarmerende bilde. Bergen har for få primærleger til å gi tilstrekkelig behandling.

Mangelen kan bare rettes ved politiske tiltak, og da er de folkevalgte organer den rette spesialist å henvende seg til.

Kapitlet "Sammendrag og konklusjoner" inneholder de mest alvorlige symptomer, og skisser av våre forslag til behandling.

Situasjonen er imidlertid preget av mange betydningsfulle detaljer. Bare en bred fremstilling kan, etter utvalgets mening, gi de folkevalgte enklere adgang til tilstrekkelige opplysninger i tide.

Tilstanden er så alvorlig at utvalget anmoder om raskest mulig saksbehandling."

Utvalget gjør altså kommunen oppmerksom på sitt ansvar for helsetjenesten utenfor institusjon. Dette gjelder så vel planlegging og administrasjon som finansiering. Utvalget regner det som en rimelig målsetning å få 150 leger innen primærlegetjenesten i Bergen innen 1986. Når det tas hensyn til de nåværende legers alder, vil minimumsbehovet være 125 nye leger i løpet av de første 10 år.

Primær helsetjeneste:

Under definisjon av primærlege står det:

"Lege som arbeider utenfor institusjon (sykehus eller lignende). De viktigste grupper av primærleger er almenpraktiserende leger, distriktleger og privatpraktiserende spesialister. Vanligvis kan pasientene henvende seg direkte til

primærlegens kontor."

Det må være en avsporing å inkludere de privatpraktiserende spesialister i primærlegetjenesten. I Stortingsmelding om et regionalisert helsevesen heter det at distriktshelsetjenestens hovedsak bør baseres på almenpraktiserende leger, hva enten disse er privatpraktiserende eller offentlige leger.

Også i Plan for helse- og sosialtjenesten utenfor institusjon for Oslo kommune (1974) holder man fast på at hovedprinsippet for kontakt mellom publikum og helsetjenesten bør være at distrikthelsepersonellet står for den første kontakten. Pasienters og klienters kontakt med spesialister bør skje etter henvisning fra det lokale distriktshelseteam. En ser dette som en sentral forutsetning for at prinsippene om helhet og kontinuitet i behandlingen skal kunne ivaretas, samt som en hjelp til en rasjonell utnyttelse av spesialisters medisinske servicefunksjoner.

Selv om en ikke ser bort fra at spesialister brukt som konsulenter for distrikthelsepersonellet kan komme i direkte kontakt med pasienter som søker deres hjelp, bør det slås fast at en lege som driver spesialistpraksis i de færreste tilfelle er egnet som almenpraktiker. Han mangler den nødvendige bredde i sin utdanning og sitt interessefelt. Privatpraktiserende spesialister som ønsker å drive almenpraksis vil trenge en betydelig omskole-

ring, og må også være villig til å arbeide under samme forhold som almenpraktiserende leger forøvrig. Dette gjelder både økonomiske aspekter, og forpliktelse overfor den befolkning som ligger til grunn for praksis.

I kontrast til sin definisjon omtaler utvalget primærlegens rolle i helsetjenesten på instillingen side 13: "...Men det er, delvis p.g. a. den raske medisinske utvikling og spesialisering, delvis p.g.a. legemangel med ventelister, ganske vanlig at pasientene fortsetter til kontroll ved sykehuset, enten på en poliklinikk tilknyttet vedkommende avdeling, eller som privatpasient hos en av de ansatte leger. Der- som pasienten har flere ulike sykdommer, kan han bli gående som pasient hos flere spesialister på samme tid, uten at noen av disse har full oversikt over pasien- tens medisinske situasjon. Vanligvis vil slike sykehus- leger heller ikke ha større kjennskap til pasientens fam- ilie, boligforhold, ar- beidssituasjon eller andre sosiale forhold av betydning for mange tilstander. Likevel er det helt klart at mange leger i institusjon ønsker å utvikle systemet poliklinisk behandling ved sykehus ytterligere. Blant annet bekrefter foreliggende planer for utbygging av po- liklinikker ved Haukeland sykehus dette.

Men i mange tilfelle vil det være i strid med prinsippet om at pasien- ten i størst mulig grad skal tas hånd om av distriktshel- setjenesten, og i strid med tankegangen om behandling på det ledd i kjeden av helse- tjenesten som representerer det lavest effektive omsorgs- nivå.... Det er etter utval- gets oppfatning derfor vik- tig at man tar hensyn til den totale planlegging av helsetjenesten i og utenfor sykehus i forbindelse med den videre utvikling av primærlegetjenesten. Det er blant annet fare for at leger i fremtiden ikke

vil arbeide innenfor primær- tjenesten, dersom det blir slik at spesialister trekker pasienter bort fra primærle- gen, slik som det skjer en del av. Dessuten er det dy- rere for samfunnet, ikke minst Folketrygden, og syke- huseierne, å sentralisere oppgaver som kan løses minst like godt i lokalsamfunnet."

I avsnittet om sykehusenes polikliniske service på side 77 heter det:

"I kapittel 7 er omtalt sy- kehusenes polikliniske ser- vice og de planer som fore- ligger om en meget stor eks- pansjon av den polikliniske virksomhet ved Haukeland sykehus.

I gjennomsnittet vil en få 3 til 4 ganger større polikli- nisk virksomhet ved dette sykehuset om 7-8 år enn nå. Samtidig forutsetter syke- husplanene for Hordaland og Sogn og Fjordane utbygging av de øvrige sykehus i regi- onen. Blant annet vil Sogn og Fjordane få sitt eget sentralsykehus. Dette fylket vil derfor få et klart redu- sert behov for spesialist- tjenester fra Bergens syke- hus og praktiserende spesia- lister.

Utvalget antar derfor at den voldsomme ekspansjon når det gjelder poliklinisk virk- somhet ved Haukeland sykehus i de kommende år for en stor del tar sikte på å dekke be- hovet for Hordalands befolk- ning. I flere spesialiteter vil fylkessykehusene andre steder i fylket kunne påta seg de aller fleste av de polikliniske oppgaver som skal løses. For en del spe- sialiteter må selvsagt tje- nesten sentraliseres til Haukeland sykehus.

I praksis vil imidlertid servicen i fag som indreme- disin og kirurgi, i det ves- sentlige ha Bergen og Nord- Hordaland som nedslagsfelt. For en del sjeldnere sykdom- mer og undersøkelser vil sy- kehuset selvsagt betjene en større befolkning.

Utvalget sitter igjen med et klart inntrykk av at man har planlagt en svært stor og

meget ressurskrevende poli- klinisk virksomhet ved Hau- keland sykehus for flere spesialiteters vedkommende. Utvalget mener at det er behov for en kritisk gjennom- gåelse av de foreliggende planer for poliklinisk virk- somhet ved sykehusene i frem- tiden. Vi er meget betenkt over en utvikling som kan føre til at økonomiske, ma- terielle og personellmessige ressurser samles i regionsy- kehus, på områder hvor be- folkningen kan være bedre tjent med service fra di- striktshelsetjenesten eller et sykehus nærmere bostedet. Det kan ikke være hverken samfunnsmessig forsvarlig eller riktig overfor den en- kelte pasient å bryte LEON- prinsippet i den videre ut- vikling av helsetjenesten i Bergensområdet eller regi- onen som helhet.

Utvalget anbefaler derfor byens og fylkets myndigheter og de ansvarlige for Hauke- landsutbyggingen å vurdere på ny planen for de store poliklinikker ved sykehuset, i forhold til den nye plan- leggingslov av 1976 og i re- lasjon til den øvrige utbyg- ging av helsetjenesten.

Den betydelige svikt i pri- mærhelsetjenesten som man har hatt i Bergens-området i lengre tid, kan ikke være noen rimelig grunn til å satse på en unødvendig sen- tralisering av pasientbe- handling til et regionsyke- hus.

I forbindelse med revurde- ringen av polikliniktje- nesten ved Haukeland sykehus og øvrige sykehus i området, må en selvsagt også ta stil- ling til hvilken plass de privatpraktiserende spesia- lister skal ha i helsetje- nesten."

12 grunnprinsipper for orga- nisering av helsetjenesten:

Utvalget var kommet til enighet om følgende hoved- prinsipper ved organisering- en av primærlege og helse- tjenesten i Bergen i fremti- den:

Forts. side 13



Vedrørende lege- bemannet helikopter

Jeg takker redaksjonen for å ha kommet i kartoteket for leger med sin egen spesialistpraksis. Jeg vil imidlertid påpeke at jeg ved ingen anledning har påstått at dette er løsningen på landets helseproblemer, at man oppretter et legebemannet ambulanshelikopter.

Man bør imidlertid se dette i relasjon til enkelte andre momenter når det gjelder den akutt-medisinske situasjonen utenfor sykehus.

1. Vi har siden 1963 forsøkt å få myndighetene til å innse viktigheten av å utdanne ambulanspersonellet og andre kategorier av helsepersonell som leger og sykepleiere i akutt-medisin. Det finnes pr. i dag ikke en obligatorisk time for å kjøre ambulanse i Norge. Mange steder kjører man ambulanser utelukkende med sjåfør uten ledsager, og uten noen form for utdanning i førstehjelp. Andre steder kan det selvfølgelig være en bedre lokal tjeneste bygget opp på personlig initiativ. Imidlertid har man så nærme Oslo som i vårt nabolandsdistrikt, nylig ansatt en rørlegger til å kjøre ambulansen uten en eneste time førstehjelp (1977). En lege transportert til ulykkesstedet i samarbeid med slike ambulanser, må sies å være et fremskritt. Man må huske på at en full døgnbemanning av ambulanse med to mann, koster samfunnet ca. kr. 800.000 bare i utgifter og drift av bil.

2. Utdanning av ambulansmannskaper må selvfølgelig komme på linje før man oppretter andre tjenester som denne, det hadde i hvert fall vært ønskedrømmen. Imidlertid synes det som en umulig oppgave å få utdannet alle norske ambulansførere til et tilfredsstillende

akutt-medisinsk nivå for å kunne utføre endelig behandling av respirasjon og sirkulasjon hos pasienten på ulykkesstedet. Både på grunn av økonomi og på grunn av manglende trening etter utdanning i disse tilfelle som isolert sett i hvert distrikt er relativt sjeldne.

3. I noe mere tettbygde strøk vil man i dag opprette bedre og bedre ambulansetjeneste, og mange fylker ser ut til også å ønske seg legebemannede ambulanser i distrikter f.eks. rundt større sykehus. Etter vår mening og erfaring fra legeambulansen på Ullevål sykehus, synes det å være en utopi å stasjonere legebemannede ambulanser utenfor de meget tettbygde strøk, slik som Oslo og kanskje Bergen og Trondheim. Akershus fylke har i sin ambulansplan i tillegg til de allerede bestående vanlige ambulanser som rykker ut til stort og smått, planlagt 4 legebemannede ambulanser, en på Stensby, en på Sentralsykehuset i Akershus, en på Bærum sykehus og en på Ski sykestue. Hver ambulanse vil koste ca. kr. 800.000 i utgifter til sjåfører og bil i året. I tillegg kommer lønninger til leger og sykepleiere, og man har stipulert med 4 utrykninger i uken!

Denne innstillingen har gått glatt gjennom i fylkestinget. Samtidig har psykiatrisk avdeling på Sentralsykehuset i Akershus vært stengt så lenge jeg har fungert som lege i Progn distrikt, med de problemer dette har ført med seg.

I løpet av siste måned har vi måttet sette 3 pasienter i sykecelle med politivakt da ingen medisinsk institu-

sjon kunne ta seg av pasienter med suicidalproblematikk.

Et legebemannet ambulanshelikopter vil kunne dekke samme flate som 16 legebemannede ambulanser innenfor samme utrykningstid.

Et helikopter stasjonert i Oslo med maksimal tid for "take off" på 2 minutter, vanlig 70-90 sekunder, vil kunne dekke størstedelen av Østlandet som fra tidligere har en elendig dekning av helikopter. Det består her ingen vaktjeneste av redningshelikopter som ellers langs vår langstrakte kyst og i Nord-Norge.

Helikopterskvadronen på Rygge er overbelastet, de har ingen vaktordning, ingen av pilotene har en gang telefon hjemme!

Jeg vil gjerne gjenta ennå en gang at dette er fra vår side ikke ment som løsning på landets helseproblemer. Vi vil gjerne prøve en ordning som i andre land har fungert godt som et tillegg til den allerede bestående ambulansetjeneste. Tjenesten vil kunne spare samfunnet for mange penger om man vil satse på å få lege ut til ulykkesstedet. Den vil operere hele døgnet med leger og sykepleiere fra Forsvaret som et ledd i deres tjeneste og utdanning. De gjennomgår først en utdanning på anestesivdeling inkludert utrykning med legebemannede ambulanser før de settes til denne oppgaven. Et slikt system vil i mange tilfelle kunne konkurrere i pris med den bestående ambulansetjeneste både til lands og til vanns. Dessuten vil den kunne bringe behandlingen ut til stedet og bringe pa-

Forts. side 15

Opprettholdelse av kompetansen

«Almenpraktiker D.n.I.f.» 3 måneders sykehustjeneste — lar det seg gjennomføre?

Som kjent kreves for opprettholdelse av denne kompetanse 3 måneders sykehustjeneste per 5-årsperiode - et krav jeg personlig har ansett som viktig og rimelig, og som man ikke burde fire på. Men lar det seg gjennomføre i praksis?

Teori og prinsipp er en ting - praksis en annen. Det var derfor med spenningens interesse jeg imøteså et vikariat ved herværende Sentralsykehus høsten 1976. Den praktiske erfaring jeg høstet på denne måten, klargjorde en rekke ting for meg, og pekte på momenter jeg tidligere ikke hadde vært oppmerksom på eller ikke hadde tillagt tilstrekkelig vekt. Flere av disse tingene er av almen interesse, og jeg er derfor oppfordret til å komme med mine synspunkter. (VEAP-rådet er gjort kjent med disse.)

Forholdene for de privatpraktiserende leger er selvsagt svært forskjellige og er avhengig av en lang rekke faktorer. Noen av de viktigste faktorer er vel i det hele tatt om der finnes muligheter til vikariat i rimelig nærhet, om aktuelle sykehus/institusjon har et opplegg å tilby, eventuelt den velvilje eller mangel på sådan man måtte møte. En må se det faktum i øynene at en almenpraktiker på langt nær kan fylle en plass ved en spesialavdeling - og det han på sin side kan tilføre en avdeling, tør i denne relasjon være lite, om enn aldri så verdifullt. Dertil er det av stor betydning om den aktuelle praksis er en solo- eller gruppe-

praksis, om den er liten eller stor, om den er ny eller av eldre dato - og dermed "nedbetalt", uten de store utgifter en relativt nyetablert moderne praksis av idag medfører.

Min bakgrunn kan kort skisseres: relativt stor solo-praksis i Kristiansand bys sentrum - etableringsår 1973.

Herværende Sentralsykehus har ingen fast ordning eller stilling for almenpraktiker. Vikariatet jeg hadde anledning til å ta, var således et ordinært vikariat. Varigheten av dette var fra avdelings side $3\frac{1}{2}$ måned, men da den vikar jeg fikk, ikke kunne være lengre enn 6 uker, ble vikariatet av den varighet.

Fra aktuelle avdelings side ble alt lagt til rette på beste måte. Interessen for en almenpraktiker i vikariatet var stor, mottagelsen og behandlingen ytterst velvillig, og alle forhold ble lagt til rette for best mulig utbytte av oppholdet - med spesiell vekt på ting jeg kunne ha nytte av i min vanlige virksomhet - så langt dette var mulig for avdelingen. Denne siden av komplekset må derfor kunne betegnes som optimal - og utbyttet rent faglig var også stort.

Når det gjelder vikar i min egen praksis, kom dette i stand ved en tilfeldighet. Det dreide seg om en habil og akseptabel kollega. Det siste moment er ikke helt uvesentlig, og har egentlig ikke vært klart for meg tidligere. Ens egen private praksis som en selv har byg-

get opp og preget, kan ikke uten videre sidestilles med et eller annet offentlig kontor med kommunal eller statlig innretning etc. Ens egen praksis er langt mer personlig enn om man er i ansettelsesforhold. Det er derfor ikke av underordnet betydning at den kollega som vikarierer, kan "gå inn" i praksisen på mer enn sine ben. Dette sagt uten forkleinelse for øvrige kolleger. Vi må bare akseptere at vi ikke er like. Men dette momentet - jeg kunne være fristet til å innføre begrepet "akseptabel kollega" - er sannsynligvis for så mange av så stor betydning at det må tas med i helhetsvurderingen. Det var ikke "bare å skaffe seg en vikar", viste det seg.

Vikaren og undertegnede hadde følgende avtale: alle utgifter/alle inntekter i aktuelle tid.

Imidlertid løser ikke dette alle økonomiske problemer. En privatpraktiserende lege - selvstendig næringsdrivende - er avhengig av bl.a. en rekke poliser (livs- og pensjons), forsikringer, lån etc. som en lege i ansettelsesforhold ikke har bruk for. Disse utgiftene løper uhindret videre - uansett om man tjener sine penger som praktikus eller som assistentlegevikar.

Dertil kommer en del rent praktiske problemer vedrørende økonomien, som f.eks. innbetaling av den ilagte forskuddsskatt til riktig termin.

I mitt tilfelle betød dette innbetaling av 3. termins



forskuddsskatt per 15/9. (Vikariatet begynte den 13/9) Dette var dog etter forutgående måneders inntekt som praktikus. Jeg overtok så min egen praksis igjen den 1/11 - og den 15/11 forfalt så 4. termin av forskuddsskatten til betaling. Samme beløp, men denne gang etter å ha gått på assistentlege-lønn. Forskuddsskattens beløp var av ligningsmyndighetene naturligvis fastlagt etter inntekt i egen praksis.

Å få ordnet med utsettelse/forandringer når det gjelder innbetalinger av skatt, varierer nok en del fra sted til sted, men en gjør neppe skattevesenet urett om man peker på at det av og til kan bety nokså store vanskeligheter å få forskjøvet eller forandret ved de fastsatte forhold. Myndighetenes fleksibilitet er ikke alltid like god. Det henvises ofte til vanskeligheter med "databehandling", "beløpet på talongen må ikke forandres" etc., og til slutt blir det hele så tungvint at man ofte ikke orker å gjennomføre sine forsøk på forandringer.

I tillegg til dette, kommer ting som event. restskatt, innbetaling av andre avgifter, etc.

For den aktuelle vikariatperiode har jeg ikke satt opp noe endelig regnskap. Men jeg kan allerede nå si at jeg kommer fra dette vikariatet med en del økonomisk slagside.

Denne er for en stor del tidsbegrenset - idet det er spørsmål om fortsatt utbetalinger som ufortrødent går videre til fastsatte terminer, og en "etterhengende"

normalinntekt som praktiserende lege. Med andre ord: man får en meget høy utgiftskurve i relasjon til den sterkt nedsatte inntekt - som over et visst tidsrom vil flate seg ut. Man det blir tross alt et økonomisk "etterslep" som det kan ta tid å få bukt med - og som tidsbegrensning til tross - kan være vanskelig nok.

For mitt vedkommende hadde dette neppe i det hele tatt fungert dersom ikke min bankforbindelse hadde vist en utstrakt velvilje og forståelse for denne situasjonen som strengt tatt ikke vedkom dem.

Men uansett forståelse og velvilje, er og blir øket lånebyrde noe man gjerne skulle unnvære.

Selvsagt hadde det stillet seg noe annerledes dersom min praksis var noen år eldre og "nedbetalt", men de fleste kolleger som skal ha sin første 5-års runde vil trolig befinne seg i mer eller mindre samme situasjon som min.

Noen konklusjon kan man selvsagt ikke trekke etter et slikt enkelt vikariat, men enkelte refleksjoner og vurderinger må man nødvendigvis gjøre.

Mitt vikariat bestyrket min tidligere oppfatning av at rent faglig sett er sykehus-tjeneste ved relevant klinisk avdeling meget nødvendig - ja, kanskje synes denne nødvendighet ennu større enn tidligere. Imidlertid er det også blitt klart for meg at de rent praktiske vanskeligheter som forbindes med en slik ord-

ning er langt større enn jeg tidligere hadde forestillet meg.

Om jeg forsøker å betrakte dette objektivt, var og er min egen situasjon gunstig. Legene i denne by er begünstiget med avdelingssjefer som viser interesse, forståelse og imøtekommenhet, vi har avdelingene på stedet og behøver ikke reise hjemmefra eller pendle. Vi har forståelsesfulle kreditinstitusjoner. Imidlertid må situasjonen være desto vanskeligere for de kolleger som bor periferert, eller har liten forståelse fra institusjonene m.m.

Det burde avgjort ikke for noens vedkommende være nødvendig med vesentlig økonomiske merbelastninger, enn si avhengighet av noen form for kredittinstitusjoner. Dette er én av de sidene denne etterutdannelse skulle være foruten.

Å gå inn på diskusjon om etter- og videreutdannelse, alternative løsninger etc., faller utenfor dette innleggs ramme. Det er i første hånd ment å peke på enkelte praktiske momenter i forbindelse med ett av leddene i denne forbindelse som forhåpentligvis kan være til ettertanke og til nytte for andre kolleger.

Sammenfattende kan sies at de 3 måneders sykehustjeneste ikke er "bare 3 måneders sykehustjeneste" som enkelte har hevdet. Det er ofte langt mer enn "bare", og vil ofte kreve en nøye vurdering og planlegging.

William R. Glad
almenpraktiker D.n.l.f.

KLAUS RAMBØL:

Primærlegetjenesten og legesentrene

Peter F. Hjorts innlegg den 13.11.76 i Å.P.L.F., referert i UTPOSTEN nr. 8/76, stimulerer til videre drøfting av primærhelsetjenesten. Mange vil kanskje mene at videre diskusjon er mer eller mindre hensiktsløs, siden de tallrike innstillingene og stortingsuttaalelser gjennom de senere år nå må formodes å bli behandlet bak departementets lukkede dører, uavhengig av hva vi ute i "grasrota" sier. Men la meg likevel få legge fram noen synspunkter på grunnlag av erfaringer fra et større legedistrikt gjennom mange år.

Jeg holder meg i dette innlegg bare til den legetjenesten som etter mitt syn bør dekkes av almenleger, generalister, i større befolkningskonsentrasjoner. Innlegget vil altså dreie seg om bare en mindre del av primærhelsetjenesten. Videre må jeg avgrense innlegget til å dreie seg om bare de mest sentrale spørsmål innen det valgte emne.

Hjort sier i sitt nevnte innlegg at utviklingen går klart i retning av praksisenheter med flere leger. Dette tror jeg er korrekt. Jeg tror videre at på steder med stor befolkning vil det ikke være mulig å imøtekomme både befolkningens berettigede krav på legehjelp og legenes berettigede krav på ordnede arbeidsforhold uten slike større enheter - der legene selv kan avløse hverandre på en hensiktsmessig måte, og der nødvendig hjelpepersonell og utstyr er på plass. Etter min mening bør det altså oppmuntres til at den alminnelige legetjenesten i store kommuner ordnes gjennom legesenter.

Når det gjelder legenes arbeid i sentrene, må det være rettet mot de reelle behov hos den enkelte klient/pasient. Denne person har behov for å holde sin helse i orden, videre å få behandlet de sykdommer eller lidelser han måtte bli belemret med. Såvel helse som sykdom, kan ha utspring fra minst tre komponenter, nemlig individets soma, psyke og miljø. Ofte vil elementer fra alle tre komponenter være i interaksjon, eventuelt være så tett innvevd med hverandre at det ene element ikke kan skilles ut fra det annet. Legens jobb blir å bearbeide totaliteten.

Jeg tror at miljøfaktoren ofte har vært ofret for liten oppmerksomhet. Dette må rettes på. I den planlegging som nå skjer eller skal skje, må også miljøfaktoren tilgodesees, ikke minst i opplegget for et legesenter.

Legens oversikt over totaliteten hos den enkelte lettes når han arbeider i et system som direkte befordre kontakt mellom lege og befolkning. I praksis må dette medføre blant annet at lokalbefolkningen og dens leger, legesentrene, må høre sammen i alle sammenhenger det er naturlig med kontakt befolkning/lege. Blant annet må legene delta i det forebyggende helsearbeid i området, for eksempel ved helsestasjoner og skoler, foruten å ta seg av det kurative arbeid, og også i størst mulig grad dekke andre legeposter på stedet. Etter mitt syn vil et målbevisst arbeid rettet mot å skape nettopp nærhet, kjennskap og fellesskap mellom legene og lokalbefolkningen, også tjene til å fremme den ønskelige medmenneskelig-

het fagfolkene og befolkningen imellom - jfr. Peter F. Hjorts omtale av den menneskelige trygghet.

Den ordningen jeg her har skissert, vil i grunnen virke etter det samme prinsipp som vår gamle, velprøvde distriktslegeordning, og representerer for så vidt ikke noe nytt her i landet. Men dersom ordningen blir bevisst gjennomført over alt, må jeg tilstå at jeg tror mange av våre hittil utdannede almenleger vil finne at de står overfor en situasjon som for dem virker ny. Dette gjelder for eksempel de som finner forebyggende helsearbeid "kjedelig, uinteressant". Slike uttrykk og bemerkninger om "bortkastet tid" røper trolig bare utilstrekkelig innsikt. Det vil kanskje hjelpe at en minner om at det forebyggende helsearbeid gir større folkehelsegevinst enn det kurative.

Et legesenter må plasseres slik at det har en noenlunde vel definert befolkningsgruppe å arbeide for. Denne gruppen må ikke være større enn at det blir mulig for legene å ha oversikt over miljøet. I en stor kommune vil det derfor som regel være nødvendig å ha flere legesentre. - Legesenteret bør være en del av et helsesenter, der det ytes også andre former for helseservice. Senteret kan også bli en del av et helse- og sosialsenter dersom også sosialvesenet finner å kunne arbeide desentralisert.

Finansieringen av legesenterdrift har vel hittil vært noe av et sorgens kapittel.

Forts. side 14



Forts. fra side 8

Om primærhelsetjenesten i Bergen

1. Primærlege- og primærhelsetjenesten skal være desentralisert.

2. Det samme personell skal betjene en befolkning som tilhører et bestemt geografisk distrikt.

3. Denne distriktshelsetjenesten skal planlegges ut fra lokalsamfunnets behov.

4. Tjenesten bør organiseres slik at befolkningen kan ytes adekvat service på det laveste effektive omsorgsnivå, det vil si det laveste nivå som kan gi riktig behandling (LEON-prinsippet).

5. Ansvar for behandling av en sykdom eller skade skal prinsipielt ligge hos den lokale lege. Det er primærlegen som avgjør når det er behov for henvisning til andre instanser, eventuelt innleggelse i institusjon. Primærlegen overtar ansvaret for pasienten etter utskrivning fra institusjon, så sant dette er mulig og medisinsk forsvarlig.

6. Legetjenesten i distriktshelsetjenesten bør i hovedsak baseres på almenpraktiserende leger. Mer enn 4 leger bør ikke arbeide på samme tid i et senter.

7. De samme leger bør ha ansvar for alle legetjenester i sitt distrikt. Det omfatter vanlige kontorkonsultasjoner, hjemmebesøk, legevaktstjeneste døgnet rundt i distriktet, skolelegearbeid, helsestasjonsarbeid, tilsynslegetjenesten på institusjoner og samarbeid med andre etater. Deler av bedriftshelsetjenesten bør også utføres av distriktets leger.

8. Den primære lege- og helsetjeneste bør samordnes, men ikke integreres, med øvrige etater som arbeider til beste for pasienter og klien-

ter.

9. Når forholdene ligger til rette for det, bør primærlegens kontor, helsestasjon, fysikalsk institutt, tannhelsetjenesten, sosialkontor, pedagogisk-psykologisk kontor, trygdekontor og eventuelt andre instanser få lokaler i samme bygg eller på samme tun.

10. Det skal i størst mulig utstrekning utvikles felles distriktsgrenser for de ulike samarbeidende etater.

11. De ansatte i distriktshelsetjenesten har et klart medansvar for planlegging av helsetjenesten i distriktet. De har også et ansvar for å følge opp de forsøk og den virksomhet som er besluttet satt i verk.

12. Det offentlige har ansvar for utbygging og koordinering av den primære helsetjeneste.

Bergen kommune har kommet et langt skritt fremover på veien mot en anstendig primærlegetjeneste ved fremleggelsen av denne innstillingen. Det er liten grunn til å tvile på at den blir lest, forstått, og i stor utstrekning fulgt av Bergens politikere.

Et sukk til slutt:

Noen hundre tilrettelagte stillinger i primærhelsetjenesten i Oslo, ca. 100 i Bergen, 100 i Trondheim, 600 tilrettelagte legeårsverk i bedriftshelsetjenesten (?). - Utfordringen til perifere distrikter blir stadig større. Man ønsker jo å legge forholdene til rette for primærhelsetjeneste samtidig som en demper sykehusenes ekspansjon. Det store antall engasjementstillinger ved sykehusene kan få en til å frykte at primærlegestillingene i byer vil bemannes på bekostning av mindre attraktive arbeidssteder for legen.

Så hva?

H.S.

Instilling om primærlegetjenesten i Bergen kan fås ved henvendelse til Bergen kommune, Informasjonskontoret, Bergen Rådhus, 5001 Bergen.

BOKANMELDELSE.

Leiv Kreyberg:

"Efter Ordre - eller uten". Gyldendal 1976.

Leiv Kreyberg har som så mange før ham, maktet å fremstille en historisk meget viktig periode i Norge, nemlig tidsepoken omkring 2. verdenskrig. Han har gjort det ut fra sine subjektive opplevelser notert ned i dagbøker og trukket frem fra arkiver. Dette har han klart å fremstille på en måte som gjør at man ikke klarer å legge boken fra seg før den er lest til siste side. En sterk personlighet forteller om et rikholdig liv i noen for Norge skjebnesvangre dager. Boken forteller litt om hans bakgrunn som legesønn i Bergen, men hoveddelen omhandler hans reaksjoner, refleksjoner og gjøremål før og under siste verdenskrig. For oss som er unge, er det meget fasinende lesning. Det er slik at man av og til kunne hatt lyst til å oppleve det samme, men man må bare innrømme sin skrøpeligheit, og bekjenne at en selv ikke kunne takle slike situasjoner så elegant som Leiv Kreyberg av og til gjorde det. Jeg tror boken er riktig i den forstand at den understreker nødvendigheten å ha et klart entydig livssyn for å kunne danne seg klare og entydige regler for livsførsel. Det er jo noe ibenskt over hele selvbiografien: Når man har et sikkert livssyn skal man ikke gå på akkord med sine gjøremål.

Boken er anbefalingsverdig og blir jo ekstra aktuell i disse "spiondager". Den nylig avslørte kvinnelige russiske spion i utenriksdepartementet var jo en av hans medarbeidere i Finnmark.

Per Wium



Arbeidsundersøkelse for distriktsleger

Offentlige lægers landsforening sender ut arbeidstidsundersøkelse i april 77.

Vi henstiller til alle distriktsleger i kombinert stilling å fylle ut de tilsendte skjema i uken 25.apr. til 1.mai.

Offentlige lægers landsforening ser det som meget viktig å kartlegge distriktslegenes arbeidsinnsats i landets helsetjeneste. Ved en pilotundersøkelse i Møre og Romsdal høsten 76, svarte over 90% av distriktslegene på utsendte skjema. Vi takker disse for en ut-

merket innsats, og håper på samme oppslutning om undersøkelsen på landsbasis 25. apr. - 1.mai i år.

Legene i pilotundersøkelsen pekte på nytten den enkelte hadde av å få kartlagt sin egen arbeidsdag mer i detalj.

Den siste tids utvikling tyder på at det er nødvendig å få oversikt over arbeidspresstet på distriktslegene.

Det er en kjent sak at distriktslege-dekningen er meget dårlig i store deler av landet.

Man vil ved undersøkelsen få frem, ikke bare antall timer, men også hva slags arbeid distriktslegene idag tar seg av innenfor helse-tjenesten.

Undersøkelsen vil danne grunnlag for å vurdere dagens og fremtidens behov for distriktsleger. Den vil videre forsøke å få frem

hva som gjør at enkelte strøk av landet er spesielt dårlig dekket, og hva som kan gjøres for å få leger til å søke til disse steder, og å bli der. Undersøkelsen vil også utgjøre bakgrunnstoff i forhandlinger med arbeidsgiverne om lønn, og ikke minst fritid. Vi har prøvd å legge opp undersøkelsen slik at det skal være minst mulig belastning for den enkelte distriktslege. Vi håper derfor at alle kan avse noen minutter daglig i en uke til å fylle ut skjemaet.

På vegne av OLL's styringsgruppe for undersøkelsen:

Svein Tjåland, distriktslege
Per Wium, distriktslege.

Forts. fra side 12

Primærlege-tjenesten og ...

Og noe mer kan det vel heller ikke ventes å bli så lenge den forutsettes å bygge på den i denne forbindelse foreldede modell med stykkpristakster beregnet på leger med billigere kontorer og manglende eller minimal hjelp av annet personell. Det må bli selvsagt at finansieringen skal skje ved folketrygd- og skattemidler etter en fornuftig budsjettering, som for eksempel ved sykehusene eller i helsestasjonsvirksomheten (jfr. fylkeslege Haugsbøs foredrag, referert i UTPOSTEN nr. 1/77).

La meg til slutt peke på at problemene med legesenterdrift kan løses også før vi eventuelt blir så heldige å få et hensiktsmessig og landsomfattende regelverk. Det er fornuftig legesenterdrift på mange steder allerede. For meg er det naturlig å nevne Skedsmo kommune. Her har politikerne godtatt prinsippene i den ordning som er skissert ovenfor. Kommunen har satt det første legesenteret (av antagelig fire nødvendige) i drift med leger i såvel preventiv som kurativ tjeneste for befolkningen i nærområdet. Utover dette deltar legene også i tjenesten ved den interkommunale legevaktordning som kommunen er med i. Finansieringen av legesenterdriften skjer ved midler fra folketrygden og kommunekassen.

Tre leger i Kvæfjord sier opp i protest

Aftenpostens korrespondent
Harstad, 2. mars.
Ordføreren i Kvæfjord kommu-

ne har mottatt oppsigelse fra begge de fast ansatte distriktslegene. Årsaken til oppsigelsene er misnøye med boligforholdene samt samarbeidsforholdene med kommuneadministrasjonen. En konstituert distriktslege har også levert sin oppsigelse, og dermed har tre av de fire legene ved legesenteret i Kvæfjord sluttet. Dette vil medføre store problemer for kommunen.

Dopamet

l- α -metyldopa

i huskepakning til samme pris som før.

Følgende pakninger er huskepakninger:
0,25 g med delestrek: Glass à 100 og 250
tabletter.

0,5 g med delestrek: Glass à 30 og 100
tabletter.

Tallrike undersøkelser viser at mange pasienter ikke tar sin medisin som foreskrevet av legen.

DOPAMET huskepakning skal hjelpe Deres pasienter å ta riktig dose på riktig tidspunkt.

Bruksanvisning er vedlagt pakningen.

For øvrig finnes DOPAMET i gjennomtrykkspakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX



Forts. fra side 9

Vedrørende lege- bemanningen ...

sienten hurtigere tilbake til sykehus.

Som et annet apropos til de såkalte legebemannede ambulanser i Akershus fylke, kan man undre seg hvor man skal få disse legene fra. På Ullevål sykehus har man hatt en legebemannet ambulansgående i 10 år uten at det har lyktes å få denne i døgndrift. På Bærum sykehus har man bare en sjelden gang med lege, de fleste ganger rykker man ut med anestesioester (kanskje vel så bra). Det kan opplyses at et ambulanshelikopter vil koste samfunnet ca. kr. 3000 pr. utrykning i prøveåret. Til sammenligning kan opplyses at en ambulansetransport fra Drøbak-Frogn distriktet til Sentralsykehuset i Akershus - som er en meget moderat transport i forhold til de fleste andre transportert på Østlandet - koster nærmere kr. 1000 i dag. Jeg håper med dette å ha gitt noen opplysninger uten å ha "reklamert" for tjenesten.

Lahaugmoen, den 28.2.77

Jens Moe
Lege
Medisinsk hovedlærer HSSØ
2019 Lahaugmoen

Administrasjons- avgiften

Åpent brev til OLL's styre

Administrasjonsbeløpet i Normalkontraktens pkt. 9 III er ifølge Tidsskriftet nr. 4/77 s.209 endret fra kr.500 til kr.580 pr. måned.

1. Er det nå kommet avklaring på hva dette beløp er tenkt å skulle dekke? Står det for uspesifisert "heft", eller skal det dekke alle administrasjonsutgifter som distriktslegen har i forbindelse med hold av turnuskandidat, så som porto, telefon, regnskapsføring, juridisk assistanse, arbeidslønn til kontordamer og distriktslege i forbindelse med administrative prosedyrer (eks.lagerhold, vareopptellinger, forretningsføring og

avlønningsarbeid m.v.), uansett omfanget av kontordriften??

2. Når kommunen overtar ansvaret for kontordriften f. eks. ved en prosentleieavtale. Hvem garanterer da for turnuskandidatens minstelønn - distriktslegen har jo da ingen mulighet for å skaffe seg dekning for slike utgifter, og en kan vel ikke kreve at kommunen skal gi slik garanti? Er distriktslegen nødt til å stå som arbeidsgiver, eller kan kommunen gjøre det?

p.t. Gøteborg, 21.2.77
Dag Brekke
distriktslege

Visste du at det er 5000 sengevætere mellom 6 og 16 år her i landet?

Heldigvis finnes det effektive metoder som kan hjelpe. Dri-Nite Eastleigh er et alarmredskap som ringer idet vannlatingen skjer og lærer barna å bli tørre. Brukt på riktig måte - i samarbeid med terapeut - blir ca 80% tørre i løpet av få uker. For nærmere opplysninger, fagstoff og priser, send inn kupongen eller kontakt oss på telefon.



URI-MED A/S
Finn Arntander
1440 DRØBAK Tlf. (02) 93 17 29

Vennligst send oss

uforbindtlig informasjonsmaterieil

stk. Dri-Nite Eastleigh kompl.
a kr. 355,- eks. mva.

Navn

Adresse

Et alternativ ved behandling av kvalme og brekninger

Stemetil® Stikkpiller á 25 mg
proklorperazin



Stikkpiller á 25 mg 5 stk. 50 stk.

DOSERING:

Individuell, 1 stikkpille á 25 mg 1-2 ganger daglig, evt. 2-3 ganger daglig. Så snart tilstanden tillater det, bør man gå over til peroral behandling.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolute: Koma, svære alkohol- og hypnotika intoksikasjoner. Relative: Leverlidelser, Myastenia gravis.

BIVIRKNINGER:

Ekstrapyramidale: Akinesi, parkinsonisme, akatisi, akutte dystonier. Dosereduksjon og eventuelt tillegg av antiparkinsonmidler i begrenset tidsrom, vanligvis helst ikke lenger enn 2-3 måneder, bedrer ofte symptomene. Akatisi reagerer ofte dårligere på antiparkinsonmidler enn de parkinsonlignende symptomer. Tardive dyskinesier. Disse kan være mer eller mindre irreversible. Dosen reduseres, og gradvis seponering av medikamentet overveies. Vanlige antiparkinsonmidler forverrer dyskinesien. Psykiske: Somnolens, som regel av kort varig-

het. Vegetative og kardiovaskulære: Ortostatisk hypotensjon. Mild obstipasjon. Kvalme, munntørhet, Akkomodasjonsparese, angioneurotisk ødem. Dermatologiske: Lette hudreaksjoner. Hematologiske: Leukopeni ses sjelden, men har vært rapportert. Leverkomplikasjoner: Icterus ses sjelden, men har vært rapportert.

FORSIKTIGHETSREGLER:

Ved langvarig neuroleptika-behandling må vedlikeholdsdosen ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige symptomer på tardive dyskinesier. Antiparkinsonmidler bør kun brukes når det foreligger behandlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger.

Forsiktighet bør utvises ved dosering/behandling av pasienter med alvorlige hjerte- og kretsløplidelser, leverlidelser, nyrelidelser, krampe, tromboflebitter, høy alder og barn. Ved initial parenteral behandling og hos eldre må man være oppmerksom på faren for blodtrykkfall (noradrenalin anvendes ved hypotensive kriser). Forsiktighet må utvises hos pasienter med ubehandlet trangvinkelglaukom, i graviditetens første trimester, under laktasjon. Pasienter på langtidsbehandling bør kontrolleres rutinemessig. Ved behandling i høye doser gjennom lengre tid kan risiko for cornea og linsefordunkling foreligge. Pasienten advares mot bilkjøring og pass av maskiner. Kombinasjon med alkohol bør unngås.

M.h.t. andre indikasjoner, egenskaper, interaksjoner og pakninger, henvises til Felleskatalogen.