

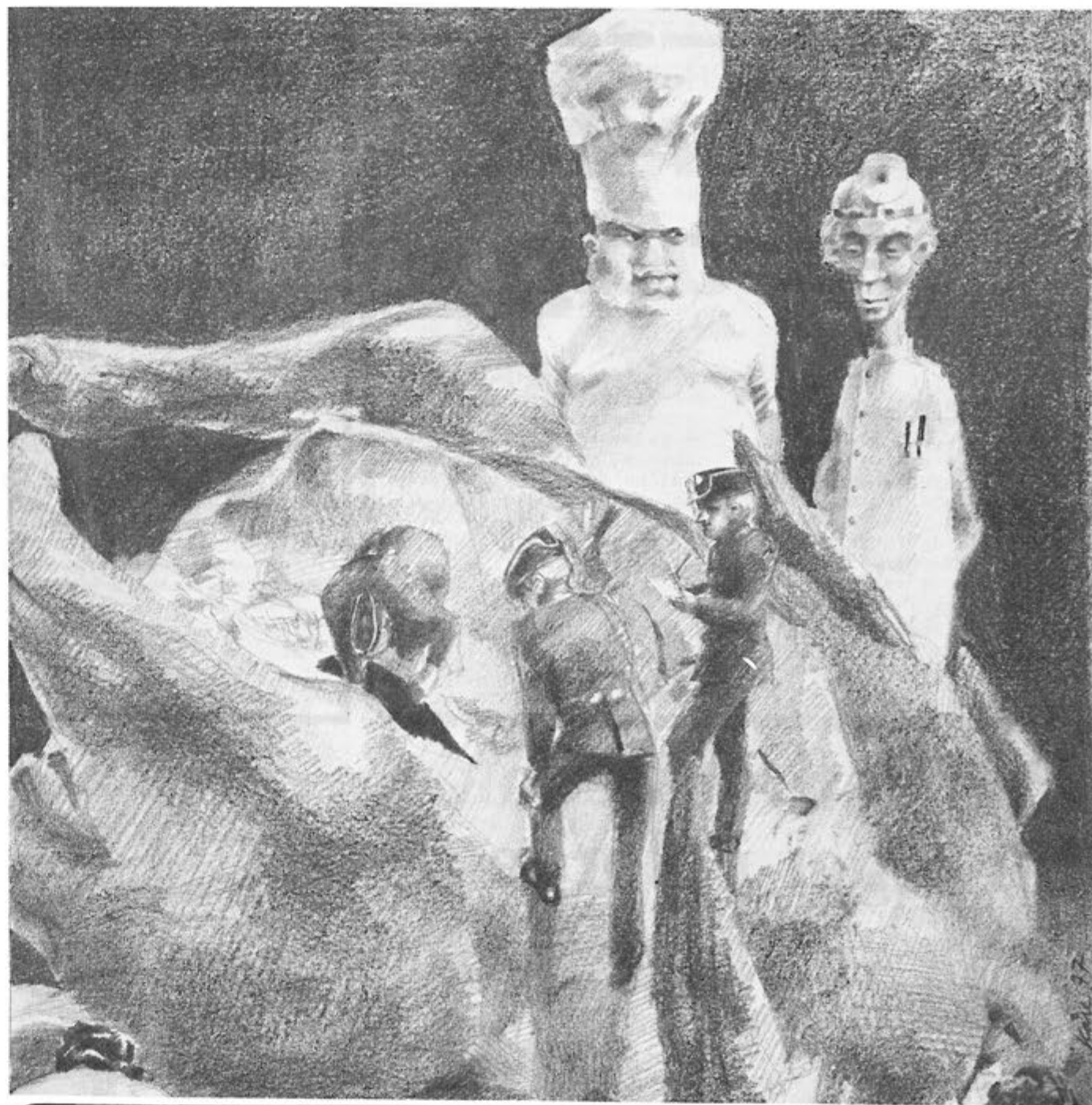
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 7

NOVEMBER 1977

ÅRGANG 6



Av innholdet:

Stokstad og Oftebro: Tvangsmidler ved gjennomføring av helserådsvedtak.

Hans Ånstad: Helserådets plass i miljøvernarbeidet — Framtidas oppgaver.

Diskusjon: Fast lønn i almenpraksis, et fremtidsmål?
Om offentlig tilrettelagt almenpraksis.

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

Det er litt vemodig

Det er litt vemodig å tenke på at dette er nest siste nummer av Utposten for de nåværende redaktører. I det siste nummer skal vi tenke skikkelig tilbake, men jeg kunne ikke fri meg fra å minnes litt alle de kvelder og netter like før Utposten måtte sendes avgårde. For å få et inntrykk av stemningen, kan du tenke

deg en blanding av en avisredaksjon en time før avisen går i trykken og en legevaktsentral. Avisa skal ut, og befolkningen skal ha øyeblikkelig hjelp. Jeg er på en måte glad at det snart er over, men du verden så spennende det har vært.

Red.

Utposten retter

For de som har lest nummer 6 1977 skikkelig, og som fremdeles tror at "Asmund Lærdal fra Stavanger hadde levert mye av folk med skader som kommer inn" kan jeg bare berolige med følgende tilståelse: Teknisk feil. Vi beklager så mange ganger vi kan det inntrufne, og må bare be våre lesere om å lese side 8 etter side 6. Deretter skal de få lov til å lese side 7. Det nesten utilgivelige har nemlig skjedd at arket har blitt snudd den gale vei. Vi gjentar derfor: Asmund Lærdal har ikke levert mye av folk med skader som kommer inn, snarere tvert imot

Pasientavtalebok for leger i Norge

Tidligere har firma Lundbeck Legemidler A/S utgitt en timeavtalebok for leger, men de har meddelt at den ikke vil komme for 1978.

Distriktslege Torbjørn Måseide har foreslått for Legeforeningen og for Offentlige legers landsforening at disse tok ansvaret for at det ble utgitt en timeavtalebok, men begge instanser har sagt fra seg oppgaven og til sist henvendt seg til UTPOSTEN med spørsmål om redaksjonen kunne påta seg dette arbeidet.

Da redigeringen går over på nye hender i 1978, ville det bli en urimelig ekstrabelasting, og de nåværende redaktører har gjort en henvendelse til to tannleger som utgir en tilsvarende pasientavtalebok i Norge.

Det ser ut som om at et samarbeid kan etablere seg, og avtaleboken blir da sannsynligvis vesentlig rimeligere enn hvis vi lager den hver for oss.

Før vi går igang med det store arbeidet det vil medfø-

re å utarbeide en timeavtalebok, er vi interessert i litt informasjon fra markedet.

En timeavtalebok koster mellom kr. 100 og kr. 150 i bokhandelen for et år, og vi regner med at prisen vil bli mellom kr. 50 og kr. 100 hvis vi fikk med noe reklame.

Hvis vi får en 30-40 tilfældige postkort som støtter opp om tanken, vil vi vel gå i gang med arbeidet.

Derfor:

Skriv til UTPOSTEN hvis dere er interessert i senere å kjøpe slike pasientavtalebøker.

Skriv innen 1. desember 1977.

(Likevel kan vi ikke love noe for 1978, da vi allerede nå er for sent ute.)

Per Wium

Harald Siem

Tvangsmidler ved gjennomføring av helserådsvedtak

AV A. C. STOKSTAD
og TORSTEIN OFTEBRO

En vesentlig del av de vedtak helserådet må iverksette overfor publikum faller innunder næringsmiddelovgivningen.

Generelt har helserådet i slike saker, såvidt vi kan se, følgende kategorier tvangsmidler til bruk når det gjelder å etterkomme gjeldende lovverk - samt fattede helserådsvedtak:

1. Håndhevelse av meldeplikt for bedrifter.
Avstå fra godkjenning av virksomheter som ikke fyller kravene.
 2. Beslag og omsetningsforbud av varer.
 3. Stenging av bedrift (etter hotellforskrift og drikkevannsforskrift).
 4. Bistand fra politiet (eventuelt med løpende mulkt) etter Sunnhetslovens § 5.
 5. Politianmeldelse med begjæring av straff.
1. Meldeplikten fungerer bra hvor det også foreligger byggemelding, og for virksomheter med bevilling. Ordningen fungerer mindre bra ved ominnredninger og eierskifte. Dette medfører at helserådet ofte stilles overfor "fait accompli" og derfor får vanskeligheter med å få gjennomført de krav det ville være naturlig å stille til godkjenningen. Forsømmelse av meldeplikt har vært ansett som en mindre forseelse og har ikke blitt straffeforfulgt. Dette kan være årsaken til de mange unnlatelser her.

Trolig ville gjennomføring av tidsbegrenset bevilling for all næringsmiddelomsetning - (i likhet med endel serveringsvirksomhet etter hotelloven) - gi helserådet bedre styringsmuligheter.

Det burde i den forbindelse overveies hvorvidt manglende fornyelse av bevilling automatisk burde føre til stenging av bedriften etter nærmere tidsfrist.

2. Beslag og omsetningsforbud av varer (næringsmiddelovens § 6).

Helserådet kan beslaglegge varer som ansees helse-skadelige. Trolig må da helserådet kunne sannsynliggjøre at varen er helse-skadelig.

Eksempelvis ville det neppe være tilstrekkelig at varen er bedervet - eller behandlet med redskap og utstyr som er uhygienisk.

Det bør overveies hvorvidt helserådet under alle omstendigheter skal få adgang til å beslaglegge varer som p.g.a. bedervelse eller forurensning antas å representere en særlig potensiell helsefare.

Helserådet kan forby omsatt vare som er helse-skadelig, forurenset, bedervet, feilaktig tilberedt eller av annen grunn ansees utjenlig som næringsmiddel for folk.

Det er innlysende at helserådet har små muligheter for å håndheve en slik bestemmelse. Vi må innse at varer som helserådet måtte forby omsatt, i utstrakt grad finner veien tilbake til omsetningen igjen - fordi helserådet ikke har mulighet til å påse at det ikke skjer.

Dette gjelder alle varer som omsettes i strid med forskriftene, f.eks. også hvor det er brukt ulovlige tilsetninger, ved mangel-

fylt deklarerering, overskredet holdbarhet, osv.

Helserådet bør få bedre muligheter til å forhindre at slik ulovlig omsetning finner sted. Således synes det ikke ulogisk å tillate helserådene å beslaglegge varer som produseres eller selges i strid med forskriftene.

3. Stenging av bedrift.

Såvidt vi kan se, er det kun etter hotellforskriftene og drikkevannsforskriftene helserådet kan vedta å stenge en bedrift. I førstnevnte tilfelle hvis rådet finner at "det er så store sanitære mangler at det er uforsvarlig å fortsette driften" - i sistnevnte tilfelle "hvis virksomheten bruker vann i strid med" drikkevannsforskriftene.

Det er påfallende at en så streng reaksjonsform i ett tilfelle teoretisk kan iverksettes ved det minste avvik fra drikkevannsforskriftene, mens det ikke finnes hjemmel for stenging etter noen annen forskrift i medhold av næringsmiddeloven.

De kriterier for stenging som brukes i hotelllovgivningen burde under alle omstendigheter innføres for all næringsmiddelomsetning.

Forøvrig vises til det som er sagt under kapittel 1, siste avsnitt.

4. Bistand fra politiet til gjennomføring av helserådsvedtak.

Vi oppfatter sunnhetslovens § 5 slik at politiet

KREFT kan ramme alle

De fleste familier i vårt land blir på en eller annen måte berørt av de store problemer kreftsykdommene skaper. Hvert år oppdages 13000 nye tilfeller. Utsiktene til helbredelse bedres heldigvis gradvis.

Forskningen har gitt større muligheter til å hjelpe. Men fortsatt dør alt for mange - ofte i ung alder. Kampen mot kreft har derfor appell til alle. Støtt Landsforeningen mot Kreft - gi ditt bidrag til kreftforskningen!



Med DIN hjelp kan flere helbredes



LANDSFORENINGEN MOT KREFT Hultfeldtgt. 49, Oslo 2
Postgiro 500 099 · Bankgiro 900 099

STØTTEANNONSØRER 1977:

Storebrand-Idan gruppen — Ingeniørforeningen Atlas A/S — B. Bynildsen & Søner A/S — Bergen Bank — Den norske Creditbank — Ingeniør Thor Fureholmen A/S — General Motors (Norway) A/S — Kasko Norge A/S — Norsk Oly, A/S NORDI — Standard Islefen og Kabellfabrik A/S — Maskin Aktieselskapet Zeta — Wib. Wilhelmsons Skipsverft

Helserådets plass i miljøvern- arbeidet — Framtidas oppgaver

Foredrag v/stadslege Hans Ånstad den
12. oktober 1977 på Norsk kommune-
forbunds landskonferanse for helseråds-
personell

Under dette innlegget vil det kanskje dukke opp assosiasjoner i retning av gravtale over helserådene. Dette skyldes neppe bare at jeg ser spesielt mørkt på fremtidsutsiktene. Egentlig er vel gravtalen allerede klart og tydelig utformet mellom linjene i flere av de tallrike NOU'er og Stortingsmeldinger som er kommet i det siste. Alvoret i situasjonen bør vekke oss før det er for sent.

Jeg vil innledningsvis komme kort inn på visse punkter i forarbeidene til Sunnhetsloven av 1860 og dermed det historiske grunnlag for helserådene sin virksomhet. Dernest vil jeg beskrive hvordan helserådene innflytelse har minsket i de senere årene. Videre vil jeg i all korthet ta for meg enkelte av de mest sentrale utredninger som er kommet i det siste når det gjelder helse- og miljøvern. Jeg vil vise at det er en klar linje i retning av at helserådet gjøres til en overflødig antikvit. Det finnes imidlertid gode argumenter for at denne tendensen må snues, og jeg vil gjøre et forsøk på å formulere disse argumentene. Til slutt vil jeg antyde et handlingsprogram med det siktemål at helserådene og det offentlige legevesen skal få den plass som er nødvendig i helsevern og ikke minst i miljøvern for at begge disse viktige sektorer i samfunnslivet skal utvikles på en fornuftig og helst også samordnet måte.

Som kjent bygger helserådene sin virksomhet på Sunnhets-

loven av 1860. Leser man forarbeidene til loven, blir man slått av hvordan tankgangen som lå bak etableringen av helserådene passer som hånd i hanske med det vi i dag på forskjellige måter søker å etablere, nemlig et ansvar for samfunnets utforming også på grunnplanet. Det er uttrykkelig nevnt at siden forholdene i de enkelte kommuner kan være ytterst forskjellige, er det bare et utvalg av personer med lokal kunnskap som kan treffe de riktige beslutninger i forbindelse med "omsorg med Communitens Sundhedspleie i det hele taget" som det heter.

Det viste seg da også at helserådene kom til å spille en betydelig rolle i arbeidet med å bekjempe de store folkesykdommene i de snart 120 år som er gått. Først konsentrerte man seg om blant annet å få utryddet den spedalske sykdom, senere mot århundreskiftet stod bekjempelsen av tuberkulosen i forgrunnen. Man skulle tro at helserådene var å finne forrest på skansen i bekjempelsen av vår tids største trusler mot folkehelsen, jeg tenker på de store oppgaver som ligger i miljøvernsektoren. Som vi alle er klar over, spiller imidlertid helserådene en ytterst beskjeden rolle i våre dagers lokalsamfunn og dermed også i miljøvernet. Mange vil nok stusse over at helserådene stilling beskrives så nedslående. Men det finnes en god indikator på hvilken status og dermed innflytelse de forskjellige organer i lokalsamfunnet har. Etter at kommunevalg er avholdt, finner det sted en hektisk virksomhet for å

få bemannet de forskjellige kommunale råd og utvalg, visstnok nærmere femti i de fleste kommuner. Først plasseres toppolitikere i formannskap, deretter finansut-



Far din sitter
i helserådet,
men du, min sønn,
skal minst komme
i bygningsrådet.

valg hvor dette finnes, og politikerne som ikke kommer i disse eliteforsamlinger, men som akter å skaffe seg en plass i solen med tid og stunder, prøver å klemme seg inn i utvalg som finnes på de neste plassene i "Ti på topp"-listen over utvalg og råd rangert etter politisk status og innflytelse. De satser på bygningsrådet, skolestyret, eller sosialstyret. Mislykkes dette, kan man håpe på bedre lykke nes-

te gang hvis man kommer seg inn i f.eks. friluftsnemnda, edruskapsnemnda eller barnevernsnemnda. Til slutt står det igjen et bunnsjikt, hvor folk med spesialinteresser plasseres, det kan være torgnemnda, husstellnemnda eller beitenemnda. I regelen er det i denne runden at også helserådene blir bemannet. Ingen politiker med ambisjoner regner med å få gjort noe som gir status i disse utvalgene, og jeg tror neppe at man noen steder ser at toppolitikere slåss om å komme i helserådet!

Det er tilsvarende lav aktivitet i helserådene mange steder. Flere helseråd i hvert fall i de nordligste fylker, har ikke hatt møter de siste 4-5 år.

Hva kan så årsakene være til at helserådene neppe kan sies å spille noen særlig rolle lenger? Etter mitt skjønn henger nok fiaskoen sammen med tre forhold, og jeg skal omtale disse nærmere:

For det første har den primære helsetjeneste kommet inn i en bakevje slik at den praktisk talt ikke fungerer enkelte steder. I motsetning til hva mange synes å tro er det spesielt ille i de større byene som Oslo, Bergen og i særlig grad Trondheim. Det er vel knapt noe sted i landet som kan sies å ha en primærhelsetjeneste som fungerer slik som man skulle forvente det idag. Men skulle slike steder finnes, antar jeg at det må være i små kommuner med stabil dekning av offentlig lege, helsesøster og sosialsjef. Kontrasten mellom den miserable tilstand primærhelsetjenesten befinner seg i, og den sterke utviklingen av sykehussektoren, er slående. Siden helserådene som folkevalgte organer er helt avhengig av faglig hjelp fra leger, helsesøstre og helserådspersonell forøvrig, er det klart at virksomheten står og faller med hvorvidt primærhelsetjenesten generelt fungerer. F.eks. kan det ikke forventes at en distriktslege med 60-70 timers arbeidsuke i ren kurativ virksomhet skulle ha særlig overskudd til også helserådets arbeidsfelter.

Årsakene til at primærhelsetjenesten i de senere år har kommet i denne bakevjen er mange. De viktigste er:

Det har vært personellmangel i alle etterkrigsår, både legemangel, mangel på helsesøstre og mangel på utdannet personell til å ta seg av teknisk-hygieniske oppgaver.

Videre har arbeidet med å utforme en lov tilsvarende sykehusloven for denne sektor av helsetjenesten ennå ikke startet for alvor. Det er heller ingen gitt i dag å se hvordan en slik lov skulle utformes. Sosialdepartementet har nemlig dessverre kommet i skade for å overse at visse sider ved helsevesenet er fullt brukbart. I stedet for å analysere det eksisterende for å finne ut hva man skulle satse på, har man hatt en klokkeetro på forsøk og eksperimenter som for største delen aldri er kommet i gang. Ikke har man vel hatt særlig klare tanker om hva man ville ha klarlagt med disse forsøkene heller. I disse dager synes forvirringen på sentralt hold å være fullkommen,

at Lægeforeningen i en ikke ubetydelig grad har bidratt til forvirringen, siden foreningen har avsporet diskusjonen om disse spørsmål i retning av at et i og for seg underordnet problem, nemlig legenes avlønningssform, har fått dominere fullstendig.

Den andre viktige rolle til helserådene beskjedne rolle har utvilsomt med penger å gjøre. Det er kanskje ikke å undres over at helserådene er kommet aldeles til kort når § 12 i Sunnhetsloven fortsatt er den bestemmelse som helserådene må grunne sin økonomi på. Der heter det som kjent at "udgifter til Protocoller og Skrivematerialer samt i fornødent Fald til Locale og Budsendelse afholdes af vedkommende by - eller Formandskabs- Communer----". Det er klart at å drive effektivt forebyggende arbeid i miljøvernsektoren i dag rustet med blyant og



Nå må vi holde oss til saken. Hvis ikke, begynner jeg å betvile helserådsmedlemmenes kvalifikasjoner.

jeg skal komme tilbake til dette. I rettferdighetens navn må det også føyes til

protokoll, det kommer man ikke langt med. Dette med økonomien er forhold som er

omtalt og påpekt til det kjedsommelige, og det kan godt være at offentlige leger har kjørt for lenge på klage- og sytelinjen. Helse- direktoratet har alltid ment at de muligheter Sunnhetsloven gir ikke blir utnyttet, og det er vel noe i det. Men det kan vel være at når man sitter på avstand så forrykkes perspektivet noe og vanskelighetene fortøner seg små.

Det tredje og kanskje viktigste forhold som har ført til helserådernes fiasko som en faktor av betydning i samfunnet, er at det ikke har stått klart for dem som utformer sosialpolitikken og ikke minst miljøvernpolitikken, hva man egentlig gjør når man fjerner viktige arbeidsfelter fra et organ som helserådet. Akkurat som i andre sammenhenger vil det organ eller apparat som ikke brukes, visne eller ruste bort. På ett eller annet tidspunkt synes det som om man på sentralt hold har begynt å miste tiltroen til helserådene, som nevnt med god grunn siden primærhelsetjenesten er kommet fullstendig i skyggen av den ruvende sykehusutbyggingen. Først skrellet man bort all innflytelse på hygieniske forhold i bygninger da bygningsloven kom i 1965. Senere har vi fått lov om vern mot vannforurensning av 1970 hvor helserådene har fått en liten statistrolle. Innenfor arbeidsmiljøet har helserådene praktisk talt intet de skulle ha sagt, etter at Statens Arbeidstilsyn har tatt bukta og begge endene. Det planlegges tiltak til vern mot luftforurensning uten at helserådene betraktes som mulige støttespillere i lokalsamfunnet.

Som et foreløbig klimaks i retning av å redusere helserådernes innflytelse på områder der de tradisjonelt hadde oppgaver, kom i mai 1977 Utkast til lov om vern mot forurensning og forsøpling med motiver fra miljøverndepartementet. I tråd med det som er sagt ovenfor heter det som man kunne vente det på side 27 i utkastet:

"Derimot må utgangspunktet være at det ikke kreves noen særskilt tillatelse fra helserådet for tiltak som skal vurderes etter forurensningsloven."

I og for seg er dette selv-

sagt forståelig, dobbeltkontroll er tungvint og misbruk av ressurser. Det er også forståelig at når man satser på eget departement for miljøvern og egen lov mot forurensning så må forskrifter om foruresninger gis etter forurensningsloven, ikke i medhold av sunnhetsloven.

Man forespeiler også en revisjon av sunnhetsloven slik § 4 i denne loven gir klar



-Blir det krone, kjøper vi ny blyant.
-Blir det øre, kjøper vi nytt papir.
(Dette er forøvrig vår siste mynt)

beskjed om at forskrifter vedrørende forebyggelse av forurensning er forureningsmyndighetenes sak. Men så synes det som man er kommet i tanker om noe som kanskje kunne slå feil. Det heter nemlig videre:

"Derimot anser departementet det viktig å opprettholde helserådets myndighet til å gripe inn med pålegg i enkelttilfeller når det foreligger helsefare m.v., også om det skyldes forurensning. Dette er et felt hvor helserådene har en særlig sakkyndighet og erfaring som det vil være betenkelig å gi slipp på."

Uten at man her setter fingeren rett på det ømme punkt, berøres her likevel hovedpoenget i det jeg vil ha fram i dette innlegget. Forurensningstilsynet vil nemlig alltid måtte være et sterkt sentralisert organ. Når det skjer noe på lokalplanet som måtte gi grunnlag for å gripe inn med øyeblikkelige tiltak, vil helserådet være den eneste instans som har det minimum av kompetanse som skal til for å gjøre noe. Det skal villig innrømmes at kompetansen ikke er særlig imponerende i mange helseråd, men det vil alltid være en lege, en helsesøster og kanskje en veterinær som samlet slett ikke har dårlige kunnskaper om bakteriologi, støy eller hva det måtte være som står i fokus.

Jeg vil si det slik at ved siden av det apparat som bygges opp i forbindelse med miljøvern i Miljøverndepartementets regi, med høyt spesialiserte fagfolk og laboratorier i en til dels sterkt sentralisert organisasjon på fylkesplan og på departementsnivå, må det på lokalplanet finnes det man kunne kalle miljøvernets sanseorganer. Ellers vil miljøvernet bli en blind og døv kjempe uten luktesans, selvsagt med elektronhjerne, dyr og lite effektiv.

Jeg har nevnt at dagens situasjon ikke er oppløftende, men etter alt som er sagt i Storting og Sosialkomité om å satse på primærhelsetjenesten, så må vel i hvertfall framtida fortone seg lys? Det er dessverre intet reelt grunnlag for å se noen lysning.

Begge de følgende to betingelser må nemlig oppfylles:

1. Helserådene må få større politisk tyngde ved at viktige oppgaver tilføres arbeidsfeltet.
2. Helserådene må få større faglig tyngde ved at primærhelsetjenesten bygges ut på kommuneplanet.

Når det gjelder det første punktet vil det kanskje være kjent at man i Stortingsmelding nr. 9 (1975-76) Om de sosiale tjenester, gjorde et helhjertet forsøk på å nettopp frata helserådene innflytelse og politisk tyngde i og med at de oppgaver som vi snakker om i dag skulle skilles ut og tas hånd om av

et såkalt hygieneutvalg. Som jeg har forsøkt å peke på, vil dette utvalg i enda større grad enn dagens helseråd bli politisk sett uten betydning fordi arbeidsfeltet blir for snevert.

Det er imidlertid fortsatt uklart hva det blir til. Sosialkomiteen delte seg som kjent i tre fraksjoner i forbindelse med behandlingen av dette punkt i meldingen. De borgerlige medlemmer vil ha helseråd og sosialstyre som før, men i tillegg et overordnet organ som med tilstrekkelig politisk autoritet kan fastlegge hovedretningslinjene for helse- og sosialpolitikken i kommunene. Arbeiderpartiets medlemmer støttet som rimelig er forslaget i Stortingsmeldingen, men ville gjerne at hygieneutvalget fortsatt skulle få kalle seg helseråd. Man har vel merkelig nok en slags fornemmelse av at dette med "helseråd" ville gi økt prestisje til nyskapning-



Det skal bli interessant å se hvordan myndighetene skal få bukt med luftforurensningen uten bistand fra oss i helserådet.

gen. SV syntes hele saken var dårlig utredet, og ville ha svar på en rekke spørsmål før de tok stilling til spørsmålet.

Alle var enige om at den offentlige lege ikke lenger

bør være formann i helserådet. Det tror jeg er meget fornuftig, fordi man ved å ha en politiker til formann ganske sikkert vil bidra til at helserådet får større politisk slagkraft, slik vi alle ønsker det. Dette skyldes ikke minst at ingen offentlig lege i sin utdanning får trening av noen betydning til å fungere på skikkelig vis som formann i et politisk utvalg.

Når det gjelder utbyggingen av primærhelsetjenesten på kommuneplanet (jfr.pkt. 2 ovenfor) var det som nevnt full enighet i Sosialkomiteen om at dette i hovedtrekkene fortsatt skal være kommunens ansvar, og at den offentlige lege skal beholde sin nåværende status og ha det faglig medisinske ansvar for helsetjenesten i kommunen.

I det siste har det imidlertid skjedd ting som gjør at heller ikke dette synes sikkert lenger. Den 1.juli i år la nemlig en enmannskomite bestående av distriktslege Harald Siem fram for Sosialdepartementet en innstilling Om offentlig tilrettelagt almenpraksis.

Han foreslår bl.a. at det offentlige legevesen todeles. Den ene kategori offentlige leger forutsettes å være statlig ansatt, og antas å få noenlunde de samme oppgaver som en helserådsordfører har idag. Den andre typen offentlige leger skal ansettes i fylkeskommunen, og får vesentlig en almenpraktikers tradisjonelle oppgaver, altså vesentlig klientorientert arbeid. Videre foreslås det at distriktshelsetjenesten i framtida bør bli et fylkeskommunalt anliggende, og støtte fra folketrygden til almenpraksis bør innkorpores i en rammebevilgning til fylket. Dette siste forslaget er framført omtrent som gjengitt her, uten noen som helst begrunnelse og slett ingen analyse av hva dette kan føre til.

I relasjon til det problem vi diskuterer i dag antar jeg at forslaget om å gjøre primærhelsetjenesten til et fylkeskommunalt anliggende i det minste har følgende implikasjoner:

Hovedkomiteen for reformer i forvaltningen har ved flere anledninger slått fast at fylkeskommunene og kommunene skal ha klart adskilte opp-

gaver. F.eks. heter det i NOU 1976:17 Den lokale statsforvaltning på s.6:

"Det er et viktig prinsipp at fylkeskommunen skal være sideordnet med kommunene og at det er en statlig oppgave å føre tilsyn og kontroll med kommunene. Dette innebærer at fylkeskommunene og kommunene skal ha klart adskilte oppgaver. Hovedkomiteen peker på at unntak fra prinsippet så vidt mulig bør unngås. Et hvert unntak betyr at fylkeskommunen og kommunene i fylket kommer til å engasjere seg på samme område. Dette vil virke forstyrrende på virksomheten, gi hver enkelt kommune to overordnede, skape også i andre henseende uheldige forhold i administrasjonen og legge grunnlag for strid mellom fylkeskommunen og kommunene."

For oss betyr dette konkret at om ansvaret for primærhelsetjenesten legges på fylkeskommunen, vil helserådet som kommunalt organ i forhold til styring og innflytelse på utviklingen av denne delen av helsetjenesten fungere som det fullkomne supperåd uten noen som helst reell betydning. Det er lett å innse hva dette i virkeligheten fører til når det gjelder helserådets politiske tyngde. For meg synes det helt klart at den blir for intet å regne. Som en logisk følge av dette vil den statlig ansatte offentlige lege få sitt virkefelt innsnevret til vesentlig å omfatte teknisk-hygieniske oppgaver av enkleste art og endel administrative oppgaver som vil få karakter av ekspedisjonssaker. Jeg minner i denne forbindelse om at et svekket helseråd på lokalplanet vil som en uunnværlig følge føre til at miljøvernet på fylkesplan må blåses opp ikke bare tilsvarende, men kanskje til det monstrøse, en uhensiktsmessig og dyr måte å gjøre det på, jfr. det som er sagt ovenfor.

Rekrutteringen til de statlige stillinger for offentlige leger vil også få en vridning i retning av folk med avgrensede interesser, foruten at den utvilsomt vil bli enda dårligere enn den er i dag. Det er vanskelig å ha noen formening om de fylkes-

Forts. side 14.

FULLTREFFER FRA PER FUGELLI

«Doktor på Værøy og Røst»

(Gyldendal)

Den beste måte å anmelde boken på, er vel å gi en smakebit:

"Doktor til tørk.

Det var kommet bud om sykebesøk til Alma M. Meldingen. Det var full storm, og fra fjellene falt byger med orkans styrke. Jeg var plaget av ischias i en grad som hindret ethvert avvik fra generalmajors holdning, rank og strunk med tilhørende stort vindfang. Jeg gikk nødig ut, men dette var alvor og etterlot intet valg. Pasienten bodde i en bu ved sjøen vel hundre meter å gå fra veien. Jeg stoppet bilen. Det var ugjærlig å åpne døren som vendte mot vindretningen. Døren på andre siden blåste opp av seg selv og ble med en skingrende lyd vridd om sine hengsler idet den klasket mot forskjermen. Det var tatt av vinden, - akt I. Akt II spilte seg ut femti meter lenger borte, og var det ikke for noen tørrfiskhjeller i fjæresteinene, ville det kolde, dype hav blitt doktorens grav og akt II et evig og grufullt mysterium. Stiv som en saltstøtte skrittet jeg sidelenges etter stien. Ble så sugget inni et stormkast og blåste i forrykende fart mot den sorte sjø. Det var som å bli truffet av en orkankule i ryggen. Jeg hvirvlet maktesløs som et løvblad mot mitt våte endelikt. En usedvanlig måte å dø av ischias på. Men der, - på grensen mellom land og sjø, mellom liv og død, sto, Gud velsigne Georg, et tørrfiskhjell. Slik endte min flukt gjennom luften med at kropp og lemmer ble fanget opp av og rammet inn i et nettverk av tømmerstokker og tørrfisk.

Venstre kne kilte seg inn i en vinkel mellom to hjellstaurer. Det satt som låst fast. Orkankulen hadde rimeligvis ført til kjedereaksjon i heksekuddet slik at enhver bevegelse ga ulidelige ryggsmertor. Jeg kom rett og slett ikke løs. Det ble isnende klart for meg at det var dette som het fra asken til ilden. Noen timer her oppe og jeg var like tørr og død som den raslende fisken omkring, men så kom redningen.

Gjennom drønnet fra brenningene bar vinden med seg en stemme:

"È det folk her?"

Gud velsigne Georg påny. Han hadde sett billysene og syn-

tes doktoren tok lang tid.

"Georg'n, - doktoren her, - jeg må ha hjelp."

"Store London, - æ ser for auan at han Fugelli heng på hjell."

"Du ser rett, - ble tatt av vinden, få meg ned før doktoren blir til Afrika-vare." En stund og mange plager senere krøp vi side om side stien frem til bua. Satte hjertesprøyte på Alma, lot oss tine med glovarm kaffi og brennende klunk rundt vedkomfyren. Vinden løyet og veien hjem gikk greit."

Gå hen og kjøp boken.

Harald Siem



Fast lønn i almenpraksis, et fremtidsmål???

Utredning om «Offentlig tilrettelagt almenpraksis»

Kollega Siems utredning er meget interessant og det er på høy tid at spørsmålet tas opp. De nåværende forhold er absolutt uholdbare, både for pasient og lege. Det er kun et tidsspørsmål når ennå flere av de privatpraktiserende og offentlige leger går trett og søker seg over i annet arbeid. Underbemanning og vakanser er en alvorlig belastning for såvel pasienter som leger.

Følgende tiltak vil øke legetilgangen til almenpraksis:

1. Det innføres en vaktgodtgjørelse for privatpraktiserende og offentlige leger som deltar i offentlig organisert legevakt i angjeldende kommune. Godtgjørelsen til hver lege bør være atskillig større i små kommuner med lite folketall og spredt bebyggelse. For distriktsleger utgjør denne godtgjørelsen stillingens grunnlønn.
2. Ansiennitetstillegg: 3 års sammenhengende tjeneste i distrikt bør gi 4 års ansiennitet for utdannelsesstillinger ved sykehus.
3. Normaltariffens overtids-takster: Leger som deltar i praksis som nevnt foran, gis 100% tillegg kl.18-22, 200% tillegg kl.22-08.

Forandringer når det gjelder distriktslegeetaten:

1. En finner det helt uhold-

bart at distriktslege II har samme lønn som distriktslege I som foruten å være helserådsordfører også er (og i praksis må være!) administrerende distriktslege.

2. Det er også uholdbart at distriktslege II (en vanlig brukt betegnelse både i skrift og tale) ikke er underordnet distriktslege I. Likesom det kun er en overlege ved en sykehusavdeling og en fylkeslege i hvert fylke, bør det være en leder for helsetjenesten i distrikt.
3. De som bor i tjenestebolig har en betydelig skattefri boligfordel. De som bor i egen bolig bør få kompensasjon for dette. Det forhold at det i inflasjonstider er en fordel å ha egen bolig, er ikke relevant i denne sammenheng, idet det står fritt for enhver å bygge egen bolig.

Når det gjelder de konkrete forslag som distriktslege Siem legger frem, så må en være klar over at en fastlønsordning ikke øker det totale legetall, dette er kun et spørsmål om utdannelseskapasitet. For å øke tilgangen av leger til primærhelsetjenesten må en bruke stimuleringsiltak som antydte tidligere, slik at primærhelsetjenesten kan konkurrere med sykehusene om arbeidssøkende leger. På grunn av uregelmessig arbeidstid og liten fritid bør en tolerere at legeinntektene i primærhelsetjenesten ligger betydelig høyere enn for sykehusleger og le-

ger som arbeider i administrasjonen. Da legebehovet ikke vil bli dekket på mange år ennå, må stykkprissystemet beholdes for å stimulere til maksimal innsats.

Ut fra dette antar en at dr. Siems alternativ B og C ikke er aktuelle før en har tilfredsstillende legedekning for landet som helhet. En må først dekke det til enhver tid bestående behov i primærhelsetjenesten, heri inkludert de behov som oppstår ved fremtidig ny helselovgivning (f.eks. lov om bedriftshelsetjeneste). Av mange årsaker kan en offentlig tilrettelagt almenpraksis ikke være lik over alt i landet, og gjennomføringen bør skje trinnvis.

En kan her tenke seg følgende løsning:

1. I byer og kommuner med høy befolkningstetthet kan en bruke modifikasjoner av alternativ A (muligens også B). Dog således at privatpraktiserende leger som måtte ønske det, eller allerede deltar i offentlig organisert legevakt, gis en fast lønn (vaktgodtgjørelse) som bydelslege II eller distriktslege II.
2. Landkommuner med spredt befolkning, f.eks. de landkommuner som er erklært som utbyggingsområde (sone 2 og 3 mht. arbeidsgiveravgift): Det offentlige ansetter det for kommunen normerte antall leger, dog således at privatpraktiserende i



“\$1500 for everything... and that’s my final offer!”

vedkommende kommune har fortrinnsrett. Disse leger betegnes som distriktslege III og har fast lønn (vaktgodtgjørelse) for deltakelse i offentlig organisert legevakt. Hvis distriktslege III driver praksis i eget kontor, har han selv sagt alle utgifter og inntekter vedrørende denne praksis.

Distriktslege II ansettes etter ansiennitetsprinsippet med plikt til å forstå og utføre legetjenesten ved skoler og helsestasjoner.

Distriktslege I har samme grunnlønn som distriktslege II, men med markert tillegg for arbeid som

helserådsordfører og administrerende distriktslege med ansvar for planlegging og ledelse av all helse-tjeneste i kommunen.

Legenes praksis i disse kommuner skjer etter alternativ A i Siems utredning, dog således at det offentlige dekker driftsutgifterne ved vakante stillinger.

Alle er enige om at pasientene trenger en skikkelig primærhelsetjeneste. Personalet i denne tjeneste må sikres de samme fordeler som sykehuspersonalet så langt det er mulig. Selv med den utbygging av primærhelsetjenesten som her er foreslått, vil den bli

svært billig sammenlignet med sykehusdrift. Hvis primærhelsetjenesten og sykehjemmene blir skikkelig utbygget, vil presset på sykehusene reduseres, muligens også deres driftsutgifter og personalbehov.

Primærhelsetjenesten kan ikke lenger finne seg i myndighetenes (i beste fall) passive holdning. Nå i primærhelsetjenestens skjebnetime vil en be om all mulig hjelp og velvilje, såvel fra fylkeslegene som fra Helsedirektoratets side.

K.H.Jahr
distriktslege
helserådsordfører

«Om offentlig tilrette- lagt almenpraksis»

Kommentar til utredning ved distriktslege Harald Siem fra deltakarar i «Kurs i offentlig helsearbeid for legar» hausten 1977

Som grunnprinsipp meiner vi at ein i Noreg bør byggja ut ei sterk primærlegeteneste som i vesentleg grad er betjent av allmenpraktiserande legar på fast løn, framfor eit system der primærhelsetenesta i stor grad er basert på poliklinikkar og spesialistar.

Allmen praksis og distriktslegetenesta har den siste tid vist seg å vera lite attraktiv for legane. Det har oppstått ein generell svikt i bemanninga, bl.a. på grunn av uholdbare arbeidsforhold. Situasjonen kan berre retast på ved ein vesentleg auke av talet på primærlegar samtidig med ei meir jamn fordeling på landsbasis. Vi er einige i at ein berre kan oppnå dette gjennom offentlig planlegging, tilrettelegging og styring. Vi meiner Siems utredning er eit svært godt utgangspunkt for diskusjon om ei nyordning, og er i hovudtrekk samde i dei fleste av hans konklusjonar, men vil likevel tilfata oss følgjande kommentarar:

Siem gjennomgår behovet for dei forskjellige typar legearbeid, og påviser eit behov for 7,25 legeårsverk pr. 5000 innbyggjarar, eller 1,45 legeårsverk pr. 1000 innbyggjarar. "Ut fra dagens situasjon" reduserar han så dette drastisk til 4 årsverk pr. 5000 innbyggjarar eller 0,8 legeårsverk pr. 1000 innbyggjarar utan å seia noko om kva for delar av det påviste behov som ikkje skal dekkast. Skal behovet likevel dekkast, vil det seia at kvar lege må yta 1,8 årsverk. Siems formel for normering (punkt 2.9) fører til ein ytterlegare reduksjon i legedekning i folkerike distrikt. Som eksempel vil

eit distrikt på 20 000 innbyggjarar etter det påviste behov trengja 29 legar. Dersom ein reknar 0,8 legeårsverk pr. 1000 innbyggjarar treng ein 16 legar, men ved bruk av Siems normeringsformel vil ein berre få 11 legar, svarande til 0,55 legeårsverk pr. 1000 innbyggjarar. Dette er ein reduksjon til 38% av det tidlegare påviste behov. Vi meiner at denne reduksjonen må få følgjer bl.a. for den påtenkte utbygging av bedriftshelsetenesta.

Vi er ueinige i at helserådsarbeid og anna administrativt offentlig helsearbeid (samfunnsmedisinsk arbeid?) i så stor grad skal utførast av helserådsordføraren åleine. Noko av det som har gjort distriktslegetenesta attraktiv, er det allsidige arbeidsområdet som omfattar både preventivt og kurativt arbeid, heri inkludert også det "samfunnsmedisinske" arbeidsfelt. Ei ordning med helserådsordfører på heiltid i kommunar med meir enn 10-15000 innbyggjarar, vil føra til ein meir einsformig arbeidssituasjon både for helserådsordføraren og dei allmenpraktiserande legar, og truleg også til mindre kontakt mellom desse. Vi vil prinsipielt gå inn for ei ordning der helserådsordføraren også deltar i praktisk medisinsk arbeid, og der det "samfunnsmedisinske" arbeid vert fordelt på fleire legar, svarande til den noverande ordninga med distriktslegar utan verv som helserådsordførar. Men vi er einige i at det ikkje er hensiktsmessig å fordela alt "samfunnsmedisinsk" arbeid på alle primærlegar.

Den primære legetenesta bør vera fylkeskommunen sitt an-

svar, og det same fylkeskommunale organ (helse- og sosialstyre) bør ha ansvaret for helsetenesta i og utanfor institusjon. Dette må snarast fastleggjast i ei "Lov om helsetenesta utanfor institusjon"!

Prinsipielt må same arbeidstidsvilkåra gjelda for legar som arbeider i og utanfor institusjon - dei same som for andre deltakarar. Vi vil presisera at ingen lege som fast ordning må ha vakt oftare enn kvart 3. døger. I praksis vil dette seia at det må vera fast vikarordning eller minst 4 legar i kvart vakt-distrikt for å dekkja ferie, etterutdanning og sjukdom. Kvilande vakt må omreknast til "Vanleg" arbeidstid etter ein omrekningsfaktor 1:1, 1:2 eller 1:3, alt etter vaktbelastninga. Orekningsfaktor 1:4 kan ikkje akseptierast nokon stad. Evt. overtid må kompensierast i form av fritid, subsidiært overtidsbetaling etter nærmare fastlagde reglar.

Utredninga går altfor lite inn på allmenpraktiserande legars vidare- og etterutdanning. Primærlegen har på grunn av sin spesielle arbeidssituasjon og vide fag-spektrum større behov for fortløpande utdanning enn mange spesialistar. Det er vesentleg å ha eit godt og systematisk utdanningstilbod, og like vesentleg at forholda er lagde til rette slik at det ikkje byr på uoverstigelege vanskar å kunne delta i dette. Vi kan derfor ikkje godta at dei 4 veker kvart år til etterutdanning "i ei overgangstid" ikkje er rekna med i behovet for legeårsverk.

Ei ordning som ikkje inkluderer vakttenesta, er uak-

septabel i små og grisgrendte distrikt, og alternativ C er her det einaste aktuelle. I mange byar og tettstader kan truleg alternativ B vera ei brukbar løysing.

Det er viktig at det snarast råd vert høve til å koma i gang med ei nyordning. Innføringa av ei nyordning bør ikkje vera avhengig av den enkelte kommunes velvilje og økonomi. Vi ser det som svært viktig at overgangen til ei nyordning skjer på frivillig basis.

Siem kjem lite inn på ordningar for dei eksisterande privat praktiserande legar som ønskjer å halda fram i allmenn praksis. Forholda må leggjast til rette slik at desse vert oppmuntra til å delta i førebyggjande helsearbeid, tverrfagleg samarbeid o.l. utan at dette fører til økonomisk belastning for dei. Dette kan ein oppnå til dømes i form av refusjon av dei løpande utgifter i praksisen i tillegg til vanleg honorar pr.time.

I tillegg til desse tiltak meiner vi at det i ei overgangstid vil bli nødvendig å begrensa talet på nye legestillingar ved sjukehus, for på den måten å auka rekrutteringa til allmenn praksis og bryta den vonde sirkelen som ein for tida er inne i.

Denne uttalelsen er avgitt av følgende deltakere på "Kurs for offentlig helsearbeid for leger" på Bygdøy 1977:

- Knut Espegren, distr.lege i Holmestrand
- Lars Bua, distr.lege i Kvinnherad
- Harald Grut, stadslege i Steinkjer
- Geir O. Grøndahl, distr.lege i Kvan
- Per Hjortedahl, distr.lege i Væøy og Rest
- Hans M. Jonsbu, distr.lege i Eldsvoll
- John Leer, distr.lege i Askøy
- Bernhard Eik Larsen, distr.fysioterapeut i Tromsø
- Oddlaug Kvammen, helsesøster i Flora
- Hedvig Salmi, helsesøster i Sør-Varanger
- Klara Rogne, helsesøster i Stranda
- Anders Lunde, distr.lege i Fusa
- Ivar Serbe Kristiansen, distr.lege i Aure
- Bjørn M. Myrvang, distr.lege i Fjell
- Jon Storstein, alm.pr.lege i Hol i Hallingdal
- Gunnar J. Tored, distr.lege i Hennes
- Folke Sundelin, distr.lege i Vestre Slidre
- Arne Vassbotn, distr.lege i Sortland
- Vesla Bergsmo, fysioterapeut i Stokmarknes

Ad. kommunikasjon sykehus/ primærlege

I midten av oktober -77 var jeg bortreist på kurs noen dager, og hadde i den anledning vikar på kontoret. I denne tiden fikk han med en av mine problempasienter. Å bestille, og følte i den anledning behov for å ta kontakt med den hospitallege på en av våre universitets-klinikker som sist hadde hatt med pasienten å gjøre. 3 ganger forsøkte han å ringe. Hver gang kom han gjennom til en kontordame. Hver gang måtte han vente ca. 10 minutter før denne kontordamen kunne opplyse at legen dessverre ikke var å få tak i, enten var opptatt med operasjoner eller forelesning. Telleskrittene gikk, vi betaler selvfølgelig. Siste gangen han ringte, bad han etter den obligatoriske ventingen at vedrørende lege

måtte vere så snill å ta kontakt når han ble ledig. Det skjedde ca. 1/2 time senere. Telefonsamtalen ble imidlertid ikke satt over før man fra vedkommende universitetsklinikk hadde forvissnet seg om at vi kunne betale for telefonsamtalen. Det gjorde vi da selvfølgelig, vel vitende om at det som var lagt ut før på dagen, allé gangene vi ikke hadde fått svar, ble så mye, mye mer enn denne siste gangen da vi endelig fikk kontakt.

Er dette vanlig fremgangsmåte ved universitetsklinikkerne, mon tro?

Kopi sendt vedrørende sykehuslege.

Ulsteinvik, 21.10.77
Med hilsen
Bjørn Røyneland
lege D.N.L.F.



Forts. fra side 8

Helserådets plass i miljøvern- arbeidet — Framtidas oppgaver

kommunale almenpraktikerstil-
lingene kommer til å virke
attraktive på yngre leger.
Det er imidlertid grunn til å
tro at fylkene sør i landet
får søkere, mens vi i nord
vil få dårligere søkning enn
om disse stillingene hadde
vært en del av en statlig
etat.

Det er derfor grunnlag til å
trekke den slutning at for-
slaget om å gjøre primærhel-
setjenesten til et fylkeskom-
munalt anliggende vil ha som
følge at det offentlige le-
gevesen slik vi kjenner det
i dag, vil løses opp, og at
helserådene virkefelt og
politiske betydning vil nær-
me seg nullpunktet.

Hva må vi gjøre? Et brukbart
handlingsprogram tror jeg må
være følgende:

Det må slås fast at de fol-
kevalgte helserådene er sær-
lig viktige fundamentet både
for miljøvern og helsetje-
neste i lokalsamfunnet. Føl-
gelig må vi straks komme i-
gang med utbygging av den
primære helsetjeneste og
denne utbygging må være en
selvfølgelig del av den kom-
munale virksomhet. De økono-
miske betingelser for pri-
mærhelsetjenesten må utfor-
mes slik at kommunene får
et insitament i retning av
at denne utbygging priorite-
res sterkt. I første omgang
må derfor dette økonomiske
system bygge på det samme
prinsipp som vi har i hjemme-
sykepleien, at folketrygden
dekker 75% av driftsutgifte-
ne, kommunene resten. På et
senere stadium, når utbyg-
gingen er kommet et langt

stykke videre, om 15-20 år?
kan det komme på tale å inn-
føre såkalte rammebevilgning-
er for primærhelsetjenesten,
slik det arbeides med når
det gjelder helseinstitusjo-
ner.

Videre må det fortsatt sat-
ses på statlig ansatte of-
fentlige leger som forutset-
tes å ha oppgaver innenfor
miljøvern såvel som primær
helse- og sosialtjeneste.
Utgiftene vedrørende det som
utføres av disse statlig an-
satte, fastlønnede leger av
kurativt arbeid må inngå i
de beløp kommunene kan kreve
refusjon for fra folketryg-
den.

De fylkeskommunale oppgaver
må også omfatte et ansvar
for å samordne virkefelt og
utbygging av tiltak innenfor
miljøvernsektoren, men det
må slås fast at viktige
oppgaver bare kan ivaretas
av lokalsamfunnet. Her må
helserådene som politiske
organer og helserådets per-
sonell få et klart formulert
mandat og definerte oppga-
ver.

Hvis man får realisert dette
grovt skisserte handlings-
program, er jeg overbevist
om at også miljøvernarbeidet
generelt kommer inn i det
riktige spor. I motsatt fall
vil vi risikere å få bare
sykehustjeneste her i landet,
riktignok sykehustjeneste
uten senger på lokalplanet.
Samtidig vil vi få et sen-
tralisert, overdimensjonert,
lite effektivt og sendrektig
miljøvern.

Dette har vi ikke råd til!



Det er ikke til å komme forbi
at suppe blir ensformig i lengden.



ULF SCHØNBORG: «Hos gynekologen»

Gyldendal 1977

Anmeldt av Jon Langeland

Hos gynekologen av Ulf
Schönborg fra Sophiahemmet
i Stockholm, er en stort sett
grei, lettfattelig og opp-
lysende bok, i tråd med hva
vi lærer i dagens medisin-
studium.
Men også her er det en del
påstander som gjør at man
betenker seg på å anbefale
boken til pasientene. F.eks.
at normal SR skal være under
10 mm og at blodgivere bør
få kontrollert serum-jern
3 ganger pr. år.

Jon Langeland



Det var en av de mere for-
nemme damer i en middels
stor vestlandsby som ringte
til stadslegen og sa:
"De må komme med en gang.
Jeg har hatt et illebefin-
nende i natt og hjertet mitt
har stanset!"
Dr. K.H.: (Tankefullt, etter
flere sekunders pause)
"Hvor ringer De fra nå, da?"

Forts. fra side 3.

Tvangsmidler ved gjennomføring av helserådsvedtak

plikter å bistå til at et helserådsvedtak blir iverksett.

Det synes imidlertid vanskelig å få slik bistand som sunnhetsloven angir. Således sees f.eks. at politiet vil iverksette etterforskning og søke å vurdere grunnlaget for helserådets vedtak. I praksis kan en sak trenes i uker og måneder. Det har ikke lykkes helserådet i Asker å få politiets bistand til å iverksette helserådsvedtak ved hjelp av løpende mulkt.

Sunnhetslovens § 5 burde etter vår oppfatning være et viktig redskap som tvangsmiddel for gjennomføring av helserådsvedtak. Det er imidlertid vår oppfatning at denne paragraf i

sin antikverte språkform i dag er en hensovnet paragraf som politiet kvier seg for å anvende.

5. Politianmeldelse med begjæring om straff.

Næringsmiddelovens § 9, Straffelovens §§ 339 og 357

Helserådene har tradisjonelt bare i liten grad tydd til straffeforføyning ved brudd på Sunnhetslov, Næringsmiddelov, osv. Sammenliknet med andre områder hvor samfunnet er nøye regulert, synes det påfallende hvor ofte og i hvilken grad f.eks. næringsmiddeloven brytes uten at dette resulterer i straffeforføyning.

Årsaken kan være dels mangelfull kontroll og oppfølging fra helserådenes side - og ikke minst mangler ved saksbehandlingen, slik at saken når den presenteres politiet, må henlegges "etter bevisets stilling."

Asker helseråd har de senere år gått til politianmeldelse i en rekke saker hvor det forelå brudd på næringsmiddeloven.

Mens politiet først henla saken - til tross for klart påpekte lovbrudd - er forholdet nå - etter en nitid oppfølging fra helserådets side - forbedret slik at enhver sak blir seriøst behandlet.

Helserådets kontrollarbeide er ofte preget av en ørkesløs gjentatt påpeking av de samme brudd på regelverket. Vi ser det slik at straffebestemmelsene er medtatt nettopp for å sette makt bak regelverket og de vedtak helserådet fatter. Påtalemyndigheten er sterkt belastet og har tendens til å prioritere helserådets saker lavt.

Det er imidlertid vår oppfatning at med en korrekt saksbehandling og med et formulert krav om påtale, vil politiet behandle en anmeldelse seriøst.

Imidlertid må helserådet legge stor vekt på dokumentering av de lovstridige forhold ved analysedata, detaljerte rapporter, fotomateriale, osv.

Politietterforskningen vil i alminnelighet komme på et tidspunkt da de anmeldte forhold kan være endret.

I denne forbindelse vil vi peke på at mye av vår næringsmiddelovgivning (og helselovgivning forøvrig) er upresis og i utstrakt grad overlater vurderingen til helserådet. Dette medfører for stor ulikhet i praksis fra kommune til kommune, et forhold de handlende fort blir klar over og utnytter ved en eventuell anmeldelse.

En anmeldelse som er basert på skjønsmessig vurdering vil også naturlig nok forårsake skepsis hos påtalemyndigheten som kanskje vil vike tilbake for å utferdige påtale. Det er vår oppfatning at et mere detaljert regelverk er nødvendig for å få en ensartet næringsmiddelkontroll hvor også usikkerheten om hvordan den skal håndheves er fjernet.

A.C. Stokstad
Torstein Oftebro

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 gjennomtrykks-
pakning à 30 stk. og glass à 5x100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

**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. ryggmerter 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 ryggmerter, f.eks. 5 + 5 + 10 mg eller 10 + 10 + 25 mg). Største dose gis fortrinnsvis om kvelden. Injektabile: 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, kardiosclerose.

BIVIRKNINGER:

Extrapyramidale: Forekommer sjelden. Akinesi, parkinsonisme, akatisi, akutte dystonier. Dosereduksjon og eventuelt tillegg av antiparkinsonmiddel 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 kramper er beskrevet.

Psykiske: Søvnighet og tretthet, akutte forvirrings-tilstander.

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

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 nyrelidelser, 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 × 100 stk.

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

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

Injektabile: 2,5% amp. à 1 ml: 10 amp., 10 × 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., 111, 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 delestrek.


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