UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 4—5 JULI/AUGUST 1977 ÅRGANG 6

SI MEG, LILLE SPEIL PÅ VEGGEN DER
HVEM SKULLE HA VÆRT STYREMEDLEM I LÆGEFORENINGEN I LANDET HER?

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

Spesialistene og Deres supportere:

Det helsemessige hylekor har nådd uante høyder i det siste. Årsaken er vel at dagspressen har konsentrert seg om helse- og sosial problematikk i større grad nå enn før. En annen årsak kan vel være den forestående valgkamp som gjør at de respektive politiske partier vil skåre mest mulig på sitt sosial- og helse-program. Men det er også andre ting som er ute og går i denne problematikken. Det er i vårt land en del spesialavdelinger som ufortrødent meler sin egen kake tilsynelatende uten å se hverken til høyre eller til venstre. I denne kampen om midlene, har de skaffet seg frivillige grupper av velmenende medmennesker, som med spesialisterhvervede skylapper går inn i kampen med dødsforakt.

Jeg tenker på kampen om hjerteoperasjonene.

Og noe lignende har vi sett før. Det har tidligere skjedd med kreft-saken og reumatismeproblemet, Arbeiderpartiet har blitt "fan-club" til bedriftshelsetjenesten, Blindeforbundet mener deres problemer er de vanskeligste i verden, men det samme mener også hørselssvekkede og foreldre til psykisk- og fysisk-utviklingshemmede barn.

Jeg setter stor pris på frivillige organisasjoner som går inn for sin "hjerte sak". Helsevesenet i Norge hadde ligget langt tilbake uten disse organisasjonene.

Det man imidlertid ikke skal glemme, er at disse skrik som kommer kan være med på å kjøre hele vårt helsevesen ut i feil retning, og det er det jeg er redd for i forbindelse med det siste skjærende hjerteskrik fra en av hjertets fan-klubber.

Dette problemet gjelder selvfølgelig spørsmål om hjertepasienter skal sendes til Amerika for å bli operert. I den forbindelse henviser jeg til artikkelen lenger ute i avisen. Jeg tror vi skal være oppmerksom på at bak disse sterke pasientkravene står det leger som mer eller mindre er ansvarlig for disse utslag. Det er spesialistene som holder liv i disse veldedige organisasjonene ved skriftlig og muntlig opplysning, og det er organisasjonene som presser kravet igjennom for økte bevilgninger til visse spesialiteter.
Dette er helsepolitikk uten styring.

Dobbeltnummer av UTPOSTEN

Som man vil se har vi i sommer slått sammen nr. 4 og nr. 5 til et dobbeltnummer. Dette måtte vi gjøre på grunn av at trykkeriet, som så mange av våre spesialavdelinger rundt omkring i landet, har fellesferie.
Jeg håper leserne bærer over med dette fenomen, og som trøst har vi utvidet sideantallet vesentlig.

Red.

Ever wonder why some professions seem more exciting and glamorous than others? Well, one reason is that the people involved are always running around, shouting abbreviations and initials at each other, which makes their work seem twice as dramatic as it really is! Like this typical hospital scene . . .

1. GENERAL PRACTITIONER
2. ELECTROCARDIOGRAM
3. CUBIC CENTIMETERS
4. FOUR TIMES A DAY
5. INTENSIVE CARE UNIT
6. REGISTERED NURSES
7. OPERATING ROOM
8. DEAD ON ARRIVAL

Loppa/Alta — og krisen i distriktshelsetjenesten

v/Distriktslege Jan-Ivar Kvamme, Alta

Loppa legedistrikt er uten distriktslege. Dette er ikke noen spesiell situasjon for norsk kystdistrikt. Distriktet dekkes ved ambulering av de 7 primærlegene i nabodistriktet Alta. En uke hver bor vi her ute.

Jeg sitter i Øksfjord og formulerer disse tankene. Det er min ambuleringsuke. I de 12 årene jeg har arbeidet i Alta, er det sjette gangen jeg har måttet vikariere i Loppa på grunn av vakans i stillingen.

Mye har forandret seg på disse årene. De første gangene var jeg enelege med bopel Talvik. Nå er vi 7 leger som deler merbelastningen.

LITT OM LOPPA LEGEDISTRIKT

Først noen ord om Loppa. Dette er et av de mest værharde distriktene i Norge - men samtidig er det et av de mest velutstyrte hva lokaliteter og utstyr angår. Sist år åpnet et nytt helsesenter her i Øksfjord til 8 mill. kroner. Her er legestasjon, sykestue, sykehjem og tannklinikk. Legestasjonen er fullt utstyrt med beste utstyr og har veltrimmet personale. Utekontordagsstedene er også trivelige, man har bra utstyr og god organisering. Legeskyssbåten er komfortabel og hurtiggående. 25 mil gjør den for full fart.

Det som mangler, er å få besatt de to distriktslegestillingene som skal dekke de 2200 innbyggerne.

LITT OM ALTA LEGEDISTRIKT

Nabodistriktet er Alta. Også vi fikk nytt helsesenter siste halvår. Lokaliteter og utstyret er tilfredsstillende. Det er ikke vanskelig å få hjelpepersonell. Det er flere utekontordagssteder enn i Loppa, og disse er ikke så trivelige og godt utstyrte som her.

Til forskjell fra Loppa har vi 7 leger i arbeid og stadige henvendelser fra leger som vil arbeide i Alta.

HVORFOR ER LOPPA UTEN DISTRIKTSLEGE?

Hva er årsaken til denne forskjell i bemanningssituasjonen? Noen refleksjoner i vår spesielle situasjon kan kanskje ha almen interesse i den pågående debatt om distriktshelsetjenesten.

SEN UTLYSING AV STILLING - EN UTING!

Skipperen på legeskyssbåten i dag mente at det var fylkeslegen/Helsedirektoratet som var den direkte årsaken til at Loppa i dag er uten distriktslege. En distriktslegestilling nr. 2 ble opprettet i år. Derfor ble det ikke plassert noen turnuskandidat i Loppa som tidligere. Når så stillingen ble utlyst først i februar, er det klart at distriktslegen i Loppa måtte bli sittende alene. Det er heller ikke noen søker til den nye stillingen. Det var vel ikke å vente at noen ville reise hit opp i februar måned. Den gamle legen her ble sittende alene. Han og hans familie orket ikke mere. Han reiser, og distriktet er uten distriktslege.

Kanskje dette med sen utlysing ikke er så spesielt for Loppa? Kanskje skipperen her har litt rett? Men årsakene til problemene i Loppa ligger nok atskillig dypere.

GODE LOKALER, UTSTYR OG HJELPEPERSONELL IKKE NOK

Lokaliteter, utstyr og hjelpepersonell er minst like godt i Loppa som i Alta. Her er forholdsvis høy standard begge steder. Dette er ikke nok.

ARBEIDSPRESSET ER IKKE ÅRSAKEN TIL VAKANS

Arbeidsbelastningen på kontoret er langt mindre i Loppa enn i Alta. Her er det god tid på hver pasient. Det er få avbrytelser av telefoner, det er lite tidspress i konsultasjonssituasjonen. Alle som henvender seg til helsesenteret blir behandlet første kontordag. I Alta er det motsatt. Det er vanskelig å få tid nok til hver pasient. Det er stadig avbrytelser av telefoner av ulike slag, det er ventetid på 1 til 2 uker for timeavtale, tempoet er større.

Jeg kunne male arbeidssituasjonen i Loppa rosenrød ut fra denne ambuleringsuken. Men 2½ år som enelege i et distrikt forteller meg den store forskjellen.

VAKTBEREDSKAPEN EN GOD NR. 1

Sammenligning mellom Alta og Loppa viser klart at det er vaktbelastningen som er den store forskjellen. I Alta har vi et gjennomsnitt på 5 til 6-delt vakt. Det er lenger effektiv arbeidstid enn i Loppa, men vi har fri 5 av 6 kvelder og netter og 5 av 6 helger.

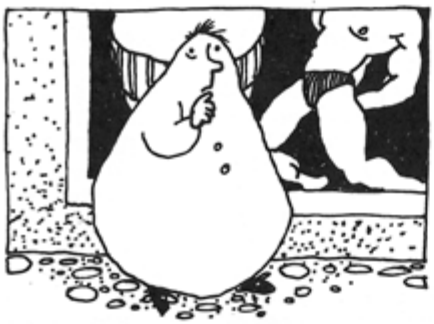
Forts. s. 23.

Fra Den Norske Lægeforenings 44. landsmøte i Loen 2.-4. juni 1977

Naturskjønt, men Vestlandskaldt, i velegnete hotell Alexandra, ble legeforeningens 44. landsmøte arrangert av Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal legeforeninger i Loen.
For meg står det som at landsmøtet tjener to funksjoner:
Den første del, landsmøtet, deltar man i for å høre på debattene, presisere de forskjellige grupperingers særinteresser, for så å forbrødres og bli enige om at legeforeningen og samfunnet er best tjent med at man kommer frem til en felles holdning utad.
Landsstyremøtet er legeforeningens høyeste besluttende organ. Dette er lukket, og det er bare landsstyrets medlemmer som kan delta og stemme over saker.

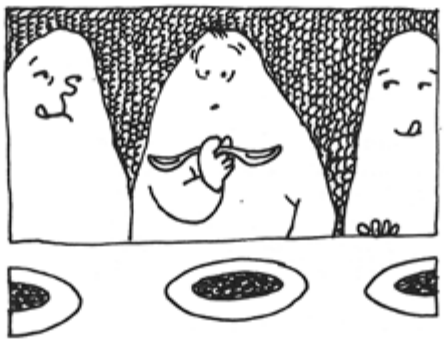
Presidenten, Dagfinn Gedde-Dahl, åpnet landsmøtet. Etter å ha pekt på at vårt samfunn lever i forandringens tegn og at legeforeningens oppgave ikke er å sette seg på en hvilken som helst politisk motebølge for derigjennom å vinne popularitet, slo han fast at det like lite er dens oppgave å være reaksjonær for reaksjonens skyld. Det må være legeforeningens oppgave å gi sitt beskyv med ut fra en faglig vurdering og kunnskap om forholdene under hvilke systemene fungerer. Dette kan undertiden hos de enkelte medlemmer medføre en slags personlighetsspaltning, der man på den ene siden har en politisk og idèmessig grunnholdning til løsning av samfunnsproblemer, men på den annen side har en faglig samvittighet for at funksjonen her og nå ikke må bli

skadelidende ved for rask innføring av nye systemer.

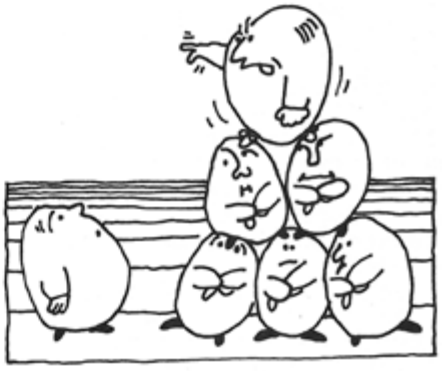


Hans inntrykk er at de av medlemmene som er ansatt i offentlig forvaltning, har en tendens til å la de politisk-moralske målsetninger overskygge de praktiske, mens de som sitter rundt omkring, i høyere grad er villige til å stille ideale fordringer i bakgrunnen for hverdagslivets krav.
- I og for seg er vel ikke dette noen ufornuftig arbeidsdeling under den klare forutsetning at man hele tiden har respekt for hverandres motiver og meninger.

Han pekte på at det var en viss omstøpningsprosess i gang med primærhelsetjenesten, og delte problemfeltet inn i kvalitative og kvantitative aspekter.
De kvalitative spørsmål som reiser seg, er hva primærlegens arbeids- og ansvarsområde skal være. Skal de primære legetjenester være tilbud som publikum kan spille på etter eget forgodtbefinnende, eller skal publikum henvises til visse leger eller en bestemt lege som skal ha et hovedansvar for vedkommende del av befolkningen?
Under kvantitative aspekter diskuterte han særlig den dårlige rekruttering til primærlegetjenesten. Årsakene til dette er mangesidige. Avlønningsforholdene er ikke alene ansvarlige for det uføret en er oppe i idag. Han sa imidlertid om avlønningsforholdene at det for noen synes som om alle problemer hadde vært løst dersom man enten innførte fastlønnsordninger over det hele eller om man fikk en normaltariff som var så god at man kunne tjene 200.000 kr. på 38 timers arbeidsuke i distrikt. Begge deler syntes for ham like lettvinte. Det som imidlertid er et større problem, er at denne konflikten blir tillagt en så avgjørende betydning og at legeforeningen blir uthengt som de som setter bremsene på for å forhindre en fornuftig løsning. Det er en kjennsgjerning at legeforeningen i tidligere år har stilt seg skeptisk til fastlønnsordning for primærleger, men det er likeledes også en kjennsgjerning at denne holdning har forandret seg en del, og at legeforeningens landsstyre har godkjent opprettelse av rådgivende utvalg for helsedirektøren når det gjelder besettelse av fastlønnete primærlegestillinger, og har forhandlet om lønnsnivå for fastlønnete almenpraktiserende leger. Det kan ikke sies at legeforeningen som organisasjon motsetter seg fastlønnssystemet. Tvert imot trodde presidenten at det er riktig å si at både legeforeningens medlemmer og de offentlige organer bør være klar over at realiteten er at de to systemer må eksistere side om side ennå i 10 år fremover. Ingen vil være tjent med at man motarbeider den ene eller den annen ordning slik at rekruttering, enten det nå er til de store byer eller til de perifere distrikt, blir vanskeliggjort. La oss nå konsentrere oss om de andre sider, f.eks. - kan det ha noe med manglende rekruttering av unge distriktsleger til perifere distrikt å gjøre at de i dag yrkesaktive ektefeller ikke finner noe arbeid i disse distrikter?



Kan det være at det medisinske studium og samfunnsutviklingen forøvrig i dag ikke legger opp til at man skal reise ut og være selvstendig faglig utøvende person, men mer inspirerer til gjensidig avhengighetsforhold hvor man føler trygghet ved å være ledd i et større maskineri enn å drive sin egen virksomhet på de ytterste skjær?
Hva skal vi så gjøre for å få dirigert våre nye leger ut i de virksomheter der samfunnet trenger dem mest?
- Det vil blant annet være nødvendig, tror presidenten, fra Legeforeningen å påligge sykehuslegene en viss moderasjon når det gjelder krav om nye stillinger inntil primærlegetjenesten har fått en bedre dekning enn den har i dag. Denne solidaritet som går ut over den enkelte gruppes naturlige solidaritet, er han sikker

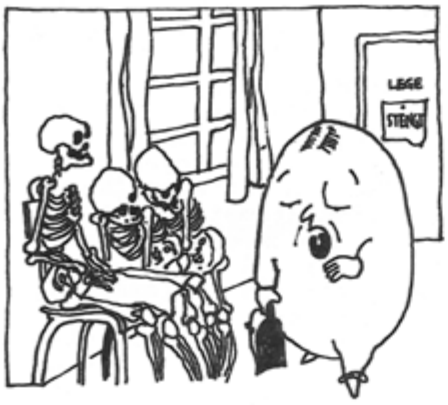


på det er grunnlag for i legestanden. Han advarte også det offentlige mot å pumpe inn hundrevis av legestillinger i sykehusvesenet med sikte på å gi de underordnete legene 38 timers arbeidstid og eventuelt å øke de polikliniske tilbud fra sykehus til de grader at det fornuftige forhold mellom sykehustjenester og primærhelsetjenester blir forrykket i retning av et svensk mønster, og fra det tradisjonelle norske pyramidemønster.

Hvis man i dag skal være ledd i, og til dels bestemmende ledd, i helsetjenesten på forskjellige nivåer, er det en nødvendig forutsetning for å gjøre sin jobb godt at man også har administrativ innsikt. Som deltaker i et administrasjonskurs som var lagt opp av medlemmer av legeforeningen og forbruker- og administrasjonsdepartementet, var han overbevist om at legeforeningen i kommende periode ikke bare måtte lage store sentrale kurs, men også desentraliserte kurs og delkurs som kan svare på det behov som foreligger for slik etterutdanning for leger.
Det var hans håp at legene selv ser sin besøkelsestid og ser nødvendigheten av også å erverve seg slik kunnskap.

Etter presidentens innledning,var det en åpen diskusjon om hvorvidt helsetjenesten utenfor sykehus står i fare ved den økte oppsplitting av servicetilbudet. Almenpraktiker Jan Otto Syvertsen og distriktslege Harald Siem innledet til en debatt som ble langvarig, livlig og senere karakterisert som et vekkelsesmøte
Dr. Syvertsen tok utgangspunkt i nøkkelordet "helhet" og understreket at tradisjonelt kunne familielegene tilby en helsetjeneste som var karakterisert ved sin helhet, men økt press på behandlerapparatet og dårlig rekruttering har ført til at man ikke lenger kan tilfredsstille de krav som stilles. Samtidig har sykehussektoren ekspandert slik at den delvis har kunnet ta seg av problemer som helst hører hjemme i distriktshelsetjenesten.
Selv om tilgangen på leger skulle tilsi at vi skulle få en bedre bemanning også i primærhelsetjenesten, er det fare for at dette ikke skjer fordi en lang rekke særomsorger vokser frem og overtar deler av det som er almenpraktikerens arbeidsfelt. Eksempler er spedbarns- og småbarnskontroller, skolebarnskontroller, bedriftslegevirksomhet, familievernkontorer, poliklinikk for akutt almenmedisin og servicesenter for kreftsyke.
Jan Otty Syvertsen hadde en lang liste, og diskuterte hvordan pasienten ble skadelidende ved denne oppsplittingen. Han avsluttet med å spørre hvilke muligheter vi

har for å påvirke utviklingen i riktig retning.
I tillegg til å gjøre samfunnet oppmerksom på farene ved den økende oppsplitting av servicetilbudet utenfor sykehus, mente han at vi også måtte gå i oss selv.
Vi må analysere vårt eget arbeid og se om vår egen praksis er organisert hensiktsmessig. Hva med ventetid? Timebestilling? Har vi satt av tid til akuttmedisin i vår praksis, fungerer legevaktberedskapen, samarbeider vi i legevaktstjenesten o.s.v.?
Hvordan er kontakten og samarbeidet med andre yrkesgrupper innen primærhelsetjenesten, hvordan er kon-



takten med politikere, hvordan legger vi opp vårt daglige arbeid?

Dr. Siem tok utgangspunkt i noen luftige betraktninger om hvordan sykdomsbegrep og helsebegrep har utviklet seg gjennom tidene, og understreket at man i dag ikke bare må kunne behandle objektive sykdommer, men også takle pasientadferd.
Norsk medisin har utviklet seg inn i en teknologisk blindgate. Sykehussektoren har tilbakelagt en sterk vekst, og fortsetter å utvide sitt tilbud til befolkningen.
Samtidig blir det åpenbart at denne vekst går på bekostning av almenmedisinen, og det til tross for at almenmedisinen er en forutsetning for at helsetjenesten i sin helhet skal kunne fungere.
Almenpraktikeren kan tilby befolkningen en personlig, omfattende og forpliktende helsetjeneste som både er faglig betryggende og menneskelig det beste alternativ. Almenpraktikeren gir den eneste akseptable beredskap ved katastrofale sykdomstilstander. Samtidig er almenmedisinen godt egnet til å hjelpe befolkningen ved de blandete problemer av medisinsk, emosjonell og sosial art som er så fremtredende i dag.

Han sluttet seg til en definisjon av almenpraktikeren som sier at en almenpraktiker er en lege som på personlig ansvar praktiserer medisin.
Almenpraktikeren trer inn i en forpliktende rolle overfor den befolkning som søker hennes/hans hjelp. Almenpraktikeren bestreber seg på å fremme individets helse, uavhengig av sykdommens art eller pasientens status eller situasjon.
Almenpraktikeren er forpliktet overfor de familier eller individer hun eller han har ansvaret for, både når det gjelder kontinuitet og art av helsetjenester.
Almenpraktikeren står med sin profesjonelle bakgrunn og ved hjelp av samfunnets helseapparat forøvrig som formidler og koordinator av tjenester innen alle sektorer av helsevesenet.

Avslutningsvis ble det sagt at det på dagens grønne bølge er mulig å oppnå lettkjøpt tilfredshet blant pasientene gjennom populære former for okkult medisin.
Det ble understreket at almenmedisinen må funderes på det ypperste av vår viten.
Almenpraktikeren må ikke falle for fristelsen til å

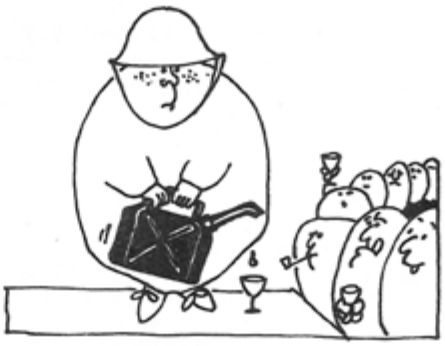
gå på akkord med grunnlaget for profesjonens tillit i befolkningen.

Så gikk man igang med de ordinære forhandlinger.
Under diskusjonen om sentralstyrets melding om legeforeningens virksomhet fremmet generalsekretæren sin oppsigelse som han begrunnet med uoverensstemmelser vis à vis sentralstyret om lønnsforhold.
Dette kom selvfølgelig som en kalddusj, og en fikk inntrykk av at det var prinsippielle uoverensstemmelser som lå til grunn.

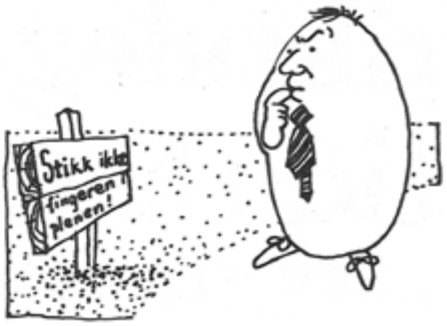
Sentralstyret redegjorde for

en del av forholdene i det lukkede landsstyremøtet, og landsstyret tok etter lang diskusjon oppsigelsen til etterretning.

Neste landsmøte, i 1979, vil bli arrangert i Stavanger. Dr. Johan Stray Tønnesen røpet at man i Rogaland legeforening allerede hadde forberedt seg på den store oppgaven, og serverte endog en liten forsmak på hva man kunne oppleve i 1979 i form av noen ml råolje til hver av deltakerne i Loen.
Forslaget fra Offentlige legers landsforening om endring av legeforeningens navn og ortografien i legefore-

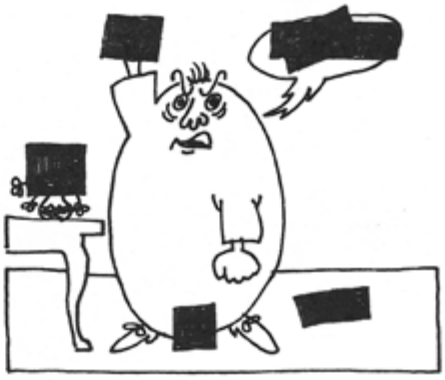


ningens lover ble delvis forkastet, idet en ønsket Lægeforeningens navn skrevet som nå, men det ble vedtatt når det gjaldt å forandre ortografien i lover og bruk av ordet lege i annen sammenheng innen Lægeforeningen.
Forslag om endring av Lægeforeningens lover § 15, fremstilt av dr. Hans Asbjørn Holm og Harald Siem, førte til lang debatt.
Forslagsstillerne hadde begrunnet forslaget med at det var få fordeler ved den eksisterende ordning med delt redaktøransvar. Det ble også hevdet at det kunne virke hemmende på medlemmenes skrive- og debattlyst, idet kombinasjonen redaktør og generalsekretær lett kan gi følelsen av sensurordning.
Det er et klart behov for bedre informasjon til medlemmene om sekretariatets og sentralstyrets løpende virksomhet. Det bør være redaktørens ansvar å få frem et tidsskrift med informasjon av interesse for legeforeningens medlemmer. Derfor må redaktøren ha anledning til å delta i sentralstyrets møter.



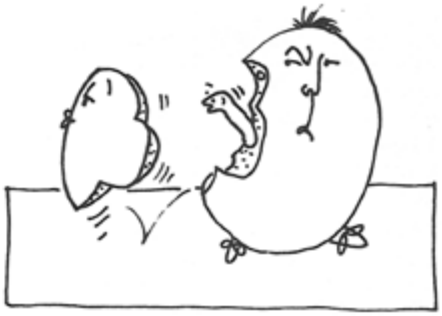
Både den samfunnsmessige og medisinske utvikling har ført til at skillet mellom en medisinsk vitenskapelig del og en avdeling for forening av standsinteresser i stadig sterkere grad får preg av anakronisme.
Forslaget hadde sitt utspring i en diskusjon blant Tidsskriftets faglige medarbeidere, hvor distriktslege Siem hadde innledet om dets målsetning. Det må være en av Tidsskriftets oppgaver å diskutere legens plass i samfunnet, og samfunnets krav og forventninger til legene. Dette viktige felt faller i grenselandet mellom de to deler slik som det i dag er organisert, med den konsekvens at emnet over mange år har blitt meget stemoderlig behandlet.
Forslaget var imøtegått av generalsekretær Skåtun, men fikk delvis støtte av redaktør Harlem. Redaktør Harlem var imidlertid ikke villig til å påta seg det hele ansvar under den nåværende organisasjon.

Forslaget fikk støtte av noen foreninger og spesialfo-



reninger, mens flertallet nok gikk imot. Påstanden om at det kunne bli skapt en frykt for sensur av debattinnlegg ble på den ene siden karakterisert som tøv, mens det fra Troms legeforening ble sagt: "Når forslagsstillerne antyder at en del av medlemmene har følelsen av en sensurordning, kan dette sikkert være korrekt. En slik sensurordning er imidlertid nødvendig i denne del av Tidsskriftet. Vi lever i et hardt klima politisk/fagforeningsmessig, og det er helt nødvendig at det skjer en kritisk vurdering av det stoff som slipper gjennom i Tidsskriftets fagforeningsdel. Det er ikke alle medlemmer som har forståelse for dette, og dessverre kan det synes som om forslagsstillerne her ikke er tilstrekkelig foreningsbevisste.

Forslaget ble forkastet.
Forslag til endring av Almentpraktiserende legers forenings lover, med tanke på å kunne opprette lokale avdelinger av APLF ble forkastet etter at sentralstyret



høsten -76 hadde godkjent lovendringen, men den var anket til landsstyret.
Under debatten skiftet både dr. Åse Schrøder og dr. Christian F. Borcgrevink standpunkt i denne saken, kanskje helst av frykt for lokalforeningenes splittelse eller årelating hvis de almenpraktiserende leger ikke var engasjert i disse.
De almenpraktiserende leger kan jo fortsatt danne sine medisinske selskaper, og det er ingen ting i veien for at disse står i forbindelse med APLF's styre.

Forslaget til endring av regler for legers deltakelse i legevaktordninger som var fremsatt av Østfold legeforening, med tanke på å beskytte eldre almenpraktiserende leger fra legevakt ved å sette aldersgrense til 60 år, var foreslått forkastet av sentralstyret. Det fikk imidler-

Forts. side 22.

Distriktslegen — vår tids husman

ÅPENT BREV TIL RUTH RYSTE

Jeg har arbeidet som distriktslege i Brønnøy legedistrikt, Vik i Helgeland, snart i 7 år og tillater meg å komme med en del synspunkter på den aktuelle situasjon for helsetjenesten, slik jeg ser den.
Jeg vil først vise til uttalelser fra Helsedirektør Mork ved årsskiftet 1974-75. Det konstateres:
En lege pr. 540 innbyggere. Større tilgang av søkere til sykehusstillinger og meget god søkning til det offentlige helsevesen. Ingen vakante distriktslegestillinger.

Situasjonen er en helt annen idag, og en kan bl.a. tenke seg følgende årsaker for de offentlige legene i utkantdistrikter av Norge:

1) Egen arbeidssituasjon
2) Bedrede alternative arbeidssituasjoner
3) Forverret "ytre arbeidssituasjon".

Ad. 1) Egen arbeidssituasjon.

Fra 1971 har jeg ukentlig i eget legedistrikt hatt 60-70 timers arbeidsuke. Ca. 1/3 av årene har jeg betjent nabodistrikt ved ledighet. Befolkningen er derved fordoblet fra 2.500 innb. til ca. 5.000 innb. Legedistriktets areal er øket fra 230 kvkm til ca 1.740 kvkm. Dette er etter pålegg fra Fylkeslegen i henhold til Kgl.res. av 18.juli 1913: Instruks for distriktsleger.
Ved bestyrelse av nabodistrikt og i ferietiden er arbeidsmengden vesentlig over 60-70 timers uke.
Nabodistriktslegene har vikariert for hverandre ved ferieavvikling. Ingen organisert vikartjeneste for avvikling av feriene.
Dekning av ledighet i distrikter ved kursdeltagelse, permisjoner og sykdom skjer ved nabodistriktsleger. Dette reduserer mulighetene for kursdeltagelse.
Distriktsleger registrerer at arbeidssituasjonen for andre grupper i samfunnet bedres stadig.
Distriktslegen har det fulle ansvar for distriktshelsetjenesten i sitt distrikt.
Praksisinntektene fra Folketrygden skal dekke hans driftsutgifter ved kontoret til utstyr og personell, legevakttjeneste hele døgnet for befolkningen.
Inflasjonen, øket beskatning, prisstigning på materiell, lønn og sosiale utgifter til hjelpepersonell, alt dette i forhold til en relativt svekket "Normaltariff", har redusert legenes nettoinntekter.

Det er akseptert i en kommune med ca. 2.500 innb. en nettoutgift husmorvikarer på kr. 50.000, til hjemmehjelp kr.95.000 og til hjemmesykepleie kr. 60.000. Legehjelp til denne befolkning har aldri belastet det kommunale regnskap. Skatten av legens inntekter har derimot vært en god inntekt for de mindre kommunene.
Legen skal være tilstede i legedistriktet, han skal kunne kontaktes til alle døgnets tider av enhver som føler behov for det.
I en slik situasjon tror jeg mange leger føler seg som vår tids Husmenn.

Ad. 2) Bedrede alternative arbeidssituasjoner.

Leger med interesse for distriktshelsetjenesten har de senere år funnet flere gode alternative arbeidssituasjoner. Her nevnes noen som en tror er viktige:

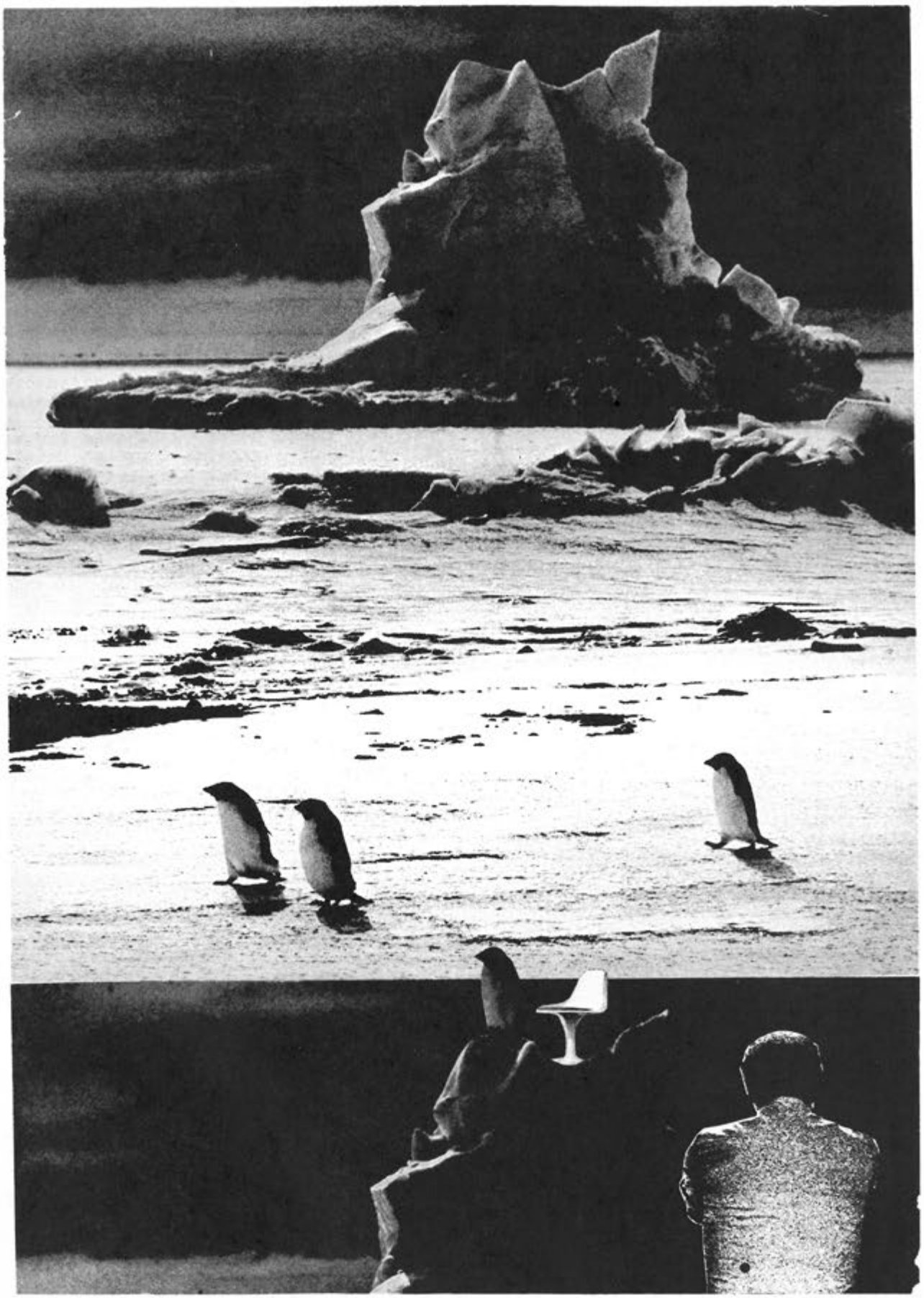
a) Sosiallegestillinger for større kommuner. Legene oppnår her fast arbeidstid og fritid samtidig som mange av distriktshelsetjenestens gjøremål utføres.

b) Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø.
Denne loven hjemler i § 23 opprettelse av arbeidsmiljøutvalg med ansettelse av bl. a. bedriftsleger. Etter lovens intensjon blir det et antall bedriftslegestillinger som svarer til det totale antall offentlige legestillinger i dag, som er ca. 600.

c) Legestillinger ved kommunale helse- og sosialsentre. Viser til stilling i Oslo Kommune, Helserådet, avd. for almenhelsetjenesten, januar -77. Her tilbys kr. 112.223 pr. år med arbeidstid 38 timer pr. uke. Utenom arbeidstiden kan legen ta sykebesøk i distriktet mot honorar etter "Normaltariffen."

Det synes klart at Oslo Kommune på sitt budsjett for Helserådet har en nettoutgift for å skaffe innbyggerne av kommunen primærhelsetjeneste på tilsvarende måte som for hjemmehjelpen, husmorvikarer og hjemmesykepleien.
Bergen Kommune arbeider med nyorganisering av primærlegetjenesten, og det er sannsynlig at flere større byer følger etter for å skaffe innbyggerne bedre primærlegetjeneste.

Det tragiske i situasjonen er at ingen av de mindre kommuner har konkrete planer om en



Open Spaces

primærlegetjeneste for kommunen som vil koste kommunen noe. Det som oftest foregår, er småkrangel mellom lege/turnuskandidat og kommunen om småbeløp i form av husleie eller om inventar.
Dette må bære galt avsted for de mindre kommunene og befolkningen der.

Ad. 3) Forverret "ytre arbeidssituasjon".

Med distriktslegens ytre arbeidssituasjon tenkes på mulighetene av å kunne henvise pasienter til behandling hos spesialister eller spesialsykehus.
Største vanskeligheten har en idag for Nordland fylke når det gjelder psykiatri.
Her vises til rundskriv fra overlegene ved Rønvik sykehus som skriver at
"Legemangelen tvinger sykehusets almenpsykiatriske avdelinger til en uønsket begrensning når det gjelder pasienter som søkes innlagt,og en streng prioriteringsordning av de pasienter som blir mottatt.
Fra 1.3.77 vil sektoravdelingene NORD og SØR bare kunne motta akutt behandlingstrengende pasienter, f.eks.:
- Alvorlige, svære psykoser med akutt behandlingsbehov.
- Psykiatriske tilstander som antas å innebære alvorlig fare for eget eller andres liv (suicidal-/homicidalfare).

Andre pasienter kan bare påregnes mottatt i den utstrekning det ikke skjer til fortrengsel for akutte behandlingstrengende pasienter.
I realiteten innebærer dette at inntak av f.eks. pleiepasienter, alkohol- og andre misbrukere, karakteravvikere og andre med ikke psykotiske adferdsforstyrrelser,lettere psykiatriske lidelser av nevrotisk, nevrastenisk eller depressiv natur o.l. ikke kan finne sted,eller bare i minimal utstrekning.
Avdelingens behandlere vil prioritere skriftlig og telefonisk rådgivning til de primære instanser i den utstrekning dette vil være mulig.
Poliklinisk/ambulant undersøkelse/behandling utover avtalt ettervern i enkelte tilfelle kan i alminnelighet heller ikke påregnes."

"Regionaliseringen" har gjort at tidligere muligheter til behandling utenfor Nordland fylke har falt bort uten at "Regionaliseringen" har bedret tilbudene i Nordland. Tilsvarende som for psykiatriske lidelser gjelder rheumatiske lidelser.
"Regionaliseringen" medfører kanskje økte økonomiske ressurser og nye stillinger i Nordland, men som vi ser, er det ikke ensbetydende med bedre service til befolkningen.
Sosialdepartementets budsjett er begrenset. Nok kvalifisert personell i alle deler av landet er en forutsetning for at kostnadene til helseservice skal bli lik i de forskjellige deler av landet. Dette må være den overordnede både moralske og politiske målsetningen for helsetjenesten.
Administrative tiltak som "Regionaliseringen" bør utstå inntil nødvendig og kvalifisert personell er tilgjengelig i alle deler av landet.

Konklusjon:

Mye av helsetjenesten synes tilfeldig og uten styring samtidig som nye administrative forslag fremsettes som trolig forverrer situasjonen.
Vi har fått Lov om helsestasjon, midlertidige retningslinjer for drift av hjemmesykepleievirksomheten og lovforslag for bedriftshelsetjenesten.
Det som burde ha kommet først, en lov om helsetjenesten utenom sykehus, mangler vi fortsatt.
Bedre muligheter for vaktsamarbeide for distriktsleger og flere nye distriktslegestillinger er selvfølgelig tiltak som ikke gjør situasjonen verre for noen, men det anses nødvendig med mere omfattende tiltak.

Oslo Helseråd, avd.for almenhelsetjeneste, har satset på en ny organisasjon av almenhelsetjenesten for Oslo. Jeg tror hele det offentlige helsevesen bør organiseres på tilsvarende måte. Trolig vil vi da komme tilbake til tilstanden ved årsskiftet 1974-75 da det var meget god søkning til det offentlige legevesen uten vakante distriktslegestillinger.

Vik, 20.6.77
Einar Einarsen

From midnight sun to midnight suppers, there's so much to go for.

Legesituasjonen i Trondheim

Av Alm.praktiserende lege Geir Jacobsen

Det er vanskelig å komme inn til lege i Trondheim. Dette er et faktum de fleste i denne byen, ofte smertefullt, har fått erfare. Men om publikum er kjent med dette faktum, er det like sikkert et velkjent og smertende faktum for de av oss som sitter på mottakersiden og arbeider i den primære helsetjeneste, som praktiserende leger.
Trondheim er dårlig stilt når det gjelder alment praktiserende leger, faktisk den dårligst stilte blant landets byer. Trondheim har i dag ca. 140.000 innbyggere. I byen er det ca. 30 alment praktiserende leger i heldags virksomhet. Dette gir en dekning på vel 1 lege pr. 5.000 i heldagsvirksomhet. I Stortingsmelding nr. 12 (1976-77) om fremtidig etterspørsel etter og tilgang på visse typer helsepersonell opereres med en dekning tilsvarende 1 primærlege : 2.000 innbyggere. Enkelte mener til og med at tallet bør ligge så lavt som 1 lege : 1.300 innbyggere før man kan snakke om en god dekning i den primære helsetjeneste. Med denne Stortingsmeldingen for øyet må de som driver almenpraksis i full virksomhet i Trondheim, ligge mellom 70 og 110, og ikke ca. 30 som i dag.

Hva forstår vi med alment praktiserende lege? Denne dekker, kort sagt, folks behov for alminnelige legetjenester. I motsetning til almenpraktikeren, generalisten, har vi spesialisten. I hovedtrekk er denne ofte mer konsentrert om det syke organ som bringer pasienten til ham, enn om en totalvurdering av pasienten og den effekt sykdommen har på hans samlete funksjonsevne. Dette er almenpraktikerens arbeidsfelt. Behovet for alminnelige legetjenester dekker almenpraktikeren, ideelt sett, på grunnlag av det kjennskap han har til pasienten, hans kroppslige,psykiske og sosiale status og disse faktorers betydning for oppkomst av sykdom. I nostalgisk språkbruk snakkes det om huslegen eller den faste lege som har hånd om hele pasienten, hans familie og omgivelser, og som pasienten kjenner seg trygg på, takket være tidligere kontakt. Huslegeprinsippet har vi til en viss grad klart å opprettholde i distriktshelsetjenesten.
Professor Peter F. Hjort har klargjort at tryggheten er grunnpillaren i huslegeprinsippet. Andre faktorer som betinger denne tryggheten er: nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet. Når det gjelder distriktshelsetjenesten, forstår en umiddelbart at disse grunnpillarer blir meget usikre når distriktet er helt uten lege. Slik er tilfellet mange steder i landet. Tryggheten blir borte med legen, nærheten eksisterer bare i nabokommunen, tilgjengeligheten svekkes ved de lange avstander og dårlige kommunikasjonsforhold.
Mangel på kontinuitet forstås best ved det faktum at 50% av de leger som for 3 år siden var knyttet til distriktshelsetjenesten, i dag driver annen form for legevirksomhet.

Den rosa drøm om den faste lege passer dårlig med en hverdag som ofte kan virke grå, både for pasient og lege. Alle såkalt ansvarlige snakker imidlertid varmt om en opprustning av den primære helsetjeneste. Til tross for dette står i dag adskillige legedistrikter tomme, i motsetning til i 1975 da alle legedistrikter i landet var besatt. Takten i utbyggingen av sykehusene skal bremses. Allikevel trekker disse til seg leger som fluepapir. Hvor er sammenhengen?

Passer de beskrevne forhold med det vi finner i de større byer, som f.eks. Trondheim. Nei, ikke umiddelbart, for her kan forholdene ofte være mye verre. Med den legedekning som vi har i Trondheim, er det i første rekke tilgjengeligheten på leger som mangler. Og den tryggheten som huslegeprinsippet hviler på, forsvinner når legen ikke er tilgjengelig. Med manglende nærhet for store deler av byen: Østbyen, Lade, Charlottenlund, Ranheim, for å nevne noen, blir også tryggheten borte. Etableringen av Risvollan legesenter (1974) har bragt en enslig svale til hele det store sør-østlige hjørne. Men èn svale gir som kjent, heller ingen sommer på de kanter. Midtbyen har fra gammelt vært relativt godt dekket. Enkelte eldre almenpraktikere har falt fra. Til gjengjeld har kommet Sentrum legekontorer (1975) som har innarbeidet seg ganske lett. Endel vel etablerte enmannspraksiser finnes ellers i sentrum,dit folk fra tidligere tradisjonelt har søkt med sine helseproblemer. Av utkantene

er det faktisk Byåsen-Heimdalsområdet som, relativt sett, har den beste dekning. På Sverresborg har det vært drevet legevirksomhet, først solo, siden senter, fra 1959. Heimdal har som gammelt sentrum for den tidligere Tiller kommune, et typisk forstadspreg, og har tradisjonelt vært selvberget, også med legevirksomhet. Heimdalslegene dekker imidlertid opp for deler av tilgrensende kommuner - Klæbu og Melhus - og ellers utover Leinstrand-/Bynesetområdet. Med den utbygging som i tida framover er planlagt i denne bydelen, er det klart at den eksisterende kapasiet vil bli totalt sprengt på kort tid. Mellom Heimdal og Byåsen ligger Halset legesenter (1973) som dekker opp en stor del av det geografiske midtfelt på Vestsiden. Det sier seg imidlertid selv at de eksisterende legekontorer også for en stor del må ta hånd om pasienter fra de bydeler som er dårligst dekket, f. eks. de deler som er nevnt før.
Slik fordeler byens leger seg, ca. 30 i tallet, som i dag driver almenpraksis. Med et tilsvarende system som i Danmark eller England med pasienter på liste (="tilmeldte pasienter"), dvs. at hver lege har ansvaret for et visst antall pasienter og fungerer som deres faste lege, ville hver av legene i Trondheim hatt ansvaret for ca. 5.000 innbyggere hver. Dette er som tidligere nevnt, minst 1,5 ganger flere enn det som ansees som et ønsket maksikumstall (2.000).

Hva skjer når pasientene p. g.a. manglende tilgjengelighet og nærhet ikke har den faste lege å henvende seg til? Eller sagt på en annen måte: Hvordan får folk dekket sitt behov for alminnelige legetjenester? Svaret er: Ved lettvinte erstatninger som har trådt i stedet for den faste lege, erstatninger som etter hvert er blitt så innarbeidet blant folk at de nesten har mistet troen på at den faste lege eksisterer. Hvor tilgjengelighet eller nærhet ikke finnes, søkes annen tilgjengelighet. Den tilgjengelighet som herved oppnås, kan imidlertid aldri i kvalitet måle seg med den faste lege.

Hvor finnes da andre leger tilgjengelige, og hvordan opererer de? Svaret er: I primærlegens grenseland. Her opererer skoleleger, helsestasjonsleger, bedriftsleger, den ambulerende legevakt (daglegevakt/nattlegevakt), den stasjonære legevakt (60% almen praksis?), sykehuslegers korridorpraksis, praktiserende spesialisters utenomspesialitetspraksis og allslags annen "over gjerdet" - og bekjentskapspraksis. Alle disse surrogater for den faste lege trer i funksjon når den faste lege mangler eller ikke makter å dekke behovet for de alminnelige legetjenester.
Men, spør mange: Er det da ikke de alment praktiserende leger som virker som skoleleger, helsestasjonsleger og bedriftsleger? Jo, delvis er det slik, og helst burde det helt være slik. Almenpraktikeren har like gode, i mange tilfelle vel så gode, kvalifikasjoner for å fylle disse stillingene som mange andre, f.eks. fast tilsatte leger av de nevnte kategorier.
Forholdet er imidlertid at det for disse typer legetjenester eksisterer lover som pålegger visse offentlige instanser ansvaret for å sørge for en adekvat bemanning. For bedriftshelsetjenesten finnes det ikke slike lover, men de er under utarbeidelse. Og der hvor det eksisterer et vel definert ansvar for en adekvat bemanning, tar man det man får. Sykehusloven gjelder tilsvarende for alt helsearbeide innenfor institusjon. Eksisterer det en lov for den primære helsetjeneste? Nei. Riktignok har vi loven om distriktshelsetjenesten, men den stammer tilbake fra 1912 og dekker på langt nær alt det arbeidet som faller inn under dagens primærhelsetjeneste.

Hvem har ansvaret for en anstendig primærlegedekning, f.eks. i de store byene? Ingen. Hvem taper mest på at det er slik? Uten tvil pasientene.
På grunn av den stadige strøm av pasienter fra den lege som er tilgjengelig i det ene øyeblikk, til neste lege som er tilgjengelig i neste øyeblikk, faller muligheten for en "fast lege"-ordning bort. Sammen med dette faller også grunnlaget for et godt pasient-lege-forhold bort.
Forholdene i Trondheim er et godt eksempel på hva mangel på ansvar fører til når det gjelder arbeidet med å bedre den dårlige primærlegedekningen. Prosjekteringen for å etablere et nytt legesenter på Valentinlyst har pågått i alle de bortimot 4 år som jeg har virket i denne byen. Det vil sannsynligvis ta minst ytterligere 1 år før dette legesenteret kan realiseres. Når det på denne måten tar så lang tid før 3 leger får etablert seg, hvor lenge må vi da vente på de 70-80 øvrige primærleger som Trondheim virkelig trenger.

Fra pressens omtale av langtidsbudsjettet for Trondheim får en det inntrykk at arbeidet med å bedre legedekningen er ført opp med 0 kr. En kan være fristet til å spørre på hvilken måte de får dekket sitt behov for alminnelige legetjenester, de som på denne måten torpederer muligheten for å bringe byen ut av den eksisterende krise?
I oktober i fjor nedsatte riktignok Trondheim kommune et utvalg for å vurdere tiltak for en bedre primærlegedekning. Primærlegenes 3 representanter har hittil hatt lite å berette om utvalgets virksomhet.
Bergen kommune har hatt et tilsvarende utvalg til å komme med en utredning. Denne utredning startet i 1975 og foreligger nå. Konklusjonen fra dette utvalget er at Bergen vil trenge en netto tilgang på 100 leger i almen praksis fram til 1986. Til sammenligning kan en regne ut at Trondheim tilsvarende vil trenge 70-80 leger dersom en regner med en viss avgang og en videre økning i befolkningstallet. På kort sikt, d.v.s. innenfor de nærmeste 3-4 år, kan en imidlertid trygt slå fast at Trondheim trenger rundt 30 nye leger i almen praksis for å unngå kaos i den primære helsetjeneste. Hvis ansvar er det å unngå dette kaos?

Den primære helsetjeneste og ansvaret for å sikre en adekvat og anstendig primærlegedekning bør være et offentlig anliggende. Det bør

Forts. side 22.

Folkebedrag eller «Det tekniske imperativ»?

> In their desperate search for funds, national organizations interested in cancer or cardiovascular disease bombard the public with public-relations maneuvers that rival the promotion of cereals and dog fodds and that offer, in my opinion the misleading implication that if only enough money were made available, dread diseases would be eliminated pronto.
> (Franz J. Ingelfinger, juni 1977)

HJERTEKIRURGI I FOKUS

De aller fleste av våre store kanoner innen hjertekirurgien har i løpet av sommeren avslørt sin mangel på balansert helsesyn. Store oppslag i dagspressen forteller leserne og velgerne at det er ventelister for hjertekirurgi, pasienter dør på venteliste. Løsningen er luftbro til USA, større bevilgninger til avdelingene. Det snakkes om behov som om det skulle være en objektiv størrelse, og situasjonen fremstilles som om pasienter som ikke kommer til operasjon vil dø i ventetiden, men kunne vært reddet til et langt og lykkelig liv dersom de tidligere hadde kunnet bli operert.

Våre helsemyndigheter, og de politikere som har uttalt seg, har heldigvis vist motstandskraft mot det meget sterke angrep de er utsatt for. Man har sagt seg villig til å utrede hvor vidt det er et reelt behov for å utbygge hjertekirurgien i landet, og hvilke konsekvenser bruk av ressurser innen dette felt vil få. Dette er kirurgene imidlertid ikke fornøyd med, man krever handling her og nå.

Det som er det ubehagelige ved hele situasjonen, er at det jo er angina pectoris, operasjon av kransarteriene som har øket etterspørselen etter åpne hjerteoperasjoner. Angina pectoris er som kjent en sykdom som treffer produktive menn i siste halvdel av deres aktive livsavsnitt, og som ikke vil la noe stå uprøvet av terapeutiske inngrep. De terapeutiske inngrep som imidlertid er aktuelle, er vel ennå ikke evaluert slik at man kan si at en befolkningsgruppe som innfører utredninger, utvelgelse og operasjoner for sine pasienter, vil leve lenger enn befolkninger som velger en mere konservativ behandling av samme pasientgrupper. Mye tyder på at overlevelsestiden er nokså lik, mens det hevdes at de opererte får mere aktivt og smertefritt liv etter operasjonen. - At det også er påvist av placebooperasjoner fører til smertefrihet, er sjelden nevnt.
Før man setter i gang et så dyrt helsetiltak som åpen hjertekirurgi på angina pectoris, må man vel få lov å kreve at det har vist og bevist sin effektivitet.

Og så nærmer man seg problemets kjerne. Fra det tekniske imperativ fra Hypokrates, at alt skal gjøres for å redde liv, at ingen ressurser skal spares for den enkelte, har vi kommet til en stadig sterkere erkjennelse av at kunnskapene om hva som kan gjøres for å forlenge livet og forbedre helsen, langt overskrider de midler vi har for å kunne utføre de effektive helsetiltak. Alle helsetiltak må således konkurrere med andre, og ethvert nyttesløst helsetiltak må nedtrappes snarest mulig. Legene har vært alt for snare til å satse på nye terapiformer uten at de har vært evaluert, og det har vært uhyre besværlig å bli kvitt dem. Tenk bare på eksemplene med tonsillectomier, Eurol og antikatarrvaksine. For ikke si alle -raphier, opphenging av organer som var så moderne for 10 år siden.
Men befolkningen kan ikke vite hva som er effektive helsetiltak. De må overgi seg til legenes utsagn, og når diverse doctores medisinae uttaler seg direkte til dagspressen, oppstår det ubehagelige press på helsemyndigheter og politikere. Ikke en gang Karl Victor Hall sitt innlegg (debattinnlegg på originalartikkelplass) i Tidsskrift for Den norske legeforening om den kostbare kirurgiske behandling, viser noen antydning av epidemiologisk tenkning eller forståelse for ressursproblematikken. Hans behovanalyse lyder som følgende: .....
"....På dette felt er imidlertid våre hjemlige ressurser utilstrekkelige. Det er vanskelig å avvise disse problemene når man vet at en rekke pasienter her i landet har angina pectoris av invalidiserende grad, at mange i relativt lave aldersgrupper, dvs. under 60 år, er invali-

Forts. side 15

Om almenpraksis — av primærleger

v/distriktslege Jan-Ivar Kvamme, Alta

Vi som arbeider innen distriktshelsetjenesten, har i alt for stor grad overlatt til folk fra andre spesialområder å skrive lærebøker, holde kurs og holde foredrag om almenmedisin. Resultatet blir ofte at fremstillingen blir fjern fra den arbeidssituasjon og de problemkompleks vi møter i vårt daglige arbeid.

Ved en tilfeldighet ledet tre forskjellige artikler/bøker den siste uken til ovennevnte konklusjon.

MANGLENDE KUNNSKAP OM ALMENPRAKSIS

Siste UTPOSTEN har et interessant referat fra Gausdalkurset -77. Jeg var ikke på kurset - som etter referatet å dømme var et av de beste hva gjelder relevans til almenpraksis.

UTPOSTEN's referent har imidlertid en del viktige kommentarer:

- om microbiologi i almenpraksis: "Det som slår meg når jeg hører spesialister som Berit Hovig, er manglende kjennskap til almenpraksis"
- om antibiotika i almenpraksis: "Dr. Ketil Melby skulle fortelle oss om antibiotika i almenpraksis. Han hadde vel ikke så mye greie på almenpraksis, men en del tips kom han med."
- om orthopediske problemer i skolealderen: "Jeg tviler ikke på at forskeren Terje Johannessen har rett i at fysioterapeuter og leger ikke bedømmer samme holdningsfeil likt, men jeg tror han har lite greie på skolelegers bedømmelse av skolebarn og deres mulighet for å innvirke på skolebarns helse. Dette omfatter nemlig ikke bare holdning, men like mye kjennskap til det miljø barna lever i, sammenheng mellom vanskeligheter i hjemmet og psykiske skavanker."

Dette er synspunkter som er høyst adekvate i opplegg og vurdering av alle de mange kurs som arrangeres rundt om i landet for primærleger.

Det skulle være et selvsagt krav at de som doserer, kjenner de arbeidsforhold det som doseres skal praktiseres i. Kanskje vi primærleger etter hvert i større grad skulle ta hånd om vår videreutdannelse?

MANGLENDE REPRESENTASJON AV ALMENPRAKTIKERE

Aprilnummeret av Nordisk Medicin har en interessant rundebordskonferanse om rheumatikeromsorgen. Naturlig omhandler en stor del av konferansen distriktshelsetjenesten. Det er her de fleste rheumatologiske diagnoser stilles, pasientene henvises herfra til spesialinstitusjonene, og her blir de tatt hånd om etter innleggelsen.

Konferansen omhandlet sentrale spørsmål innen distriktshelsetjenesten som tidlig diagnostikk, sosialmedisinsk omsorg, langtidsbehandling, ambulerende spesialleger, ambulerende sykehusteam og videreutdannelse av primærleger. Ingen primærleger var innbudt til konferansen. Mange av oss har opplevd dette så mange ganger at vi har sluttet å undre oss over at til og med seriøse tidsskrift som Nordisk Medicin omhandler viktige forhold i distriktshelsetjenesten uten å sørge for at spesialleger i almenmedisin er innbudt.

OM ALMENPRAKSIS - AV ALMENPRAKTIKER

Etter dette er det en glede å kunne anbefale en lærebok i almenmedisin av en almenpraktiker. Den danske almenpraktiker Flemming Frølund har 20 år bak seg i almenmedisin. Hans bok: "Almenmedicinske farmakoterapi. Behandling med lægemidler i almenpraksis", bærer preg av dette.

Noen sitat fra boken skulle presentere innholdet:

"Rationel farmakoterapi er et akademisk begreb, der først og fremmst beskæftiger sig med veldefinerede sygdommer eller sygelige tilstander. Det bygger på bestanddele som korrekte diagnoser og klare indikationer, de rette medikamenter i passende dosering gennem passende tid og omhyggelig vurdering af mulige ulemper i forhold til den ønskede virkning.

Rationel farmakoterapi er et begreb, der væsentlig kender patienten som genstand for en terapeutisk hensigt, dvs. som rationelt fungerende indtager af medicin. Det forutsætter, at pasienten tager sin medicin, som lægen har forestillet sig, og lever et begivenhedsløst liv uden måltider og andre forstyrrende hændelser, der kan gribe ind i de terapeutiske hensigter. Når megen omtænksom farmakoterapi ikke giver det tilsigtede resultat, er det blandt andet fordi disse forutsætninger ikke er opfyldt.

Hvis almenpraktiserende læger, nuværende som kommende, går ud fra, at det rationelle terapibegreb, som er det eneste, de har lært om, faktisk er rationelt, bliver de overrasket. De skuffes over, at tingene ikke arter seg, som de burde. Skuffelsen bør

føre til erkendelsen af, at rationel farmakoterapi nok er rationel, men på sine egne forutsætninger og afgjort ikke altid på patienternes.

Begrebet er for snævert. Almenmedicinsk farmakoterapi må være like så fjernt fra åndløs, anvendt farmakologi som fra medikamentel løssluppenhed, bare for at gøre noget.

Hvis lægemiddelbehandling i almenpraksis skal føre til noget rimeligt, må den være virkelighedsnær. Man må have patienterne med sig, og der er både farmakologiske og farmaceutiske, menneskelige og sociale forhold at tage hensyn til.

På den baggrund må almenmedicineren forme sig et supplement til det traditionelle begreb, rationel farmakoterapi. Supplementet hedder realistisk farmakoterapi. Til den ende må han fastlægge og tage hensyn til de mange faktorer, der påvirker sandsynligheden for, at ordinationen bliver til terapi."

Boken har en god del mangler og kan på ingen måte erstatte den tradisjonelle farmakoterapi - og er heller ikke ment til det. Men det er mye nyttig å hente fra de 116 sidene.

For meg har imidlertid denne boken vært en antydning av veien fremover.

Jeg tror vi almenmedisinere i langt større grad enn nå må gi oss i kast med å systematisere vårt spesialfelt, selv holde kurs og selv skrive lærebøker.

Vi har mange vektige unnskyldninger for å ikke ha gjort det til nå: tidspress, manglende bemanning, utilstrekkelige bevilgninger osv.

Men når nå distriktshelsetjenesten omorganiseres og forhåpentligvis utbygges, må vi sørge for at det blir innebygget menneskelig overskudd som gir mulighet for å utvikle de almenmedisinske prinsipper, metoder og terapiformer. Almenmedisin er nemlig noe mere enn degenerert sykehusmedisin.

Alta, 20.juni 1977

av 70 på ventelista
rde opereres straks

Kritisk for Oslos hjertepasienter

til USA?

surs-mange
asienter dør

Folkebedrag eller . . .

Forts. fra side 13.

disert i enhver henseende på grunn av sin angina pectoris, og at bortimot 50% av disse vil egne seg for coronarkirurgi."
Og snakk om ressurser.
Dr.med.T.Frøysaker uttaler i en artikkel i Arbeiderbladet 14.juli -77: "Økningene fra 250 opererte pasienter i 1970 til 505 i fjor, og sannsynligvis 560 i år, skyldes ikke støtte fra offentlige helsemyndigheter,men rasjonalisering og omstrukturering innen avdelingen."
- Man får i alle fall håpe at de omtalte rasjonaliserings- og omstruktureringstiltak også hadde skjedd dersom det offentlige hadde gitt støtte og bevilgninger til avdelingen, kirurgisk avdeling A, Rikshospitalet.

Hjertekirurgien må finne seg i å konkurrere med andre helsetiltak, og i økende grad helsetiltak som representerer mykere verdier,som er forbrukerorienterte, mindre tekniske og dramatiske enn hjerteoperasjoner.
Vi trenger ikke flere hjertekirurger, men vi trenger høyt kvalifiserte leger som er villige til å studere og forfine faget samfunnsmedisin. Vi trenger et skikt av leger mellom administrasjon og politikere på den ene side, og spesialinteresserte grupper som vil fremme sine egne interesser,på den annen side, -som har studert helseøkonomi, medisinsk sosiologi, administrasjon, systemanalyse, medisinsk historie og de felt som gjør det mulig å ta avveide beslutninger vedrørende de forskjellige konkurrerende helsetiltak. Bare på den måten kan man forhindre at lignende helseimperialistiske fremstøt får utbredelse i et alt for legesakhungrig massemedia.
Vi må regne med mange lignende episoder i tiden fremover. I Amerika er det f.t. overskudd av kirurger, kirurgien er dyrere enn den jevne amerikaner kan betale for seg selv, mens Norge har et relativt ressurssterkt trygdeapparat. - Personlig er jeg villig til å vedde et gratisabonnement på UTPOSTEN på at det første fly med hjertepasienter går til Millwaukee eller Houston i løpet av et år.

Harald Siem

MØTE MED HELSE-
DIREKTØREN VÅREN -77

Hva sa Helse-direktøren på Bygdøy 23. og 24. mai 1977?

Han fortalte at 45 distriktslegestillinger nå står ledige. De fleste av disse er enlegedistrikter, og han mente en viktig årsak til at disse distrikter står ledig er belastningen med vikariat i nabodistrikt.

I 1977 er det bevilget penger til 33 nye distriktslegestillinger. Helserådene som for et år siden hadde en usikker fremtid, synes iløpet av siste året å ha befestet sin stilling. Man går fra regjeringshold inn for et statlig offentlig helsevesen, d.v.s. distriktslegen som statsansatt. Helserådene vil, når det gjelder næringsmiddelkontroll, bli fritatt for kjøttkontrollen, men fremdeles være hovedansvarlig for næringsmiddelkontrollen. Det foregår en samordning og effektivisering av lover og regler på næringsmiddelområdet for tiden.

Mork fortalte videre om planer for lovendringer innen miljøvernsektoren, men lite er avklart på dette området foreløpig.

Man venter på St.melding om funksjonshemmede i samfunnet, og i den forbindelse vil distriktshelsetjenesten stå helt sentralt for å bringe teoretiske formuleringer ut til klientene som kan ha nytte av forslagene. Det er videre planer om et nytt system for registrering av funksjonshemmede barn. Helsedirektøren nevnte videre at det er igang prøveordning for utprøving av tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede i Telemark.

Narkotika.

Det har i tidsrommet 1975-77 kommet en drastisk reduksjon på 52% av forskrivninger på legemidler i gruppe A. Redaktøren vil for egen del tilføye at denne reduksjonen ikke bare skal ses på som positiv. Jeg har et personlig inntrykk av at en del mennesker med sterke smerter blir liggende med unødvendig mye plager på grunn av legenes tilbakeholdenhet med sterke analgetika.

Helsedirektøren kom videre inn på St.meldingen om ernæringspolitikken i fremtiden. Dette er et interdepartementalt arbeidsområde, men sosialdepartementet er ansvarlig for at arbeidet blir gjort. Det ventes videre en St.melding om helsemessig opplysningsarbeide, spesielt er det her tatt sikte på den del av helseopplysningen som skal skje gjennom helsestasjonen.

Helsestasjonene.

Det synes å ha vært en kvalitetsbedring i utført arbeide. Helsestasjonene mangler helsesøstre og jordmødrene er ikke helt sikre på hvor de tilhører enda. Det er planer om

en tredje helsesøsterskole i Trondheim.

Hjemmesykepleie.

400 av landets 445 kommuner har nå innført hjemmesykepleie. En del forsøksordninger igang i Trøndelag og Hedemark, med tilknyttet fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleiere, logoped, fotpleier til virksomheten.

Sykehuskontoret.

Helsedirektøren regnet med utbygging av ca. 2000 nye sykehjemsplasser pr. år til utgangen av 70-årene. Deretter vil det bli en del reduksjon med vesentlig vekt på sanering av gamle lite tidsmessige sykehjem. Iløpet av de siste årene har det skjedd en generell høyning av standarden ved sykehjemmene, man har fått regler om at minst 75% av sengene skal være på enerom.
I fremtiden vil det også bli større behov for daghjemsplasser i sykehjemmene.
Fylkenes helseplaner er nu kommet inn til sosialdepartementet og vil sannsynligvis bli ferdigbehandlet iløpet av året. Unntatt fra dette er helseplanene for Oslo, Akershus og Østfold.

Under spørsmål etter foredraget ble det påpekt fra statslege Gevelt i Moss at det har skjedd meget lite innen primærhelsetjenesten de siste 40 år. Han hadde vært så ulykkelig å besøke sitt gamle legedistrikt i Nordland, som han forlot for 40 år siden, og han kunne ikke se at det hadde skjedd noen ting iløpet av disse 40 årene. På samme tid reiste han forbi det ene store velutbygde sykehus etter det andre, som hadde slukt milliarder av kroner.

Helsedirektør Mork ville ikke påta seg ansvaret for manglende utvikling innen primærhelsetjenesten i hele siste 40-års perioden, men var enig i at satsing på primærhelsetjenestens område nu er meget viktig.

Distriktslege Kvamme kom med et intrikat spørsmål angående såkalte forbrukerundersøkelser på primærhelseområdet. Han trakk frem eksempler fra Alta hvor Lasse Efskind m.f. hadde gått igang med intervjuundersøkelser av befolkningen uten at det lokale helseråd var varslet. Og dette på et tidsrom hvor nytt helsetilbud var iferd med å igangsettes, altså et meget ubeleilig tidspunkt for den primære helsetjenesten i området. Helsedirektøren mente at slike ting var meget beklagelig, og oppfordret samtlige til å gi beskjed til helsedirektoratet så snart slike ting dukket opp rundt om i distriktene.

Mitt generelle inntrykk av møtet på Bygdø i år var for det første en enorm oppslutning fra de offentlige leger, hvilket er meget positivt for standen. Jeg synes videre at jeg fra helsedirektørens side merket sterkere enn noen gang ønske om å kjempe med de offentlige leger for en skikkelig utbygget primærhelsetjeneste og mot en sentralisert teknifisert sykehusservice med åpne poliklinikker. Han mente imidlertid at våre legekolleger på sykehusene hadde en enorm politisk makt når de unisont gikk inn for å bygge ut sykehuskolosser med åpne poliklinikker, og at politikerne, som jo er lydhøre for folkeopponionens mening, hadde lite å stille opp dersom institusjonsleger hisset opp debatten til institusjonenes fordel.

Planleggingssystemet etter plan- og forsøksloven

Planleggingssjef Alfred Kvalheim orienterte om meget vidløftige fremtidsvyer, nemlig midlertidig planleggingslov for sosial- og helsetjeneste utenfor institusjon. Selve planutkastet kommer hver kommune i hende iløpet av sommeren eller høsten 1977. Kommunene er pålagt ansvaret for at planleggingen blir gjennomført, og dette er meget omfattende saker. Det skal skje en samordning av sosial- og helsetjenesteplanlegging på kommunalt plan. Dette skal samordnes på fylkesplan og syes sammen til en plan for hele landet. Det samme gjelder institusjonene på det kommunale plan.

Planleggingsarbeidet er grundig forberedt og man vil få tilsendt tilnærmet ferdige lister som skal utfylles med tall. Her vil det i pkt 1 bli tatt med dagens forhold med de eksisterende tiltak og tjenester. I pkt. 2 skal man sette opp hvilke behov som finnes, hvilke problemer man har støtt på, en vurdering av dagens forhold med eksisterende tiltak og tjenester. Hva i dagens forhold er tilfredstillende, hvilke behov er udekket, hvilke endringer kan ventes i fremtiden og hvilke prioritering av behov bør settes opp.

Som pkt. 3, og som en naturlig fortsettelse av pkt. 2, kommer de oppgaver som skal løses, og endelig som pkt.4 kommer som konklusjon forslag til planer og antydning om hvilke ressurser som trengs for å oppfylle disse planene.
denne planleggingen omfatte alt som heter legetjenester, tannlegetjenester, helsesøstertjeneste, helsestasjoner, jordmortjeneste, hjemmesykepleie, fysioterapeuter, apotek, helseråd, ambulansetjeneste og helsesentra.

I debatten etterpå ble Kvalheim bombadert med spørsmål om sentrale myndigheter aldri kan lære at man ikke må gå ut med så omfattende planlegging. Man har sett hvordan det har gått med sykehusplanene og dette her er jo noe i samme retning.

Kvalheim forsvarte seg så godt han kunne og påpekte meget riktig at det ikke var han som hadde funnet opp loven. Det ble videre understreket at den offentlige lege ikke har noe planleggingsansvar i denne forbindelse. Da dette er pålagt kommunen er det meget mulig at den offentlige lege kan bli aktivt utmanøvrert slik at man ikke en gang får se planene for helsetjenesten. Det ble fra våre egne rekker derfor innstendig anmodet de offentlige leger om å holde øyne og ører åpne, slik at ikke alt som heter helseplanlegging i kommunen skjer uten at en eneste fagkyndig har vært med på det. Dette har jo skjedd tidligere.

Kvalheim kunne videre fortelle at godkjenningen i begynnelsen er lagt til departementet. Dette vil etter som tiden går sannsynligvis bli desentralisert til fylkene.

Fra salen kom spørsmål om hvordan det kan skje at poliklinikkene på Haukeland har blitt prosjektert med kapasitet på 300 000 konsultasjoner pr. år, da dette selvfølgelig vil drepe alt som heter primær helsetjeneste i Bergen. Noe skikkelig svar ble det ikke gitt på dette, men det er helt klart at dersom planleggingen ikke kommer inn i et spor som bedre tjener primærhelsetjenesten, skjener hele utviklingen innen den norske helsesektor over på sykehus og åpne poliklinikker, hvilket igjen fører til at folk i distriktene kommer til å mangle helsetjeneste.

Ledige plasser ved kurs for offentlige leger på Bygdøy høsten 1977.

Rapport fra Lystad MSIS

Utpostens redaksjon har en egen evne til å møte dr. Lystad ved de fleste sammenkomster utenfor Aukra legedistrikt. Distriktslegemøtet på Bygdøy i 1977 var heller ikke her noen unntak. Det beste er imidlertid at Lystad som regel har noe å fortelle, og han får derfor ofte spalteplass i Utposten. Denne gangen fortalte han om meldefrekvens på MSIS. Han tok for seg en spesiell uke i 1977 og fortalte at de ialt hadde 1847 meldeenheter som skulle sende inn melding. 57% av disse svarte til rett tid, ytterligere 3 % kom litt for sent, tilsammen svarte altså 60% av meldeenhetene.
Det blir 40% som ikke svarer, 20% av disse hender det en sjelden gang sender inn skjema mens 20% aldri melder.
De største helserådene er de dårligste til å melde, og det er jo tydelig de største helserådene som er de største svakheter i systemet. Lystad meddelte bl.a. at de som kjører legevakt i Oslo ikke meldte til dette registeret.
I den forbindelse må man jo ha lov til å spørre seg i hvor stor utstrekning det er tilrådelig å offentliggjøre absolutte tall fra disse statistikker i dagspressen.

Under diskusjonen ble det tatt opp hvor vidt det var naturlig med et eget skjema for å melde nominativt meldepliktige sykdommer til det stedlige helseråd til SIFF og den lokale fylkeslege.
Lystad fortalte at bruken av de respektive mikrobiologiske laboratoriers rekvisisjonsskjema var ment som en praktisk løsning for å unngå for mange skjemaer. De mikrobiologiske laboratorier i Norge har imidlertid ikke særlig godt samarbeide, og har derfor aldri klart å samordne skjemaene slik at disse blir ensartede.
Alle de mikrobiologiske laboratorier har verdens beste skjema sett ut fra sin synsvinkel.
Igjen kom spørsmålet om samarbeid sykehus/primærlege opp, og det viser seg at sykehusene er noen av de dårligste meldere og de skal bare melde til sykehusets helseråd, ikke til helserådet i den kommune hvor den syke bodde eller bor. Dette må jo være en fullstendig feil fremgangsmåte, og jeg kan ikke skjønne annet enn at sykehuslegene må pålegges å gi beskjed til det stedlige helseråd og den lokale lege slik at ytterligere sykdom kan forebygges.
Det ble videre påpekt at kjønnssykdommer i tillegg til å meldes på ukeskjemaene, også skal meldes på vanlig måte slik som de ble meldt tidligere. Det kom videre frem at det er dårlig samarbeide mellom hygienekontoret i helsedirektoratet og MSIS.
Samtlige av de fremmøtte som hadde ordet roste initiativet med ukerapporten tilbake til hver meldeenhet, og mente at denne informasjonsmåte er vesentlig bedre enn det som hygienekontoret og helsedirektoratet generelt kan varte opp med.

Per Wium

Midlertidige forskrifter for ny oppgjørsordning for Helse- og sosialsentra

Endelig mulighet for å slippe unna normaltariffen og skrive regningskort.

Overl. Ødegård i Helsedirektoratet gjorde rede for planer om oppgjørsordning i Helse- og sosialsentra. Han understreket med en gang at dette ikke er noen total løsning av landets helseproblemer. Det er heller ingen løsning på primærhelsetjenestens problemer. Men det er et skritt på veien for å unngå altfor skjev utvikling innen primærhelsetjenesten.
Det er videre et tilbud til helsearbeidere om en ny type avlønnings system. Han understreket meget sterkt at dette ikke er et system som

totalt skal fortrenge stykkpris systemet. Det er et system som skal komplettere stykkpris systemet og normaltariffen. Det har videre hatt en meget trang fødsel og er forsåvidt fremdeles noe prematurt, i og med at Finansdept. ennå ikke har godkjent ordningen.

Formål:

Man skal gjennom denne ordningen sikre det økonomiske grunnlag for driften av helse- og sosialsentra. Virksomheten må i disse sentra kunne legges opp slik at økonomien ikke skal være noen bremsende faktor for fordelingen av midlene i helse- og sosialsentrene. Ordningen tar i første rekke sikte på utkantstrøk med spredt bebyggelse og begrenset mulighet til å ta nok blodprøver til å få det hele til å lønne seg. Det er dessuten tatt sikte på større byer med stor legesvikt.

Forutsetninger:
---

1. Helse- og sosialsenteret må yde service til en velavgrenset del av befolkningen dvs. til alle innen et geografisk område. Helsesenteret er ikke ansvarlig for service utenfor dette området. Det vil bli definert et såkalt helse- og sosialdistrikt.

2. Helse- og sosialsenteret må yde alle former for primærhelsetjeneste. Dvs. at det også skal ta seg av helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste bedriftshelsetjeneste. Det skal bli ydt sosialtjeneste. Det skal drives forebyggende helsearbeid innenfor psykisk helsetjeneste. Det skal selvfølgelig drives kurativt helsearbeide.

3. De enkelte deler av helse- og sosialsenteret skal ha bygningsmessig fellesskap eller i alle fall et funksjonelt samarbeid som muliggjør direkte kontakt. Man har her satt et krav om at de forskjellige deler ikke skal være lenger fra hverandre enn at men uten vanskelighet skal kunne gå fra det ene kontoret til det andre. Det te punkt i forutsetningene ble en del debattert da det var tydelig at en del av folket i salen allerede var meget interessert i systemet, men kanskje ikke hadde fått sine respektive kontoret under samme tak ennå.

4. Det er videre en forutsetning at helse- og sosialsenteret skal betjene maksimalt 8-10 000 mennesker i byene og maksimum 5000 mennesker i landdistriktene.

Hvert år skal det utarbeides et prograam for helse- og sosialsenteret hvor alle deler av arbeidet skal taes med uansett hvilke oppgjørsordninger som eksisterer i dag. På grunnlag av dette programmet utarbeides et budsjett som igjen skal gi grunnlag for trygdens refusjon. Det skal her taes med lønn for personell. For sosialtjenestens del vil det bli en refusjon på maksimum 1/3 av lønnsutgiftene. Man skal ha med arbeidsgiveravgift, pensjoner, kontorleie, oppvarming og kontorutgifter, utstyr og materiel. Man skal ha med opplæringsprogram for de ansatte og dette skal godkjennes av fylkeslegen. De bygninger som er ment for behandling vil kunne bli tatt med på samme måte som sykehjem idag, dvs. at 75% av renter og avdrag vil kunne taes med og gi grunnlag for refusjon. Pas. mellomlegg vil uavkortet gå til helse- og sosialsenteret. Det er meningen at 75% av utleggene til legitimerte utgifter skal refunderes fra staten.

Når det gjelder leger i disse sentrene, er det regnet med en lege pr. 2000 innbyggere. Det bør være minimum 2 leger i et helse- og sosialdistrikt og man må ha minimum 3-delt legevakt. Legene bør ansettes som offentlige leger med status som distriktsleger. I en overgangsordning i en overgangstid kan man få dispensasjon til å ansette legene kommunalt. Det ble understreket av over lege Ødegård at det var viktig å beholde distriktshelsetjenesten intakt innenfor systemet. Man ville videre få refundert lønn til helsesøster ev. jordmor. Hjemmesykepleien kommer inn under ordningen. Når det gjaldt 1/3 av lønnen til sosialseksjonens ansatte, ble det understreket at ordningen tar sikte på nært samarbeid, men ingen integrering. Det er departementets normer for personell på sosialkontor som er rådgivende for refusjon av lønninger. De sentra som ikke ligger opp til dette, vil ikke få refundert 30% av lønningene. I slike tilfelle hvor det f.eks. ikke er ansatt sosionom som sosialsjef, vil det være helseseksjonen som får sin refusjon.

Fysioterapeuter er ønskelig, men det er ikke satt opp som et krav. Det er meningen at fysioterapeutene også skal gå inn i forebyggende helsearbeide. Det samme gjelder psykologer som det er ønskelig skal være tilknyttet helsestasjonen.

Hjelpepersonell på helsesenteret ble diskutert en del. I reglene for helse- og sosialsentrene har man kommet frem til ett hjelpepersonell pr. 1000 innbyggere. Lægeforeningen har operert med 1 - 1½ hjelpepersonell pr. lege. Men Stortingsmelding 85 snakker om ½ - 1 hjelpepersonell pr. lege.

Boligkravene til de som arbeider i helse- og sosialsentrene vil være de samme som boligkrav til personell på sykehus. Dvs. at Husbank standard vil være et minimum.

Utstyr og materiell til helsesentrene vil sannsynligvis bli i overenstemmelse med Oslo kommunes standard for helse- og sosialsentra. Dvs. at dette vil være et minimum Man vil få med skrivemaskiner, diktafoner, kopierings utsyr osv. som en naturlig ting i kontorutsyr.

De bygningsmessige krav til helse- og sosialsentrene vil ligge på samme nivå som arealrammene i Oslo kommune. Kostnadsrammene for bygninger vil være de samme som for sykehjem. Bevilgninger til dette systemet

Forts. side 21.

Drakampen spesialpoliklinikker — Almennmedisiner

De fleste vil vel påstå at problemet ikke eksisterer. Det er vel ikke noe i det paradoks som jeg fremkaster at spesialpoliklinikker så og si tar pasienter fra almenmedisineren. La meg med en gang få understreke at almenmedisineren ikke ønsker mer å gjøre. Han ønsker vel ikke noe særlig mer penger heller, og han misunner så vel ikke sykehuslegen ekstrainntektene i forbindelse med spesialpoliklinikker.
Men som almenmedisiner og distriktslege ser jeg meg nødsaget til å rope et høyt og tydelig varsko. Advarselen gjelder den praksis som drives rundt omkring på de fleste av landets spesialpoliklinikker. Det første som slår en ved disse institusjoner er lange ventetider. Det andre som jeg vil insinuere er at man sjelden oppsøker en slik spesialpoliklinikk uten å gå derfra med et nytt kort i hånden som forteller når man skal komme til neste konsultasjon. Jeg ser også tendenser til at flere og flere spesialpoliklinikker blir mer og mer åpne for direkte kontakt fra publikum. Jeg ser videre tegn til at flere og flere sykdomer skal inn under helt spesielle poliklinikker for der å bli tatt hånd om.

Dagens aktuelle poliklinikkproblem, ligger i at staten vil begrense overlegenes poliklinikk-inntekter. Dette er inntekter som i mange tilfelle har overskredet den faste lønnen overlegene har. Et ramaskrik fra overlegenes side har vært resultatet, og det forundrer vel ingen.
Det man etter min mening glemmer oppe i all denne hyling og skriking er hva pasientene er best tjent med og dernest hva samfunnet som helhet er best tjent med.

Hvis man sitter på spesialistens kontor og kun ser problemet ut fra hans kontorstol, er det klart at enhver sykdom skal behandles av den best kvalifiserte super - spesialist på området.
Dette mener jeg er årsaken til den"konservering " av polikliniske pasienter som foregår ved de fleste spesial poliklinikker .

Fler og fler polikliniske pasienter blir hvert år av fler og fler spesialister bedt om å komme til kontroll flere og flere ganger. Så vidt jeg kan skjønne er dette den eneste måten spesialistene kan opptre på, hvis de bare sitter og ser ut gjennom vinduet fra sitt eget kontor.
Men hva er det jeg som almenmedisiner ser?
Her ute i øysamfunnet virker det grotesk når jeg ser pasienter med helt vanlige sykdommer ,som skal behandles av almenmedisiner, reise dagstur til spesial-poliklinikk. Der sitter de ofte timevis på venteværelset før de kommer inn til spesialisten. Når de kommer til har spesialistene usedvanlig liten tid til pasienten, på grunn av at det er så mange som venter og at han ikke har klart og ordne sin polikliniske virksomhet. Ofte er det bare en assistentlege eller en turnuskandidat som tar i mot pasienten, og vedkommede har ikke sett pasienten før og han har ikke peiling på pasientens bakgrunn .
Men likevel kommer pasienten nesten bestandig ut med en lapp i hånden hvor det står angitt time for neste spesialist kontroll.
En del poliklinikker, særlig øre-nese-hals- og øye-poliklinikkene oppfordrer pasientene til å ta direkte kontakt med sykehusene hvis sykdom oppstår. Og dette gjør de uten å ta kontakt med primærlegen på hjemstedet.

Siden vi har vært innom to spesialiteter, kan jeg gjerne ta med indremedisin, hvor en del pasienter går til kontroll for sin kolesterol, selvom de på veien til spesialpoliklinikken har reist forbi mange almenpraktikere som kunne ha utført arbeidet.
Hver måned reiser en stor skare inn til poliklinikkene for å få kontrollert sin TT. Dette skjer ved store, dyre poliklinikker, og TT blir vurdert av en alvorlig overlege som ønsker pasienten velkommen tilbake om en mnd. Dette er en prøve som kan utføres på et vanlig legekontor og vurderes av en almenmedisiner.
Det samme gjelder sukkersyke. Hvorfor er spesialistene så ivrige etter å tak i disse pasienter, og hvorfor holder de på dem med nebb og klør? Men hva skjer dersom pasienten blir syk og må ha lege? Jo, da må almenpraktikeren, in casu distriktslegen, rykke ut. Da er poliklinikken lukket, og legene der har intet ansvar.
Et eksempel: Gamlemor blir syk med feber og ryggsmerter. Hun har nettopp vært på spesialpoliklinikk for hjertet, og der ble det funnet urinveisbetennelse. Den gamle fikk beskjed om å henvende seg til distriktslegen med betennelsen etter at spesialisten hadde sendt inn urin til resistensbestemmelse. Rapport fra spesialisten foreligger ikke på distriktslegens kontor, og han ringer inn til sykehuset for om mulig å få vite resultatet av de prøver som var tatt. Dette er imidlertid umulig fordi ingen kan finne disse papirer klokken 22 om kvelden.

Det synes for meg opplagt at vi ikke kan satse på en slik form for primærhelsetjeneste. Den er i aller høyeste grad utrygg for pasienten.

Men er de nå så umoralske disse poliklinikklegene? Nei,heldigvis er de ikke det. Systemet har tvunget seg igjennom på grunn av en faglig vurdering fra et snevert spesialistmiljø innenfor sykehusene.
En annen,og kanskje viktigere grunn: Den primære helsetjeneste har vært for lite utbygget med almenmedisinere utover landet.

Legene som skal drive almenmedisin ute i distriktene, må få en så god utdannelse at de kan ta seg av det meste av det som idag foregår på spesialpoliklinikker på sykehus.

Helsepolitikken i landet vårt har de siste år til dels gått ut på mistenkeliggjøring og misunnelse overfor legestanden fra de styrendes side. Et av utslagene er den restriktive holdning politikerne har til ekstrainntekter ved spesial-poliklinikker. Jeg tror det er et nødvendig steg på veien å gjøre disse poliklinikker mindre attraktive rent økonomisk,men hvorfor skal man begynne i den gale enden ?
Først og fremst måtte man styrke primærhelsetjenesten representert ved almenmedisin. Deretter kunne vi begynne å se på hvor mye poliklinikk vi trengte for å gi en skikkelig service til disse almen-medisinere.
Offentlige helsemyndigheter i Norge vil nå så godt det lar seg gjøre styrke primærhelsetjenesten ute i distriktene. Dette skjer i skrift og tale både i Helsedirektoratet og i Sosialdepartementet. Men i praksis og i bevilgninger har det fremdeles ikke gitt seg positive utslag for primærlegen.

Den Norske Legeforening representert ved landsmøtet i Loen i -77 var for meg en stor overraskelse når det gjaldt velvillighet overfor primærhelsetjenesten. Jeg tror vi vil møte den sure svie etter denne søte kløe og vil spå at det i fremtiden vil bli en hard kamp mellom spesialavdelinger som gjerne vil ha store poliklinikker hvor flest mulige kan få service,og en distriktsvennlig primærhelsetjeneste med velutdannede almenmedisinere. Jeg vil til slutt fremsette et ønske om at legenes lønninger i fremtiden ikke skal være avgjørende for hvordan helsetjenesten i dette landet skal styres.

Per Wium

Møte med . . .

Forts. fra side 19.

er kanskje noe av det mest geniale, og vel også noe av den største begrensingen i og med at det er beregnet uttak av midler gjennom §2 i Folketrygden. Disse utgifter til systemet må imidlertid ikke medføre økte utgifter for Folketrygden. Dette siste var jo den største bøtten med kaldt vann som på lenge har vært helt over en stadig mer blussende forsamling. Når det gjaldt planer var det igjen kommunen som var ansvarlig for programmet og budsjettet. Man regnet med at helserådsordføreren sammen med helsesøster og sosialsjef utarbeidet planer og budsjetter som ble behandlet i kommunestyret. Dette måtte igjen sendes til fylkeslegen for godkjenning før det ble sendt til Sosialdept. for endelig godkjenning. Igjen kan man vel vente seg en utvikling hvor avgjøringsmyndighet etter hvert blir lagt på fylkesplanet.

Som sagt er ikke dette noen løsning på primærhelsetjenestens problemer. Det kom vel frem at det hadde vært såpass mange skjær i sjøen underveis at planen bærer preg av mange kompromisser. Det ble påpekt at hjemmebesøk til syke bør stimuleres men dette er ikke kommet med i oppgjørsordningen. Ved arbeid utover helse- og sosialsenterets program vil man fremdeles måtte bruke stykkpris systemet. Dette er vel kanskje den største mangelen ved planen. Turnuskandidater og tilsynslegevirksomhet er ikke spesielt tatt med i ordningen. Service utenfor kontortid er det heller ikke tatt stilling til. Det er ikke presisert hvem som er ansvarlig for legevakttjeneste. Det ble påpekt fra flere i salen at dette er meget aktuelle og nødvenige planer som allerede er forsent ute. Det ble stilt mange spørsmål om hva som skulle skje når stillingene ble vakante. Hvordan det var med utekontordagssteder. Hvordan legenes arbeidsoppgaver er definert. Det hele ble besvart med store spørsmålstegn.
Jeg satt igjen med inntrykk av at dette er begynnelsen på noe som kan bli stort. Det er opp til oss som helsearbeidere i primærhelsetjenesten å påpeke at dette er den riktige veien. Det er også vår oppgave å prøve å få den enkelte kommune til å gå inn på systemer i disse baner. Det skal bli meget spennende å se hvor mange planer som etter hvert faller ned i Helsedirektoratet, Planer som vil forsøke å få gjennomført disse gode forsetter.

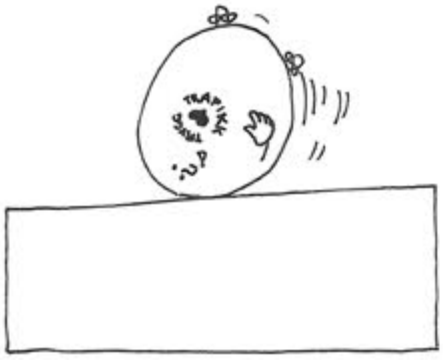
Per Wium

Legeforeningens . . .

Forts. fra side 7.

tid støtte av mange, og gikk gjennom i landsstyret.

Som vanlig var listen over Den norske legeforenings spesialistregler, forslag om endringer, lang. Fra A til N ble spesialistregler som vel ikke interesserer størstedelen av UTPOSTEN's lesere, diskutert. Forslag om endring av spesialistreglene i medisinsk radiologi, fremsatt av dr. Finn Martin Vallersnes, bør kanskje nevnes spesielt. Med tanke på at det aller meste arbeid som foregår ved radiologiske avdelinger rundt i landet, er diagnostisk radiologi, har stadig flere yngre radiologer med fullgod diagnostisk utdannelse, og med lang ventetid på terapeutisk radiologisk utdannelse, funnet det rimelig



at bruk av ioniserende stråler blir avspaltet fra spesialistutdannelsen i radiologi, og eventuelt tillagt spesialistutdannelsen i onkologi, der den helst hører hjemme. Bruk av ioniserende stråler på andre tilstander, særlig smertetilstander i bindevevet, har et noe tvilsomt faglig grunnlag.

Den norske legeforening meldte seg inn i Trygg Trafikk.

Valget ble for de almenpraktiserende legers vedkommende vellykket, men for de offentlig legene en fiasko. Dagfinn Gedde-Dahl ble gjenvalgt som president. Sentralstyret med varamenn forøvrig skulle bestå av 8 representanter, og på landsmøtet var professor Sverre Vassli fra Oslo, universitetslektor Harry M. Svabø, YLF og Oslo, distriktslege Per Wium, Midsund, praktiserende spesialist Reidar S. Thomassen, Bergen, almenpraktiker Åse Schrøder fra Bodø, sjefslege Harald Hauge fra Gjøvik, universitetslektor Tore Koksvik fra Oslo og reservelege Torbjørn Phil, YLF og Bergen, foreslått. Imidlertid ble det på landsstyremøtet foreslått to nye kandidater; distriktslege Knut Selmer, foreslått av overlege Magnus Winger, med begrunnelse at Akershus legeforening ikke hadde hatt representant på lenge, lenge. Ass.overlege Hans K. Dahl ble foreslått av dr. Ytterborg, med begrunnelse at Dahl var formann i Overordnete sykehuslegers forening. Det er vel unødvendig å gjøre oppmerksom på at dette ikke var de offentlige legers planlagte valgstrategi, og det førte da også til at distriktslege Selmer først falt ut under valg av varamenn, mens en måtte ha omvalg mellom distriktslege Wium og overlege Dahl som sistnevnte vant.

Det er meget beklagelig at sentralstyret står uten en representant fra smådistrikt, grisgrendte strøk og det offentlige legevesen.

Statsråd Ruth Ryste hadde anmeldt sin tilstedeværelse, men kunne ikke møte. (!) Helsedirektør Torbjørn Mork og medisinalråd Jon Bjørnsson var til stede.
- Loen ligger jo noe uveissomt til, det var få journalister til stede.
Dette kan muligens tas som et uttrykk for at det blir lagt mindre vekt på legeforeningens landsmøte enn tidligere, men en får håpe at så ikke er tilfelle. Landsmøtet er slitsomt, men interessant, spennende, denne gang spesielt dramatisk, og av aller største betydning for videre utvikling av det norske helsevesen.

Legesituasjonen . . .

Forts. fra side 12.

komme en lov om den primære helsetjeneste som sikrer befolkningen en mulighet for en fast lege, basert på prinsippene om nærhet, tilgjengelighet og kontinuitet for å sikre pasientene den størst mulige grad av trygghet ved sykdom. Ved siden av dette bør en slik lov sikre legen muligheter til å delta i det forebyggende helsearbeidet (skoler, helsestasjoner og bedrifter) der han naturlig hører hjemme. Dette kan skje ved at lover som allerede eksisterer for slik virksomhet, eller er under utarbeidelse, inkorporeres i en lov om den primære helsetjeneste. En slik lov bør også utformes slik at den erstatter den foreldete lov om distriktslegetjenesten. Sist, men ikke minst, bør en slik lov gi legen, generalisten, rett og plikt til å sikre seg kunnskaper og ferdigheter som sikrer befolkningen leger med skikkelige spesialkunnskaper til å drive sin virksomhet. En slik lov bør komme snart.
Dersom man får en ordning, beskyttet av lov, som sikrer befolkningen fast legetilbud og legen en fullverdig og allsidig virksomhet innenfor de skisserte rammer, da kan vi si farvel til alle surrogater og særomsorger som fungerer i strid med folks uttalte ønske om en fast lege.

Loppa/Alta — og . . .

Forts. fra side 3.

Sjelden har det slått meg hvor stor belastning dette med den kontinuerlige vakt i virkeligheten er. Hver dag, hver kveld og hver natt skal du være beredt til å rykke ut. Heldigvis er helsen god, men hvis jeg skulle trenge sovemedisin eller ønske meg alkohol, ville det være med dårlig samvittighet. Nå er jeg alene, familien er igjen i Alta. Hva med en eneleges familieliv og seksualliv! Alltid bør du fortelle "damen på stasjonen hvor du befinner deg.

Det er ikke å undres over at den siste distriktslegen reiste sin vei da han ble alene.

OMVENDT ØKONOMISK STIMULERING

Sist helg hadde jeg et sykebesøk. Det er ikke mange yrkesgrupper i landet som vil akseptere kr. 100,- for en helgevakt. Tenk om brannmannskapene i Alta skulle betales etter stykkpris-systemet for hver brannutrykning!

Det var mer å gjøre i vinter. Der dagene ble for lange og nettene i seng ble for korte for en som var alene. Lange perioder var det heldigvis ingen utrykning.

Alta har vi jevnt over nok å gjøre på vaktene, fordi det bor flere mennesker der. En bra godtgjørelse for vaktberedskapen. Loppa faller dårlig ut i sammenligning.

Denne negative økonomiske stimulering fører i alle fall ikke til at det blir lettere å få besatt de utsatte kystdistriktene.

FAGLIG ENSOMHET

Det er deilig å være borte fra alt maset i Alta denne uken. Endelig får jeg tid nok til å lese. Men allerede nå savner jeg det faglige miljøet. Det å møtes med kolleger, søke hjelp når en diagnose er vanskelig, når du funderer på behandlingsmetode, eller kunne søke assistanse hos sosialkurator eller psykolog. Verdien av dette opplever man mest når man ikke har det.

ALENE OM ANSVARET

Ofte blir vi i almenpraksis stilt ovenfor situasjoner vi ikke makter. Enten fordi vi ikke kan faget vårt godt nok, eller fordi det simpelthen er uløselige situasjoner vi får lagt oss i hendene. Da er det godt å ha en kollega.

TRE LEGER I HVERT LEGEDISTRIKT

Jeg tror ikke vi får orden på dette distriktet før vi får 3 leger i Loppa, to leger og en turnuskandidat. To er for lite. Ved kurs, ferie og sykdom får man straks enlege-situasjonen hvis det bare er to leger.

Det kan innvendes at tre vil få for lite å gjøre med 2200 innbyggere. Men reisene er lange, og avstanden til nabodistriktene store. Det er derfor vanskelig å få etablert tilfredsstillende vaktordninger med nabokommunen, selv om Hasviklegen har vært en god hjelp for Loppa og omvendt.

Med vårt nåværende lønnssystem får de også for liten lønn. Situasjonen her forteller at en endring er nødvendig. Det er for kostbart å la en befolkning på 2200 mennesker bo så utsatt, bli uten lege.

De tre legene som ville være her, ville få mulighet for faglig utvikling, deltagelse i bygdesamfunnet, ta seg av beslektede oppgaver innen sosialmedisinen og kanskje engasjere seg i forskning av generell interesse.

LOPPA ET GODT STED Å VÆRE

La det nå være sagt til slutt at Loppa legedistrikt er et godt sted å være. Det er utsatt og det er barskt, det er gode arbeidsforhold og en hyggelig befolkning å ha med å gjøre. De medarbeidere en har på helsesenteret og på legeskyssbåten er førsteklasses.

Fra 15.juli kommer en turnuskandidat i særplassering til Loppa. Hvis to leger søker de to ledige distriktslegestillingene, ville vi straks få den situasjonen jeg tidligere har beskrevet som den ønskelige.

Det vil kreve et endret økonomisk oppgjørssystem, men dette vil komme og må komme. Kanskje stedet å starte er akkurat Loppa legedistrikt?

Situasjonen her i Loppa viser også at man ikke må henge seg opp i et byråkratisk tall om en lege pr. 1500 eller 2000 innbyggere. Når de geografiske forholdene tilsier det som her, må man bryte slike prinsipper og satse først og fremst på at arbeidsforholdene blir slik at det kan bli stabilitet i stillingene, og at de som arbeider der, kan føle det som et trivelig sted å være.

Nytt om enuresisbehandling

Vi har en rekke nye tilbud til behandlere av sengevæting hos barn og unge:

- **KVIKTRONIK URIN-ALARM Ny bærbar modell — benyttes uten matter i senga, eller på dagtid.**
- **Lysbildeserie (salg/utleie) - til instruksjon for foreldre, kursvirksomhet etc.**
- **Utleieopplegg for Dri-Nite Eastleigh.**
- **Fagartikler om alarmmetoden.**

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

Akutt og profylaktisk behandling av migrene

Dose:

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

Profylaktisk: 5 - 10 mg morgen og kveld.

Pakninger:

Tabletter à 5 mg	Stikkpiller à 25 mg
25 stk.	5 stk.
100 stk.	50 stk.
250 stk.	

BIVIRKNINGER: VED LAV DOSERING er bivirkningene oftest lette og forbigående. Døsighet, som regel av kort varighet, tørrhet i munnen, mild obstipasjon, blodtrykksfall og kvalme har vært rapportert. Lette hudreaksjoner, ikterus og leukopeni sees sjelden, men har vært rapportert.

VED BETYDELIG DOSEFORHØYELSE eller i løpet av de første dager av behandlingen, kan akutte dystonier opptre. Dosen bør senkes og eventuelt gikes igjen meget langsomt. Antiparkinsonmidler i noen dager vil kunne hindre residiv. Parkinson lignende bivirkninger og akathisi kan utvikles i løpet av de første måneders behandling. Symptomene påvirkes lettest ved forsøke vis å redusere dosen, og/eller gi tillegg av antiparkinsonmidler, helst ikke utover 2 - 3 måneder. Etter måneders ellers års behandling kan tardive dyskinesier opptre. De kan også debutere eller forverres etter seponering av ipedikamentet som fremkalte dyskinesien. Ansiktstunge- og kjevemuskulaturen rammes oftest. De tardive dyskinesier kan være av mer eller mindre irreversible art, og de påvirkes ikke, men kan forverres av antiparkinsonmidler. Om tardive dyskinesier opptrer, bør man overvåre gradvis seponering av det aktuelle neuroleptikum. Brå seponering kan føre til debutering eller forverring av symptomene.

KONTRAINDIKASJONER: Leverlidelser.

FORSIKTIGHETSREGLER: Forsiktighet ved initialdosering hos sjøfarer og folk som betjener maskiner. Kombinasjon med alkohol bør unngås. Hos eldre pasienter forsiktighet ved høy dosering. Ved langvarig neuroleptika behandling må ved likeholdsdosen ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observant overfor tidlige symptomer på tardive dyskinesier, som sterotyp tygging, smatting etc., spesielt hos kvinner over 50 år. Man bør unngå langvarig bruk av antiparkinsonmidler som mulligens kan disponere for tardive dyskinesier, og få pasienter har behov for slike midler utover en 2 - 3 måneders periode. Antiparkinsonmidler bør ikke brukes rutinemessig og profylaktisk, men kun når det foreligger behandlingskrevende ekstrapyramidale bivirkninger. Stemetil kan fremkalle kramper, derfor bør man unngå å gi preparatet til barn. Ved behandling med fentiazin derivater i høye doser gjennom lengre tid, kan risiko for cornea og linsefordunkling forelegge, og pasientre bør kontrolleres rutinemessig.

Interaksjoner: Som alle andre fenotiazin derivater kan Stemetil gi interaksjon med antidepressiva, antiparkinson midler, analgetika, sedativa, betanidin, ganglionblokkerende midler, guanetidin og klopoxid.

Stemetil®
proklorperazin

rhône-poulenc
pharma rhodia

MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK

N STE 01-76 03