

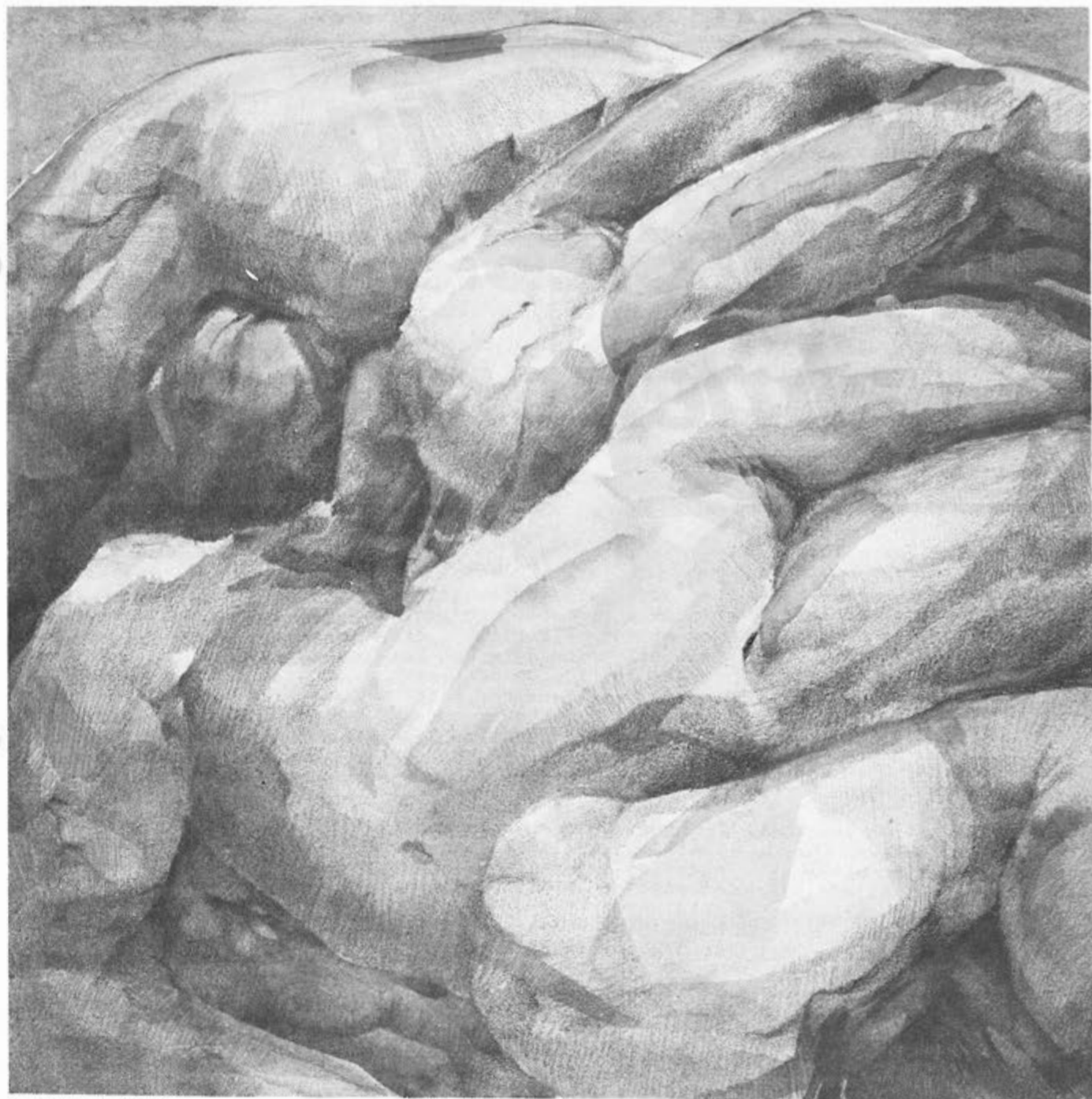
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 6

OKTOBER 1977

ÅRGANG 6



AKVARELL BLYANT

KVILD I BERG

KARE HUSE 77

Av innholdet:

Hawaïsk støysender Per Fugelli	side 3	Distriktslegers boligforhold	side 10
Et slag mot helsetjenesten T. Sætersdag ...	side 4	Distriktslegens jubelsang	
Embedsleger på Skagen	side 6	og Helsestasjonsvisa	side 14

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

Offentlig tilrettelagt almenpraksis

I overensstemmelse med oppdrag fra Sosialdepartementet har distriktslege Harald Siem levert en utredning vedrørende offentlig tilrettelagt almenpraksis, den 30. juni 1977.

Utredningen tar utgangspunkt i generelle målsetninger vedrørende nivåstrukturering og geografisk jevn fordeling av leger i distriktshelse-tjenesten. Det er beregnet at vi trenger i alle fall en økning av almenpraktikere (offentlige og privatpraktiserende) fra 1600 i dag til 3200 for at tjenesten skal være rimelig bemannet.

Tre former for offentlig tilrettelagt almenpraksis blir diskutert. Det første alternativ, som forkastes, innebærer at det offentlige tar ansvar for legekontor, utstyr og hjelpepersonell, og at legene, som får sine inntekter over normaltariffen, betaler en prosentdel av sine inntekter til kostnadsdekning.

Det andre alternativ tilsvarer Oslo kommunes ordning, ved at det offentlige i tillegg til kostnadene ved kontorets drift også betaler legene fastlønn for fast arbeidstid. Dette er antatt å koste det offentlige 1.16 milliard kroner, dersom det ble realisert for 3200 leger.

Det siste alternativ tilsvarer det foregående, men har i tillegg inkludert beredskap for legene, slik at et normalt antall leger får et totalansvar for en befolkning. Dette er antatt å koste 1.26 milliard årlig.

Det er antatt at almenmedisin i dag, slik den praktiseres av 1600 almenpraktikere og distriktsleger, koster cirka 400 mill. kroner via folketrygden, og cirka 100 mill. over andre budsjetter.

Det pekes på at økningen av offentlige midler (inklusive trygdemidler) til almenpraksis vil bli av samme størrelse også uten at almenpraksis

blir offentlig tilrettelagt, dersom en får en tilsvarende økning av bemanningen av dette felt.

Det foreslås at det offentlige legevesen, slik vi kjenner det i dag, i store trekk forblir uforandret, men at den vesentlige tilvekst av offentlig almenpraksis blir ved fylkeskommunale stillinger. Organisasjonsspørsmål vedrørende lønn, vakt, vakanser, utdanning og avansement blir kort diskutert.

Utbyggingen er tenkt å foregå skrittvis, etter lignende mønster som folketannrøkta. Som den viktigste konsekvens av forslaget om å innføre alternativ C, det sist nevnte, for hele landet, er at en vil få et lukket arbeidsmarked for leger. På grunn av den lange utdannelsesetid leger har, må avgjørelser vedrørende antall leger ønskes å ha om 10 år, tas nå.

Hawaiisk støysender på utekontoret

På vestsiden av Porsangerfjorden, midtveis mellom Lakselv og Nordkapp, ligger fiskeværet Olderfjord. Her reiste befolkningen med egne hender og de materialer som dengang var før hånden (i 1950) et Helsehus. I begynnelsen av 60-årene ble legetjenesten i distriktet sentralisert til Lakselv, og Helsehuset har stått tomt inntil april i år, da jeg startet med ukentlig kontordag der. Kommunen bevilget en sum som ble brukt til ny-maling av de gamle lokalene og anskaffelse av nødvendig utstyr. Befolkningen setter stor pris på ordningen, og selv ser jeg gjennom uken frem til Olderfjord-fredagens fiskerimedisin med påfølgende besøk på fiskebruk og medbragte skatter hjem i form av kveite, flyndre og laks. Så langt alt vel.



Jeg fire kassetter med Hawaiemusikk à kr. 21,75. Fra før har jeg en bærbar båndspiller beregnet på Tidsskriftkassetten som jeg lytter til de 15 mil til og fra utekontoret. Vel inne på venteværelset bytter jeg Harlem et co. med "Blue Hawai", "Lovely hula hands" og "Sweet Leilani". Den taleforvrengende virkning er slående og mer enn tilstrekkelig. Som sekundærggevinst kan anføres den opptinnende effekt varm Hawaimusikk åpenbart har på folk som kommer inn fra kulden. På taptiden er det ingenting, bortsett fra et par merkverdige bilyder som nesten endte i Tromsø før det gikk opp for meg at de kom fra Hawai.

Per Fugelli

Skåret i gleden er at veggene i Helsehuset har ører. Veggene mellom mitt kontor og venteværelset virker uten overdrivelse som en lydforsterker. I begynnelsen måtte derfor konsultasjonene foregå i anstrengt taushet, til nød med forsiktig hviskestemme. Porsanger er ingen velmaktskommune, bevilgningene er brukt opp og nye lydisolerte vegger hører antagelig en fjern fremtid til. Nå kommer vi omsider til min lille genistrek som jeg håper kolleger med lignende vansker kan dra nytte av. I den lokale Esso-shop fant

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 gjennomtrykspakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

FAST LØNN FOR LEGER: *Et slag mot helsetjenesten*

Fra Aftenposten 20.9.77.

Massemedier, særlig fjernsynet, har i den senere tid kommet med reportasjer hvor man har fått det inntrykk at majoriteten av praktiserende leger er tilhengere av et fastlønssystem, og at dette systemet skulle kunne løse den vanskelige bemanningssituasjonen i primærhelsetjenesten, særlig i Nord-Norge. Det mener jeg ikke er tilfelle. Dagens lønssystem fungerer godt, det er et stykkprissystem hvor legen får betaling for hver enkelt pasient. Legen får således betalt etter innsats, men det er jo ikke bra i et snart gjennomorganisert samfunn. I det følgende vil jeg forsøke å sette opp enkelte motforestillinger mot fast lønn og komme med forslag til løsning av den vanskelige situasjonen i Nord-Norge.

Legedekningen er generelt for lav til at fastlønn er realistisk. De aller fleste praktiserende leger må av den grunn arbeide betydelig mer enn gjennomsnittet. Lengre arbeidsdag og større intensitet i arbeidstiden. Et fastlønssystem må baseres på "normalinnsats" pr. tidsenhet. En lege som nå har 30-40 pasienter i den daglige kontortid, vil med "statstempo" kunne ha det halve. De andre kan da stå uten lege. Hva gjør disse? De som har råd tilbyr legen betaling av egen pung for å slippe til utenom ordinær arbeidstid. Det ser man klare eksempler på i østsoneland. Den effektive legemangel vil bli større. I strøk med lav legedekning, som i Nord-Norge, må legen holde et mye større tempo i arbeidstiden for samme lønn enn en kollega i bedre stilte strøk. Dette mener man vil trekke leger nordover!

Med den lønn Staten vil tilby, vil de fleste praktiserende leger gå ned i realinntekt. Det siste året har det øgt vært en betydelig økning av lønningene for underordnede sykehusleger, og dette har bidratt sitt til at færre har valgt å begynne i primærhelsetjenesten. Et eventuelt fastlønssystem vil bidra ytterligere til oppvurdering av sykehusarbeid kontra praksis. Det kan her nevnes at sykehuslegene har store ekstraintekter til stykkpris ved poliklinisk arbeide. Legene ved sykehus har altså til en viss grad samme lønssystem som Staten nå vil frata de praktiserende leger.

Staten vil få større direkte utgifter. Den del av lønn som pasienten i dag betaler, må Staten overta. Instrumenter og utstyr som legene i dag sitter med, må Staten kjøpe for mange millioner kroner. Driftsomkostningene pr. legekantor vil stige. Når legene selv administrerer sine små utgifter, blir driften gjort så rasjonell som mulig og utgiftene forsøkt holdt på et rimelig nivå av egeninteresse. Ved det nye system skal Staten bære alle utgifter vedrørende driften. Det er vel synd å si at statsbedrifter blir drevet særlig rasjonelt. Staten betaler, dette kan friste til overadministrering og unødvendig kostbart utstyr. Systemet kan misbrukes, enkelte leger kan ta et minimum av pasienter og allikevel opprettholde samme lønn. Man måtte opprette nye kontorer for å administrere alle disse leger. Dette vil bety merutgifter for Staten i en tid hvor de økonomiske fremtidsutsikter er heller usikre, hvor statsdriften fra før av går med milliardunderskudd.

Jeg mener at det finnes enkle virkemidler for å bedre den vanskelige legesituasjonen i Nord-Norge: Kommunene holder instrumenter og utstyr som legene leier til kostpris. Mange unge leger kvier seg for å begynne praksis nettopp fordi man må investere så mye for å komme i gang. Man vet jo ikke sikkert om man vil fortsette i slikt arbeid. De siste år er det opprettet ca. 20 nye distriktslegestillinger årlig. Feilen er bare den at disse tildels er opprettet i sentrale strøk på Østlandet hvor det tidligere var rimelig bra legedekning. Hadde alle disse stillinger vært opprettet hvor behovet var størst, hadde endel av dagens vanskeligheter vært unngått. Man innfører stillingsstopp i Sør-Norge og overfører alle nye stillinger til vanskeligstilte strøk nordpå.

Jeg mener det er feil å tro at et fastlønssystem vil bedre primærhelsetjenesten. Så lenge det er et bestemt arbeide som skal utføres av for få arbeidstagere, er det underlig å tro at det skal hjelpe å innføre et lavere arbeidstempo. Forholdene vil bli verre for pasientene. I et fra før overbyråkratisert samfunn synes jeg det må være plass for noen liberale yrker. Arbeidsgleden økes ved å motta betaling etter innsats, ved å ha mulighet til å influere litt på sin egen arbeids- og lønnsituasjon. Jeg håper den nye sosialministeren vil innse dette.

T.Sætersdal, Geilo
distriktslege



NO HARD FELINES

XVII Nordiske Embedslæge- konferens i Skagen 1977



Generelle bemerkninger:

Det er alltid hyggelig på nordiske embedslegemøter, men er de nyttige?

Årets konferanse var lagt til det gjestfrie nordiske land, Danmark, og gjestfriheten faktisk boblet over så lenge vi var gjester i Skagen. Det er ikke grenser for hvor mange detaljer i et opplegg danskene kan få med seg. Og disse detaljer er meget viktige for helheten, men det er detaljer som ofte blir glemt i Norge, Sverige og Finland. Det var rørende å se hvordan de offentlige myndigheter i Skagen tok vare på oss så å si under hele konferansen. Det var videre fantastisk å oppleve med hvilket smil og med hvilken glede de lokale arrangører gikk inn for oppgaven

Men når så mye er sagt, har jeg inntrykk av at møtene er i ferd med å overleve seg selv. En titt på deltagerlisten sentert med to representanter og Finland med tre representanter. Fra Island møtte imponerende nok hele to distriktsleger. Færøyene var representert. Men hele møtet ble behersket av norske og danske representanter. Fra finsk og svensk hold ble det i festtalenes løp knyttet store forhåpninger til bedre deltagelse neste gang, og de forsøkte å forklare hvorfor det ikke var flere denne gang. Jeg tror vi må se i øynene at samar-

beid blant embedsleger i Norden går inn i en avgjørende fase i løpet av de neste to år. Formannen i det norske OLL, distriktslege Siem, ønsket velkommen til møtet om to år i Norge. Arrangementet av dette møtet vil vel på mange måter bli avgjørende for embedslegekonferansens videre skjebne.



Faglig diskusjon:

Konferansen ble gjennomført i løpet av torsdag, fredag og lørdag. Den faglige del begynte fredag morgen med katastrofeberedskap og ambulansetjeneste. Det som kanskje imponerte mest, var demonstrasjon av det danske redningskorps Falck/Zonen som virket meget effektivt

og velorganisert. I løpet av møtet kom det vel frem at dette systemet også hadde sine ulemper. Vi hørte amtslege Eigild Nilsen fortelle om flomberedskapen i Sønderjylland, et tilsynelatende enkelt og meget effektivt organisert evakueringsystem ved flodbølger. Dette er noe som hjemsøker denne del av Danmark med visse mellomrom.

Vi fikk videre et innblikk i katastrofeberedskapen i Finland ved dr. Folke Lampen fra Åland, og amtslege Malthé Jacobsen fra Ålborg redegjorde for beredskapen i Danmark. Begge ga uttrykk for at mye ennå er ugjort og koordineringen er omtrent like god i Danmark og Finland som den er i Norge.

Fra Norge fortalte fylkeslege Arne Victor Larssen om hvordan ambulansetjenesten er tenkt organisert i vårt land. Han trakk inn et vesentlig moment med kostnadene i forbindelse med organiseringen av ambulansetjenesten. Det er en grense for hvor mye penger man kan betale for skikkelig ambulansberedskap.

Til slutt var det demonstrasjon av ambulanseskjøretøyer fra Falck/Zonen og jeg registrerte med tilfredshet at iallefall dette selskap hadde klart å standardisere bære-materiellet. Jeg kunne også konstatere at et norsk firma, nemlig Åsmund Lærdal fra Stavanger hadde levert mye av

rolk med skader som kommer inn. De har ikke tanke for at dette skal registreres i vaksinasjonssertifikatet og de har også manglende ansvar for at det blir undersøkt når de fikk siste booster med tetanus vaksine.

Det siste faglige emnet som ble tatt opp omhandlet badebassengproblemer. Det var tydelig at kontrollen med badebassenger i Danmark var like besværlig som i Norge. Kontrollen med svømmebas-



Den festlige del av programmet:

Det begynte allerede første kvelden med mottagelse i Skagen Rådhus, og som sagt fulgte borgermester Nibe Hansen oss nesten hele veien til vi reiste hjem igjen. Skagen Museum, hvor vi ble mottatt, er jo et virkelig nordisk kunstsamarbeide. Med interessant foredrag av museumsdirektøren etterfulgt av skjønn sang og musikk, krydret med dansk øl og snaps, var det hele en virkelig forbrødringsaften. På dansk vis endte vi rundt matfatet på Brøndums Hotell.

I Finnland hadde man begynt vaksinasjonen mot røde hunder. Man har der gått inn for å vaksinere 13 års piker som ikke har hatt røde hunder, dessuten mødre som nettopp har født og ikke har hatt røde hunder, og kvinner som er mye i kontakt med barn i institusjoner. Problemet er prevensjon i de tre første mnd. etter vaksinasjonen. Danmark har et annet syn på vaksinasjonen med røde hunder. Man mener der at i 18 års alderen er nesten bare 20% uten antistoffer mot røde hunder. De har ennå ikke begynt vaksinasjonen, men mener at man kan vente til denne alder, og da slippe med bare å vaksinere disse 20%. Fra dansk hold ble det nevnt det tveeggede sverd å vaksinere mot meslinger i og med at antistoffinnholdet i befolkningen blir redusert. Den danske politikken har vært å bruke så lite vaksiner som mulig.

senger i Danmark er overtatt av veterinærene, og man kunne vel merke en viss spenning mellom disse to yrkesgrupper i fremførelsen av foredragene. Spesiallege Birgit Albrechtsen fortalte fra en dermatologs synspunkt at fotvorter må behandles lenge og intensivt med keratolytiske midler og ikke med kirurgi.

Ledsagerne hadde sitt eget program, og etter den stemning jeg kunne lodde, var dette minst like vellykket som de andre møter jeg har vært med på i Finnland og Sverige. Det er vanskelig og krevende å lage et skikkelig led-

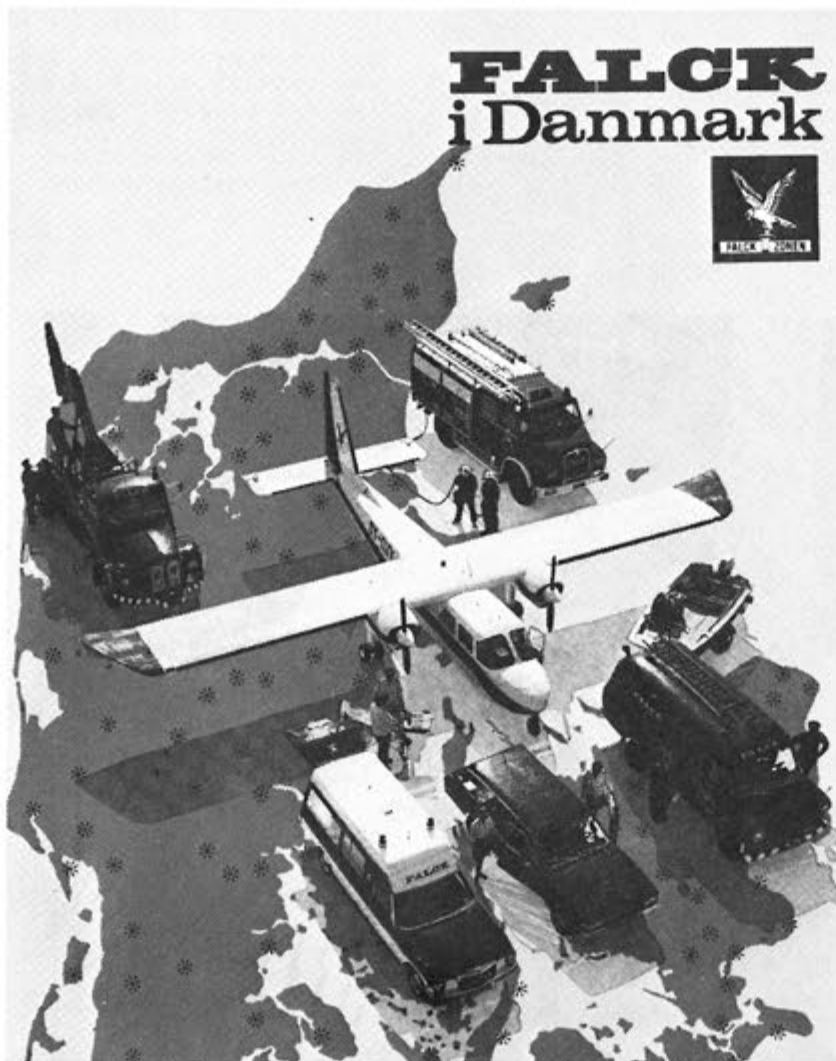


førstehjelpsutstyret. Det var omvisning til fiskeforedlingsindustri og medisinske og sosiale institusjoner. Ekskursjoner som deltagerne hadde meget stor nytte av.

FALCK i Danmark



På lørdagen ble det diskutert samarbeid mellom administrative leger og almenpraktisernede- samt sykehusleger. Det hele ble litt mye danskpreget, men medisinaldirektør Søren K. Sørensen er alltid interessant å høre på. Han kom bl.a. inn på det samme problem som vi har i Norge med enkelte spesialavdelinger som meler sin egen kake ved å spille "Death game". Noe som han understreket ikke gjaldt livet til legen, men at spesialistene overfor politikere og bevilgende myndigheter fortalte hvor mange menneskeliv som direkte gikk tapt dersom de ikke fikk de og de bevilgninger.



«Don't panic. I'm just a sore throat.»
The death game

Andre emner som ble tatt opp lørdag var vaksinasjonsproblemer. Det er Herdis von Magnus fra Statens Serumstitut i København som rett og slett konstaterte at de nordiske land hadde helt forskjellige vaksinasjonspolitikk, og at vi vel måtte instille oss på at det også ville være tilfelle i fremtiden. Hun så foredelen i systemet ved at man da kunne høste erfaringer fra hverandres land. Det er umulig å drive forsøk med forskjellig vaksinasjonsrutiner innefor det enkelte nordiske land. Men man kunne jo se på hele oppsettet som et stort eksperiment med tre forskjellige rutiner, og at vi kunne trekke ut det beste av hverandres rutiner. Dosent Oleg Gorbатов fra Helsingfors gjorde oss oppmerksom på problemet med hyperimmunisering med Tetanus idet skadepoliklinikker og andre kir. institusjoner ukritisk sprøyter tetanus vaksine på



sagerprogram, men dette hadde tydeligvis danskene taket på. Festmiddagen på lørdag ble en virkelig festmiddag. Det var bare blide fjes å se. En del foreldre med barn ble litt bekymret og hadde litt problemer med barna da middagen varte i 3-4 timer. Også her var det underholdning. Først en mengde mer eller mindre veltalighet, dernest visesang og sist men ikke minst det improviserte blandede kor fra Norge som fremførte en formidabel spontan hyldest til distriktslegene

Søndagen var avsatt til turarrangementer, bl.a. havseilas med fiskeri eller utflukt til Voergaard slot og Bangsbo-Museet. Så vidt jeg kunne registre kom samtlige deltagere seg hjem. Jeg har imidlertid inntrykket av at de svenske og finske deltagere hadde litt mere rynker i pannen denne gang enn ved de tidligere anledninger.

Per Wium



Velkommen

til

neste

kongress

for

samfunnsmedisin

i

Kristiansand

primo

august

1979



Distriktslegens boligforhold

Etter lov av 26. juli 1912 om utførelsen av de offentlige legeforretninger har staten påtatt seg å dekke den offentlige leges lønn mot at kommunen stiller bolig og kontor til disposisjon. Husleie skulle være som for tjenestemenn ellers. Ordningen tok sikte på, og oppnådde å spre leger til utkantstrøkene i landet vårt.

Man kan diskutere hvor vidt den legehets, eller den kritiske holdning overfor legene som i dag er meget følbar, er rimelig eller ikke. Men det lar seg neppe diskutere at den er lite tjenlig for utkantstrøkene. Den holdning som kommuniststyret viste i Gjemnes-saken tidlig i år, er karakteristisk for mange små kommuner. Med utgangspunkt i en vag forestilling av skyhøye inntekter hos legene, og dårlig innsikt i avtaleverket, trekker de små kommunene seg langsomt unna sine forpliktelser overfor lov av 26. juli 1912 om de offentlige legeforretninger. Og dette hemmer rekrutteringen til de små kommunene.

Det er en tung sten for brystet for mange av de distriktsleger som bor i dårlig vedlikeholdte, ofte eldre kommunale boliger, og må betale driften av legevæsenet i sin helhet. Beklageligvis har vi fra en del distriktsleger som enten har bygget egen bolig eller som bor i kommunale luksusboliger, fått høre at det ikke er så farlig med disse bolignormene. Høyst ukollegialt hevder de at distriktsleger i andre kommuner godt skulle kunne finne seg til rette i en husbankbolig. Og frem for alt betale forretningsmessig husleie.

Bolignorm.

I sin veiledning til kommunene fra 1974 skriver Helsedepartementet:

"For at en legebolig skal være tilfredsstillende som permanent bolig, ønsker departementet:

- a) Boligen skal ha et leieareal på ca. 150 kvm.
- b) Det skal være 4 soveværelser.
- c) Boligen skal fortrinnsvis være frittstående (enebolig).
- d) Det skal høre garasje eller carport til boligen.

Man finner det nå vanligvis ikke ønskelig med kontor og bolig i samme hus, men et mindre hjemmekontor kan være aktuelt hvis avstanden fra bolig til kontoret er lang. Boligen skal være av alminnelig bra standard.

.....Departementet kan ikke tilrå at det bygges boliger som er vesentlig større enn 150 kvm leieareal, for på den måten å trekke leger til stillingen, samtidig som man ikke kan påregne tilrådet boliger under 140 kvm leieareal.

Husleie:

Som utgangspunkt for hva som bør ansees som rimelig leie, har departementet valgt det maksimale fradragsbeløp for offentlige tjenestemenn som i sine stillinger er tillagt bolig. Dette beløp endrer seg noe med jevne mellomrom, men er pr. 1. januar 1974 kr. 4385 pr. år. For nye boliger som tilfredsstillende de krav som er nevnt, har departementet imidlertid ikke funnet det urimelig om denne leie settes noe høyere. Man har således ansett en leie opp imot kr. 7000 pr. år som rimelig, forutsatt at boligen er relativt ny og av god standard."

Hvorfor tjenestebolig?

I utgangspunktet må man være enig i at perifere distriktslegestillinger vanskelig får søkere uten at det følger bolig med stillingen. Dette forhold krever ingen videre argumentasjon. Hvis en tenker seg distriktslegefamilien i utkant-Norge som et nygift, ungt par med et eller to barn, skulle vanlig husbankstørrelse være fullt akseptabelt. Hvis en ønsker at distriktslegene skal stabilisere seg i utkantstrøkene, at familien muligens vokser etter hvert, og hvis man betrakter at vanlig husbankhus har en tendens til å utvide seg utover den opprinnelige ramme med diverse tilbygg etter noen år, og hvis man samtidig husker på at distriktslegene sammenligner seg med sine jevnaldrende kolleger som etter noen års tjeneste på sykehus får den boligstandard som ligger vesentlig over vanlig husbankstandard, skulle det ikke være urimelig å forvente noen ekstra kvadratmeter for en tjenestebolig. Dertil kommer det faktum at distriktslegen ofte må ta imot pasienter i sitt hjem utenom vanlig kontortid. Det er urimelig å forvente at akutt psykiatri og småkirurgi skal foregå på kjøkkenbordet, og få vil vel synes det er urimelig med noen kvadratmeter til et hjemmekontor i tillegg til vanlig husbankstandard. Til slutt kommer det forhold at distriktsleger har relativt hyppig nattevakt, og det skulle ikke være urimelig å kreve et ekstra soveværelse for den som har vakt, slik at andre i familien ikke behøver å vekkes ved tilkallinger.



Norske Kommuners Sentralforbund.

Styret i Offentlige Legers Landsforening har Sentralforbundet mistenkt for ikke å forstå disse forhold fullt ut, og til dels råde de små kommunene på en dårlig måte, slik at de ikke får søkere til stillingene. Man fikk derfor i stand et møte mellom representanter fra Norske Kommuners Sentralforbund og Legeforeningen den 18. april 1977, hvorfra det ble skrevet følgende protokoll:

"Protokoll.

Tilstede:

Fra Den Norske Lægeforening:
Generalsekretær Jon Skåtun
Distriktslege Svein Tjøland
Distriktslege Harald Siem
Distriktslege Torleiv Robberstad

Fra Norske Kommuners Sentralforbund:

Avd.sjef Kjell Marcussen
Konsulent Kari Haug

Avdelingssjef Marcussen ledet møtet.

Det ble fra Lægeforeningens side pekt på at det til stadihet oppstår problem mellom distriktslegene på den ene siden og kommunene på den andre siden i spørsmål som

Når alle de overfornevnte forhold tas med i betraktningen, synes ikke en bolig på 140-150 kvm å være et urimelig krav.

Subsidiering.

Mindre viktig enn boligens størrelse, men fortsatt aktuelt for rekrutteringen til perifere strøk, er husleiens størrelse. De små kommunene irriterer seg over å måtte subsidiere leien for legene. Legene derimot er klar over at det lønner seg for dem å bygge egen bolig fremfor å betale full forretningsmessig leie for en tjenestebolig. De distriktsleger som har funnet seg til rette i et distrikt og ønsker å bli der på livstid, har ofte bygget sin egen bolig på tross av at de har en subsidiert husleie i en rimelig bra distriktslegebolig. Dette henger selvfølgelig sammen med en marginalsatt, renter, verdiøkning og pensjonisttilværelse.

Departementet er klar over at en subsidiert husleie er en betingelse for å tillegge boplikt til stillingene, boplikt er betingelse for å opprette stillinger perifert, og de utgifter man har ved tjenesteboliger er småpenger i forhold til den gevinst man får ved å spre tjenestemenn.

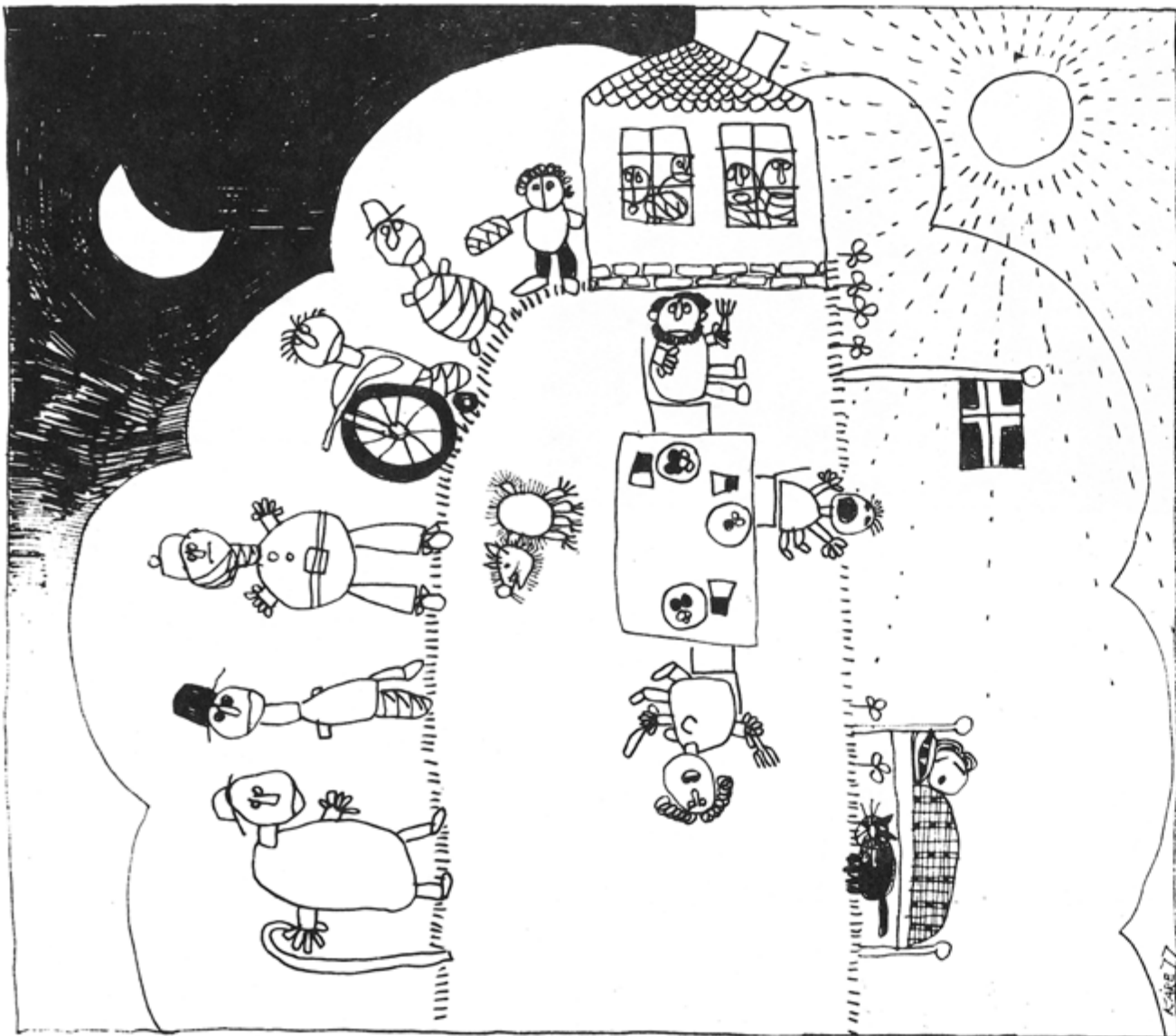
I utkast til forsøksordning for Tingvoll legedistrikt med fastlønnede distriktsleger, har man imidlertid foreslått følgende:

"Kommunen må som tidligere, skaffe til veie bolig som kan godkjennes og som den offentlige lege i prinsippet forplikter seg til å bo i. Utgiftene til husleie bør dekkes av Staten som trekker den leie fra den offentlige leges lønn som er akseptert av tjenestemann som er tillagt bolig i stillingen."

Dette kan bli en løsning som gjør at man slipper de stadige konflikter mellom kommunestyre og lokale distriktsleger.

Your dream house.
You can build it with our materials.
Decorate it with our furnishings.
And even write home about it on our paper.





gjelder legenes bolig- og kontorforhold. Likeså gjelder dette turnuskandidatene.

Fra Sentralforbundets side ble det fremholdt at man arbeider med disse problemene - både langsiktig gjennom engasjement i debatten om primærhelsetjenestens organisasjons- og ansvarsforhold og på kort sikt gjennom en arbeidsgruppe bestående av representanter for Helsedirektoratet og Sentralforbundet som søker å finne frem til normer når det gjelder kommunenes bolig- og kontortilbud.

Man ble enig om at det er ønskelig at dette utvalget suppleres med 2 representanter fra Lægeforeningen, og at det intensiverer sitt arbeid. Sen-

tralforbundet tar det nødvendige initiativ for å utvirke dette.

Videre ble man enig om at eventuelle konflikter mellom distriktsleger og kommuner for fremtiden søkes løst med bistand fra Sentralforbundet og Lægeforeningen."

Det nødvendige initiativ for at Lægeforeningen skal være representert i utvalget mellom Helsedirektoratet og Sentralforbundet, ble tatt den 1. september 1977, og Harald Siem og Åsmund Hodne vil være legeföreningens representanter.

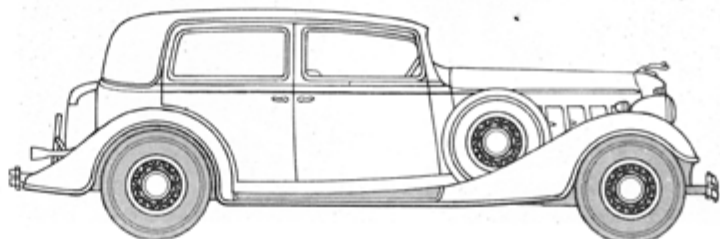
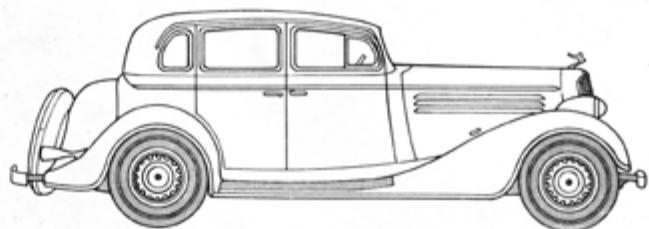
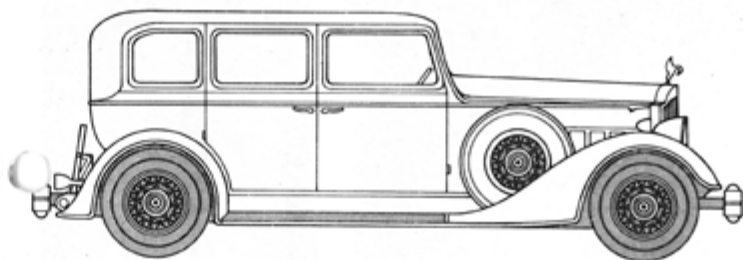
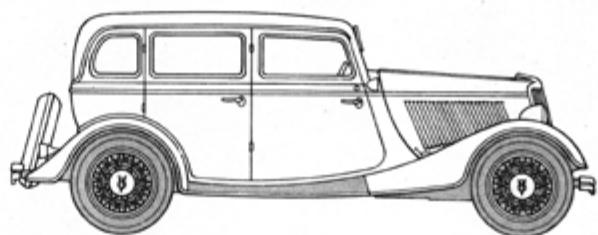
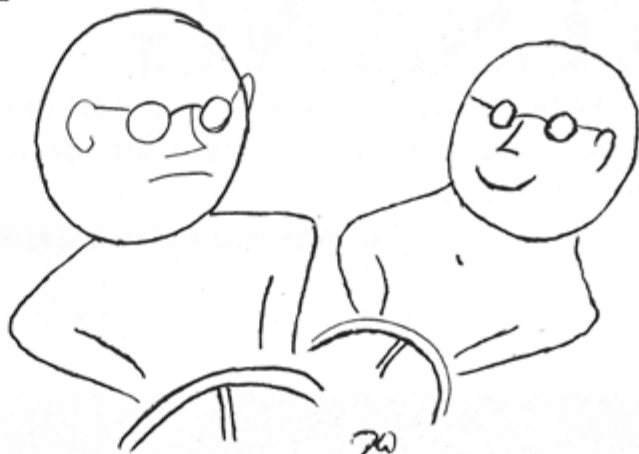
En går ut fra at spørsmålet blir ytterligere aktualisert når man vil gå til verks med

å tilrettelegge offentlige almenpraktikerstillinger. Som kjent, har regjeringen tatt det første skritt ved å opprette 25 almenpraktikerstillinger i offentlig regi i de nordligste fylker.

Legene ønsker ingen ublu boligstandard til spottpris, men en rimelig boligstørrelse til en husleie som tar hensyn til finansielle og andre ulemper ved å bo i tjenestebolig. Kommunal smålighet og korttenkt politikk vedrørende boligene kan være en vesentlig negativ rekrutteringsfaktor for kommunene, på den annen side kan mangel på normer føre til overbudspolitikk fra de mer velstående kommuners side.

Harald Siem

Legeattest ved fornyelse av førerkort



Det dukket opp en dame på kontoret en dag som med bebrillet nese fortalte at hun måtte ha førerkortattest. Hun så ikke så gammel ut heller, men det viste seg at alle som må bruke briller under kjøring skal fornye sitt førerkort hvert 5. år. Jeg var i tvil om hvorvidt hele skjemaet måtte fylles ut på denne friske, unge damen.

Vesentlig tid kunne jo innspareres hvis jeg slapp med bare å undersøke synet hennes. Det var jo dette som var det vesentlige. En rask telefon til politikammeret kunne ikke avklare spørsmålet. Og for at klienten ikke skulle få vanskeligheter på førerkortkontoret, fyller jeg selvfølgelig ut hele det 3-siders skjemaet.

Nå viser det seg imidlertid at spørsmålet ikke er nytt, men ble avklart allerede i 1973. Legen som fyller ut førerkortattest ved fornyelse av førerkort i kl. 1, 3 eller 4 for person under 50 år som bruker briller, kan klare seg med bare å fylle ut spørsmål om synsevne. Jeg henviser til Helsedirektoratets uttalelse i saken som ble avgitt 5. april 1973. Det lyder: "Helsedirektøren finner det rimelig at det for den gruppe personer som er nevnt i førerkortforskriftene § 11, pkt. b 2 bare utfylles pkt. 16 i blankett NA 202. Det er en forutsetning at attesten gir tilråding, eventuelt ikke tilråding, og blir undertegnet av legen på vanlig måte. En vil videre finne det mest betryggende om også helseattestens egenærklæring blir utfylt på vanlig måte."

Jeg håper dette kan spare en del av tiden som idag blir brukt til utfylling av legeattest, et arbeid som for meg synes ørkesløst og unødvendig.

Per Wium.

DISTRIKTS- LEGENS JUBELSANG

Skapt på restaurant «Trekosten» i Gamle Skagen ved midnatt
26. august 1977, av Kari Nilsson og Torleiv Robberstad, under
XVII. Nordiske Embedslæge-konference.

(Melodi: Hvilken venn jeg
har i....)

1.
Største lykken her i livet
ufortjent er skjenket meg:
distriktslege er jeg blivet,
arbeid nok, men fritid ei.

Refreng:

Meld deg ut av arbeidstiden,
snill mot alle, barn og dyr.
Drøm om samfunnsmedisinen,
O.L.L. er livets fyr.

2.
Passe barn og telefonen,
det går hele døgnet rundt.
Det gjør distriktslegekonen,
det kan neppe være sunt.

Refreng:

Meld deg ut av

Men:

3.
Tenk på Helsedirektøren,
ensom på et stort kontor,
mens vi distriktsleger fører
helse ut til barn og mor.

Refreng:

Meld deg ut av

4.
La det store budskap kalle
oss til lovsang for vår tro:
"Syke menn'sker er vi alle",
gledesbud fra W.H.O.!

Refreng:

Derfor vil vi alle synge
jubelsangen høyt i kor:
distriktslege vil jeg være,
hjelpe alle folk på jord.

Merknader:

O.L.L. = Offentlige Legers
Landsforening.

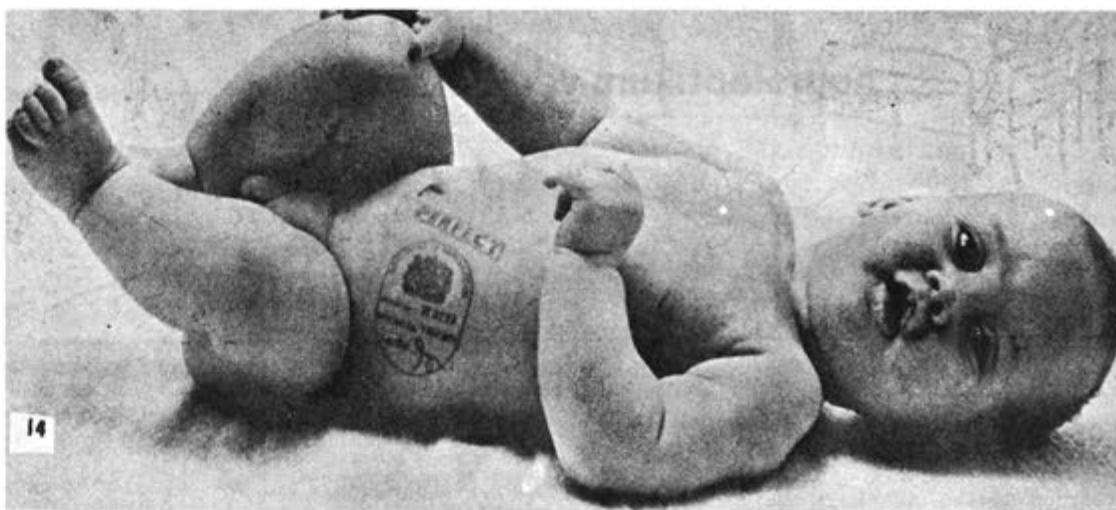
W.H.O. = World Health Organi-
zation.



Helsestasjonsvisa

AV TORLEIV ROBBERSTAD

(Melodi: Syng for meg sangen)



1.
*Songen om helsestasjonen,
den føddest på H.5's kontor,
med forskrifter, rundskriv
og lovttekst,
med lovsong og med fagre ord.*

*Refreng:
Tusenårsriket i sikte,
med helse for store og små.
Helsestasjonar for alle,
men korleis skal dette no gå?*

2.
*Hjelp meg med helsestasjonar,
med planen for alt som
skal bli:
planar for alle lokaler
og alt som skal vere inni.*

*Refreng:
Planar for samtalegrupper,
vaksinasjon, EDB,
svangerskapskurs og
-kontrollar,
og plan for genetiske råd.*

3.
*Hjelp meg med helsestasjonar,
ein plan som er fyldig og bra.
Langt meir enn kommunen
har råd til,
men slik fylkeslegen vil ha.*

*Merknad:
H.5. er Helsedirektoratet, Hygienekontoret.*

**NYTT
PREPARAT**

Veractil®

levomepromazin

Et neuroleptikum ved behandling av

sterke og kroniske smerter

- ingen tilvenning rapportert (2, 3, 5)
- god antiemetisk effekt (1, 2, 4, 5)
- potenserer effekten av andre analgetika (6)
- sedativ virkning (2)
- lav akutt toksisitet (4)

INDIKASJONER:

VERACTIL® er indisert ved sterke og kroniske smerter, f.eks. ryggsmarter av isjias- og lumbago-type, cancer, herpes zoster, trigeminus neuralgier, frakturer, post-operative smerter og fødsels-smerter.

Ved bruk av VERACTIL® i andre indikasjoner henvises til Felleskatalogens tillegg 1977.

DOSERING VED SMERTEBEHANDLING:

Tabletter: 25-50 mg to-tre ganger daglig. (Ved ryggsmarter, f.eks. 5 + 5 + 10 mg eller 10 + 10 + 25 mg). Største dose gis fortrinnsvis om kvelden. Injeksjoner: 12,5-50 mg i.m. med 4-6 timers intervall.

KONTRAINDIKASJONER:

Absolutte: Koma, svære alkohol og hypnotikaintoksikasjoner, ved overdosering av narkotika.

Relative: Hypotensjon, leverskader, leukopeni, ferske hjerteinfarkt. Myasthenia gravis, kardiosklerose.

BIVIRKNINGER:

Extrapyramidale: Forekommer sjelden. 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 på de parkinsonlignende symptomer. Tardive dyskinesier. Disse kan være mer eller mindre irreversible. Dosen reduseres, og gradvis seponering av medikamentet overveies. Vanlige antiparkinsonmidler forverrer dyskinesien.

Andre neurologiske: Epileptiforme krampes er beskrevet.

Psykiske: Søvnighet og tretthet, akutte forvirrings-tilstander.

Vegetative og kardiovaskulære: Ortostatisk hypotensjon, tachycardi, obstipasjon, diaré, kvalme, akkomodasjonsparese, munntørhet, svimmelhet, ødem, vannlatings-bevær.

Endokrine og metabolske: Vektøkning i sjeldne tilfelle, menstruasjonsforstyrrelser, galaktoré.

Dermatologiske: Eksantemer relativt sjelden, lysoverfømflighet mindre enn klorpromazin. Pigmentavleiring i cornea og linse ved høye doser i lengre tid.

Hematologiske: Forandring i blodbilde kan forekomme, agranulocytose beskrevet.

Leverkomplikasjoner: Ikterus er beskrevet.

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. Blodtrykksfall kan opptre, særlig i begynnelsen av behandlingen og ved injeksjon. Særlig hos gamle bør man derfor utvise forsiktighet med startdosen.

Forsiktighet ved kardiosklerose og ved dosering/behandling av alvorlige hjerte- og kretsløpslidelser, tromboflebitt, lever- og nyreidelser, febertilstander.

Ved intoksikasjoner med alkohol, barbiturater og narkotiske stoffer på grunn av den potenserende effekt. Graviditet. Pasienten advares mot bilkjøring og pass av maskiner. Pasienter med langtidsbehandling kontrolleres rutinemessig. Bør ikke kombineres med bruk av alkohol.

For øvrig henvises til Felleskatalogens monografi 1977.

PAKNINGER

Tabletter:

5 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.

25 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.

Embonat mixtur: 10 mg/ml: 500 ml, 10 x 500 ml.

Injeksjoner: 2,5% amp. à 1 ml: 10 amp., 10 x 10 amp.

LITTERATUR

1. W. T. Beaver et al. - Clin. Pharm. Ther., 7(4), 436-446, 1966.
2. M. Minuck - Canad. Anaesth. Soc. J., 19, (1), 87-96, 1972.
3. Thomas J. DeKornfeld et al. - New Engl. J. Med., 270, (8), 391-394, 64.
4. E. Montilla et al. - Arch. Int. Med., III, pp. 725-728, 1963.
5. O. Davidsen et al. - 7th European Congress of Cardiology, 20-25 June, 1976, Abstract Book II, p. 211.
6. O. Lingjærde, Psyko-Farmaka 2. rev. utg. 1976.

VERACTIL® tabletter er uten farvetilsetning. Navnet VERACTIL® og styrkeangivelse i mg, deklarerert som maleat, er preget på hver tablett. Tablettene har dellestrek.


rhône-poulenc
pharma rhodia
MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR
SANDVIKSVÆIEN 12, BOKS 10, 1322 HØVIK