

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 8

DESEMBER 1977

ÅRGANG 6



Av innholdet:

Side 3: Aldrende lege: På leting etter en ideologi

Side 4: Utposten 1972—1977

Side 8: Per Wiim: Inntrykk fra høstkurs ved Regionsykehuset i Trondheim 1977

Side 12: Yngve Nakling: Arbeidssituasjonen for distriktslege i grisgrendt distrikt

Side 14: Eivind Vestbø: Oppgjørsordninger med kommunene

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

Distriktsnissens siste julebrev

Så sitter jeg her, da. Alene. Alle distriktsnissene rundt meg har reist sin vei. Det er forresten siste gang jeg skriver i dette bladet. Det er noen bynisser som skal skrive neste gang.

Men dette året har vel vært et godt år! Særlig nå på høsten har menneskene begynt å snakke om meg. Det begynte for-

resten på Legeforeningens landsmøte i Loen i sommer. Der snakket nesten alle veldig pent om meg, helt til de skulle velge sentralstyre. Da snakket alle spesialistene i byene stygt om meg. Men det gjør ikke noe, bare jeg blir snakket om.

Og i Loen ble vi jo kvitt han der generalsekretæren. Da ble jeg glad. Han ville

ha mer i lønn, sa han. Men det klarte han ikke, selvom han er norgesmester i lønnsforhandlinger-----for andre.

Ivår skulle nabonissen skrive oppgave for fru Ryste. Jeg så ikke så mye til ham da. Han hadde det visst travelt. Han skrev stil om offentlig almenpraksis. Da han leverte den stilen, fikk Nord-

Forts. side 18.

De som går:



TORE RUD
forlot dykkerlivet, sjøfugler og sørvest kuling allerede i 1976 til fordel for kirurgi i Oslo-gryta. Dette er forklaringen på at UTPOSTEN har vært noe mindre spirituell og festlig det siste året.



PER WIUM
har blitt opptatt av forsker- og utredningsarbeid, som han skal fullføre våren 1978. (Distriktslegers arbeids- og trivselsforhold). Foreløpig er han den eneste igjen som fremdeles er Utpostlege. Hvor lenge han holder ut alene i øydistriktet vet ingen, men han tenker stadig oftere på sydligere egne og grønnere gress.



HARALD SIEM
har klemt seg inn mellom professor Peter Hjort og professor Christian Borchgrevink og andre, slik at det ikke skal synes så tydelig at han for tiden ikke gjør noe. Han vil vel bli å finne som foreningsbyråkrat og blyantspiss ennå en tid fremover.

På leting etter en ideologi

"Gottähnlich ist der Arzt, der Freund der Lebensweisheit." Dette sies å ha vært Hippokrates' ord, dengang legen ble sett på som sunnhetens tjener "som var fylt av sitt ansvar i sitt edle yrke" - og som derfor til alle tider nøt den høyeste anseelse.

Det som må ha vært av ideologi innenfor vårt fag, har vel sitt opphav i gamle Hippokrates, - og meget av det burde vi ikke ha glemt. Mange har forsket i denne gamle herres liv og virke og har kunnet gi en karakteristikk av ham: - han var ikke bare en skarpsindig lege og naturforsker, men også en varmhjertet menneskevenn. Han glemte aldri det lidende menneske for sykdomstilfellet, - han taler om syke mennesker i stedet for om sykdommer. Med medikamenter var Hippokrates meget sparsom i en tid da man ellers var tilbøyelig til å fråttse i slike midler, - og jo beunderligere desto bedre!

Etter en menneskealder i faget er det mer og mer klart for meg at de gamle sannheter er smuldret hen og forsvunnet, - bare bevart i enkelte kollegers holdning til sitt fag. I selve systemet, pasient(menneske) - helse-tjeneste(lege, sykehus, trygdeverk) er intet igjen. Lovsystemer har radert ut det menneskevennlige, trygdeøkonomiske systemer har redusert, eller opphøyet, menneskets lidelser til å bli et spørsmål om dagpenger. Enkeltmenneskets innsats i et arbeide blir vurdert ut fra produktivitet og lønnsomhet, selv i et samfunn som sier seg å være sosialliberalt. Et offentlig "overskjønn", hvor legen også er involvert, avsier dommer som setter et menneske utenfor det normale liv, det vil si: et fortsatt liv i

arbeide, selv om det er i mot hans vilje. Andre mennesker forteller deg når du er blitt "for gammel" til å gjøre nytte for deg. Selv blir du utsatt for press i ditt yrke, ofte et slikt press at din egen samvittighet på et vis dør. Vi hadde en gang som en nærmest hellig plikt ikke å blottlegge våre pasienters hemmeligheter for de det ikke angikk. I dag vet vi at alle de opplysninger vi gir fra oss, tildels under press, vil gå inn på databånd til bruk for folk vi ikke kjenner. Tildels er det lekfolk som presser oss, - og vi prisgir det syke menneske som vi har tatt på oss ansvaret for. Fortsatt hviler ansvaret for behandling på legen. Han skal med alle midler han har til rådighet gjøre pasienten frisk, eller lindre hans plager. Han skal bistå familien med det han kan gi mens han har pasienten under sin behandling, så lenge denne har behov for denne bistand. Han har å gjøre med mennesker, og han skal selv være et menneske i denne konstallasjon. De tekniske mekanismer som er bygget opp i samfunnet omkring mennesket som syk person, forsøker til enhver tid å ødelegge dette forhold. En kan nesten si at både menneske og lege i denne situasjon støter på en mur av sosial velvilje og offentlig umenneskelighet. Så står vi der og ser etter den opprinnelige lære om forholdet, mennesket - lege.

Fra alvor til spøk.

- Jeg vet ikke hvorfor jeg kom på den tanke å oppsøke vår forenings landsmøte i Loen siste sommer. Kanskje var det fordi jeg aldri hadde vært i Loen, og ville ha en uke fri. Kanskje var det fordi jeg hadde et svakt håp om å kunne spore en forfriskende

ideologisk vind innen vårt etterhvert nokså tallrike laug. Jeg har ikke vært noen hyppig landsmøtedeltagerkun ett møte har jeg deltatt i før. Mitt første møte med Dnlf skjedde da jeg bare var 11 år. Møtet var uforglemmelig. Landsmøte i min hjemby, og min far og mor hadde stelt til et garden party for noen av deltakerne. Forbudstid og bare apoteket hadde de nødvendige ressurser. Jeg ble sendt som bud for å hente det nødvendige. Jeg tok meg god tid, men kom da omsider tilbake med min dyrebare last. Jeg ble møtt i hageporten av en illsint, nyan-satt, men ikke tiltrått generalsekretær som ga meg huden full på grunn av min sendrekthet. Men han ble allikevel sittende i sin stilling i 24 år. I Loen oppfattet jeg at det var visse problemer med en generalsekretær, men ikke hva, og det samme kan det forsåvidt være. Men ikke var det fordi noen somlet med drikkevarene. Med stor tålmodighet lyttet jeg til forhandlingene og bladde i en ganske imponerende papirbunke som var meg tilsendt umiddelbart før møtet. Jeg lyttet og jeg leste, men fant intet lys i mørket, ingen Hippokratisk ånd som hadde sneket seg inn i de vakre møtelokaler. Bare beinhard teknisk-administrativ medisins og 1.divisjons fotball spesialister imellom. Og så en hel del velvillig kollegialitet ovenfra og nedad. Skuffet, nei, egentlig ikke. Men redd for medisinsens fremtid, en fremtid som en hadde håpet skulle bygge videre på den opprinnelige ideologi om forholdet mellom mennesket og legen. Hjemreisen gikk over fjell med tåke og krokete veier, vanskelige å mestre, slik

Forts. side 18.

Utposten

1972-1977



Utpostens tre redaktører — fra venstre
Tore Rud, Per Wium og Harald Siem, slik
Utpostens tegner Kåre Huse ser dem.

I forbindelse med redaktørskiftet er det naturlig å ofre et blick på UTPOSTENS historie.

Det begynte høsten 1970. En samtale på professor Chr. Borchgrevinks kontor i Fr. Stangsgt., ustanselig avbrutt av telefoner. Da vi skiltes, ante vi ikke hva vi skulle gjøre, men hadde en følelse av at primærlegene måtte finne frem til sin egen identitet, og at vi hadde et stort udekket kommunikasjonsbehov.

Noen skriv hit og dit, bl.a. litt jammer til OLL's styre, førte ikke til resultater. Kurs for offentlige leger høsten 1971 talte varmt for saken, både overfor helsedirektoratets representanter, Institutt for almenmedisin i Oslo og representanter fra Legeforeningen og Tidsskriftet. Man nikket og sa det var nok et behov her, det var nok en idé å starte et kommunikasjonstidsskrift, men ... - Noe redaksjonsutvalg fra deltakerne på kurset den gang lot seg heller ikke forme, og det hele så håpløst ut.

Men så en kveld diskuterte Tore Rud opp med roast-biff og Patriarch, og etter kaffen var stemningen og motet så høyt at de tre distriktslegene i ytterste Romsdal besluttet seg for å spytte 1000 kr. i kassen hver og startet på egen hånd.

Det første nummer.

Oppmuntret av svar på rund-

spørringer, og veiledet av lokalpressen i Molde, fikk man så sydd sammen det første nummer på 12 sider i februar 1972. Det ble sendt til trykkeri i Oslo, og trykkeriet lovte at det skulle være tilbake på 14 dager. I et opplag på 500, og med vel 100 på sirkulasjonslisten. Og vi ventet, og vi ventet. Og vi ventet ennå lenger, før vi ringte til trykkeriet. Trykkeriet hadde ikke fått manuskriptet, og en stor leteaksjon ble startet i mars. I begynnelsen av april ble leteaksjonen oppgitt, og ut ifra notater, noen kopier og en sterk anstrengelse av hukkommelsen, fikk vi produsert et nytt nummer 1 som kom ut ultimo april 1972.

Det var nesten som vi hadde mistet motet helt, og tok det som et tegn på at UTPOSTEN vel ikke burde startes. Og da vi ventet for annen gang, håpet vi kanskje på at vi ikke fikk se UTPOSTEN i det hele tatt, så var vi ferdige med det allerede. Men UTPOSTEN kom tilbake, og ble sendt rundt til norske leger og fikk en god mottakelse. Dette på tross av at bladet var helt amatørmessig satt opp, etter vår nåværende standard.

Og senere:

Så kom det ene nummeret etter det andre. Primærlegene og en del helsearbeidere utenom legestanden likte bladet meget godt, mens en del sykehuskolleger gjorde sitt for

å få bladet stoppet. Klipp fra brev som ble skrevet av høyt aktede kolleger fra universitetene, er gjengitt nedenfor:

".....UTPOSTEN har vist seg å holde en redaksjonell linje som tjener til en betydelig undergravning av legenes virksomhet, ser jeg meg ikke tjent med fortsatt å støtte tiltaket med abonnement. Til dels har sakene etter min mening hatt et betydelig ukollegialt tilsnitt. Så vanskelig som legegjerningen er og så spesiell som legens posisjon er vis å vis pasientene, kan jeg ikke se at saken er tjent ved den måte UTPOSTEN presenterer den på. Med hilsen ... "

eller

"... som anført av Legeforeningens generalsekretær Odd Bjercke, er slike påstander ikke utgangspunkt for noe som helst, og at de lanseres ubearbeidet i et slikt blad, bidrar bare til å bringe falske forestillinger, som ikke har noe med sannheten å gjøre, hos mennesker som ikke er tilstrekkelig orientert om forholdene. Dette å bringe slike oppsett om økonomiske forhold som ikke har noe med virkeligheten å gjøre og påstand om maktmisbruk uten skikkelig undersøkelse og holdbarhet, gjør at bladet totalt sett blir uten interesse. ... Dette brev er ikke beregnet på offentliggjørelse, men jeg håper det kan være til orientering."

Oppmuntringer:

Bortsett fra slike direkte oppfordringer til å legge ned bladet og enkelte rykter om at redaktørene var politisk ytterliggående som ønsket å undergrave samfunnet i sin helhet, hørte vi nok flest oppmuntringer.

En søknad til Legeforeningen om støtte fikk avslag, men kanskje i en mildere form enn vi hadde ventet. Legeforeningen tilbød seg støtte i form av gratis distribusjon som bilag til Tidsskriftet, dog underforstått: hvis de kunne akseptere innholdet. Dette gikk vi selvfølgelig ikke med på.

Helsedirektoratet støttet tanken varmt, også med en slump penger. Da de første nummer var ute, gikk også helsedirektør Karl Evang varmt inn for at fylkesleger og andre distriktsleger både skulle abonnere på, og skrive i bladet.

Og kolleger innenfor legestanden både skrev og gjorde bladet berettiget. Bare ganske få ganger har man vært i beitt for stoff, som det fremgår når redaktørene selv har dominert spaltene, andre ganger har det vært gitt ut ekstranummer og man har hatt forhøyet sidetall.

Kontroversielle emner.

Mens utgangspunktet for UTPOSTEN var et kontaktbehov primærlegene imellom, ble det fort klart at en måtte ta opp de saker man snakket om, de som var aktuelle, for at det i det hele tatt skulle bli lest og betalt for.

En kommunikasjonsorgan kan man ikke ta sikte på finpussede artikler, og vente med å ta opp emner til en fremherskende enighet har etablert seg.

Redaktørene har derfor sett på det som et garantistempel at mye av det som har vært bragt frem i spaltene har vært kontroversielt.

En av de store kontroversene var i sin tid Nitter-saken som riktignok bestod av både en personlig uenighet, faglig uenighet og prinsipiell uenighet. Den siste bygget på forskjellige verdinormer, og utgangspunktet for UTPOSTENS helhjertete støtte var at kreftpasienter ikke kunne avvises av den medisinske profesjon bare fordi det medisinsk sett ikke "var mere å gjøre".

Det ser i dag ut som om denne diskusjonen var høyst be-

timelig i norsk medisinsk miljø, og at den har ført til en holdningsendring oss leger imellom. At den i tillegg har ført til et noe mer liberalt bruk av cytostatika hos almenpraktikere, får en se på som en ekstragevinst. Og ellers har diskusjonen gått fra blinkende blått varsellys på legens biler til legefirmaenes bespisning av en av de mest velstående samfunnsgrupper. Når enkelte medisinske særinteresser presser seg helt frem i



frontløsjen og appellerer til publikken med sine døende pasienter på ventelister, har de fått motbør i UTPOSTEN. Den pågående politiske debatt om helse- og sosialforhold har fått sin utdypning i tallrike leserinnlegg til UTPOSTEN.

Det daglige liv i UTPOSTEN.

Redaktørens arbeid har vært preget av skippertakvirksomhet, økonomiske utlegg og mange hyggelige opplevelser. Det samme kan sies om vår

utmerkete tegner, Kåre Bjørn Huse, selv om han muligens ikke har hatt direkte økonomiske utlegg på sine bidrag. Med sin fremragende evne til å finne frem til det vesentlige ved artiklene, har han for bladet på en rimelig måte kunnet utdype innholdet i sine illustrasjoner. Enkelte av illustrasjonene har av fagfolk blitt karakterisert som mesterstykker, og Kåre Bjørn har da også avbrutt sin karriere som lærer på Midsund og begynt en seriøs kunstnerutdannelse i Bergen.

Men det jevne slit har foregått på Reidun Solems kontor på 2x2 meter, hvor abonnentarkivet, skrivemaskinen, telefonen og hauger med papir har konkurrert om plassen. Selv om hun har fått hjelp til skriving, regnskapskontroll og adressering av mange, har hun hatt hovedarbeidet med fremdriften av nummer etter nummer etter nummer. Det er bare synd at alle som kjenner henne gjennom telefonen, ikke har hatt anledning til å observere hvordan hun har fått unna alt arbeidet uten noen gang å ha gitt inntrykk av å ha hatt det travelt.

Fredrik Mellbye foreslo tidlig i UTPOSTENS liv at den burde omdøpes fra UTPOSTEN til UT- og BYPOSTEN. Primærhelsetjenestens problemer i de store byer var også til å ta og føle på. Og UTPOSTENS redaktører hadde tatt sikte på å holde liv i bladet i 5 år, og syntes det var lite rimelig at UTPOSTEN for alltid skulle bli en institusjon knyttet til deres navn.

Så da Tore Rud sluttet som distriktslege, og Per Wium og Harald Siem planla andre arbeidsfelt, var det naturlig å avertere etter nye redaktører.

Annonser skremte mellom 1500 og 2000 mennesker (UTPOSTENS lesere), bortsett fra Aage Bjertnæs og Martin Holte. De vil overta UTPOSTEN fra 1978.

Det er all grunn til å ønske dem lykke til, og minne de andre lesere på at UTPOSTEN ikke kunne eksistere uten leserinnlegg, kritikk og oppmuntring (og betaling av bladpenger).

Den avtrappende redaksjon takker for seg, takker lesere og abonnenter og takker alle, noen nevnt, ingen glemt, av medarbeiderne gjennom årene.

Helsedirektør Torbjørn Mork

Helsedirektoratet

Oslo dep

Oslo 1

Vedr. Forskrifter om godtgjøring av utgifter til drift av helse- og sosialsenter

Etter å ha studert utkast til "Midlertidige forskrifter om godtgjøring av utgifter til drift av helse- og sosialsenter" og forslag daterert 23.3.77 til retningslinjer for bruk av disse, samt å ha lyttet til overlege Ødegaards redegjørelse for dette, må jeg få komme med noen kommentarer. Jeg håper også at disse sider av saken påny blir vurdert snarest, da det ellers kan være med på å øke flukten fra primærlegetjenesten i perifere strøk.

Hovedinnvendingen min ligger i at legevaktfunksjonen ikke er inkorporert i planene. Dette til tross for at det kreves at planene skal være "altomfattende" (Comprehensive) og også omtale hjemme-sykepleie mm. som ikke inngår i helsesenterets vanlige drift. Hvordan kan man da nonchalant utelate planer for dekning av befolkningens legebehov utenfor den tid senteret er åpent? Det er klart at i tettbygde strøk med god bemanning kan dette løses enkelt ved å henvise til eksisterende legevaktordninger, men der det ikke eksisterer slike, må deknin-gen av befolkningens behov for døgnservice inngå som en naturlig del av helse/sosial-senterets oppgaver.

Senteret vil vel stort sett være åpent ut fra normal arbeidstid for hjelpepersonale, dvs. 38 timer ukentlig, fordelt på 5 ukedager. Dette betyr at det er igjen vel 16 timer av hvert døgn, samt 2 hele døgn å 24 timer, tilsam-

men 130 timer hver uke der senteret ikke har noe ansvar for at befolkningen får legetjenester.

Hvem har dette ansvaret?

I tabell 6 i Stortingsprop.1 (1977-78) - Sosialdepartementets budsjettforslag for 1978 - er det under program-kategori 10.5. - legehjelp m.v. - tabellarisert at administrativt ansvar for tje-

nesten tillegges Staten. Hva er ment med dette? Er det ment at Staten har det administrative ansvar for at det på alle steder finnes en legetjeneste som fungerer 24 timer i døgnet, året rundt?

I så fall - hva har Staten gjort m.h.t. dette?

Mener helsedirektøren at Staten har gjort sitt m.h.t. dette ansvaret når den har ansatt en distriktslege i et distrikt etter någjeldende instruks og någjeldende lov?

Mener helsedirektøren at døgnberedskap året rundt er ivaretatt ved at det i "distriktslegeloven" er anført at distriktslegen har plikt til å yte befolkningen legehjelp i den utstrekning det offentlige arbeid tillater, med mindre han av fylkeslegen er fritatt for dette?

Det er meget stor forskjell på å yte legehjelp når en blir kontaktet/oppsporet av befolkningen i nødsituasjoner og på det å sørge for at en er tilgjengelig til alle tider.

Har distriktslegen plikt til å være tilgjengelig for befolkningen 24 timer i døgnet 335 dager i året med mindre fylkeslegen har bifalt noen timers fritid iblandt? Om helsedirektøren mener at en slik vaktberedskap er innbygget i distriktslegens ansettelsesbetingelser, vil jeg få forholdet tatt opp med arbeidstilsynet.

Det er mye vi kan godta som overgangsordninger og i nød-



situasjoner, men når offentlige myndigheter synes å ville basere en tjeneste på slike ordninger, må vi si stopp. Det HAR vært en mangeårig underbemanning i norsk helsevesen, og distriktslegestanden har vært fantastisk tålmodig (dumsnill ifølge sykehuskolleger), men tålmodigheten er ikke lenger så stor som før.

I dag er det mulig å ordne dette så sant man er villig til å endre organiseringen.

En godtgjøringsordning for helsetjenesten etter de linjer som fremgår av forskriftene for godtgjøring til helse- og sosialsenter er ødeleggende for perifere distrikter. I større distrikter kan man vel tenke seg at man kan få de legene som arbeider vanlig arbeids- tid ved senteret til å delta legevakter, da de kan være relativt mange å dele vaktene på, og hver enkelt vakt kan kaste økonomisk bra av seg ved honorering etter normaltariffen.

I grisgrendte strøk derimot vil man få en vaktbelastning på minst 65-43 timer pr. uke

(v.2-3 leger i vaktområdet), hvorav storparten er såkalt ubekvemt arbeidstid (natt-helg). Det er kanskje bare få henvendelser pr. vakt, men det blir oftest et par utrykninger midt på natten ukentlig. Godtgjørelse etter normaltariffen kan gi brutto 0 - noen hundre kroner for en lørdag eller søndag (og da er det ikke mye igjen netto) og f.eks. for å bli vekket kl. 03 og ikke få mer søvn den natten får legen kr. 75- (evt. kr. 105- om han lykkes å få mellomlegget) + reise. Det er klart at vi ikke får noen leger til å ta frivillige vakter på slike betingelser.

Som siktemål må vi ha en bemanning som er så god at det overalt er nok leger til at vaktberedskap kan inkorporeres i en rimelig arbeidsbelastning for de enkelte leger.

Mange steder er dette ikke mulig idag. Der må vi snart få et system som er såpass attraktivt at vi kan trekke til oss leger med annet arbeid i hovedstilling

for å dekke vaktberedskap iblandt. Dette er nødvendig om forholdene for primærlegene i grisgrendte strøk skal bli levelige.

Ved å inkorporere vakttjeneste i senterets driftsplaner og medta det i refusjonsordningen har man muligheter for å organisere dette slik. Jeg finner det fortvilende at dette ikke nå forsøkes i påvente av ny lovgivning vedr. primærhelsetjenesten.

Det er en del andre ting i forskriftene som nok også vil virke uheldig og kanskje skremme en del kommuner fra å starte bygging av helse/sosialsentra, men dette er mindre vesentlig sammenlignet med spørsmålet om vaktberedskap.

Jeg imøteser skriftlig svar fra helsedirektøren vedrørende de spørsmål jeg har reist om distriktslegenes vaktplikt.

Jeg er kjent med helsedirektoratets tidligere uttalelser om offentlige legers plikt til å yte legehjelp, men kan ikke se at disse klargjør de spørsmål jeg stiller.

5670 Fusa, 12.nov.-77

Med hilsen
Anders Lunde



Inntrykk fra høstkurs ved Regionsykehuset i Trondheim 1977

Det er vel ingen hemmelighet at det er de almenpraktiserende leger i Trondheim med deres dynamiske ledere som står bak hele foretagendet. Jeg blir stadig imponert over med hvilken intensitet og effektivitet de gjennomfører sine kursopplegg. Det viktigste i denne sammenheng synes å være at de virkelig vet hva almenpraktiserende leger trenger av kunnskaper. Jeg nøler ikke med å karakterisere foreningen av almenpraktiserende leger i Trondheim og Trøndelag som noe av et mønster for resten av landet. Dette er eneste vei å gå dersom almenpraksis skal kunne hevde seg i tiden som kommer. Men nå over til hva det ble snakket om.

Har vi i moderne medisin et overforbruk (misbruk) av diagnostiske hjelpemidler?

Denne delen av høstkurset i Trondheim var meget interessant, og overlege Patrick Størtebecker mente absolutt at så var tilfelle. Han tok utgangspunkt i en 74 år gammel mann som får en svekkelse i høyre sides ekstremiteter. Hva skjer med denne mannen dersom de pårørende i en panikksituasjon ringer til ambulansen, og hva skjer dersom de pårørende tilkaller den almenpraktiserende lege. Eksemplet viste at det ved tilkalling av ambulanse og innleggelse i sykehus, ble brukt et usedvanlig stort diagnostisk og pleiemessig apparat som ikke førte til noen forbedring fra pasientens synspunkt. Snarere tvert imot, ble det

påpekt at i en del tilfeller var det tydelig forverring på disse pasientene på grunn av at de ble innlagt i sykehuset. Dette skyldes for en vesentlig del at eldre mennesker som aldri har vært på sykehus før, og som er forstumlet og desorientert og engstelige på forhånd, som regel blir verre ved innleggelse i sykehus.

Familielegen eller den almenpraktiserende lege derimot, ble på stedet, instruerte de pårørende og trøstet pasienten som fikk være i sitt hjemmemiljø og klarte situasjonen vesentlig bedre, samtidig som han kom seg mye raskere enn ved innleggelse i sykehus.

Størtebecker understreket at begrepet huslege i grunnen ikke er noe særlig hensiktsmessig da det jo ikke er husene vi behandler. Han mente uttrykket familielege var meget bedre, da dette jo dekker det området vi holder på med.

Han tok videre for seg en 7 år gammel pike med affeksjon av all tverrstripet muskulatur. Hvilket enormt unød-

vendig diagnostisk apparat kan ikke i den forbindelse bli satt igang?

Størtebecker understreket i den sammenheng at vi først må bruke vårt eget hode før vi bruker hele det diagnostiske apparat. I en slik situasjon er det lett å rekviere alle mulige og tenkelige undersøkelser som finnes innenfor neurologien, og dette er utrolig kostbart. Hvis man derimot brukte hodet først og repeterte de basale kunnskaper, kunne man i en slik situasjon stille diagnosen ved to prøver, nemlig først elektromyografi og dernest en muskelbiopsi.

Professor Hjort som også var innleder i nevnte paneldebatt, tok for seg den kolossale vekst i helsetjenesten. I løpet av en generasjon har antall ansatte i helsetjenesten blitt tredoblet. Helsetjenesten har vokset tre ganger så hurtig som brutto nasjonalproduktet de siste årene, og 25% av alle nye arbeidstakere har gått inn i helsetjenesten. Dagens problem, mente Hjort, var



ikke mangel på arbeidskraft, men det var mangel på stillinger innen helsetjenesten, eller penger til disse stillinger. Han mente at institusjonsmedisinen må forberede seg på en meget langsommere vekst enn den har vært vant til de siste årene, og at man må og bør



prioritere primærhelsetjenesten. Professor Hjort mente at vi bør ta kritikken mot avansert sykehusmedisin og sløsing svært alvorlig, og at vi som leger og administratorer burde ordne opp i vårt eget bo så snart som mulig før andre må gjøre det for oss. Han avsluttet med å si at det ennå er en godt bevart hemmelighet at helsetjenesten har veldig lite å gi av helse.

I den senere diskusjonen påpekte Hjort at legene, som skulle være spesialister i ukontrollert vekst gjennom sitt kjennskap til kreften, tilsynelatende ikke har vært istand til å se den ukontrollerte vekst som går for seg innenfor deres eget område, nemlig institusjonsmedisinen.

Neste mann ut var sykehusdirektør Øye som skulle fortelle hvor mye det kostet å drive sykehus. Som kjent er han sykehusdirektør for Regionsykehuset i Trondheim, og de hadde i 1976 et budsjett på 218 mill.kr. 60-70% av dette gikk ut i lønninger, og de hadde hatt 90% lønnsstigning fra 1973 til 1976. Når han skar bort alle utgifter til polikliniske pasienter, både laboriemessig, røntgenmessig og sykehuslegenes poliklinikker,

kom han frem til ca. 560 kr. pr. kurdøgn. På laboratoriet hadde man 45% av prøvene som var på polikliniske pasienter, og dette utgjorde 10-15 mill.kr. Tallene er fra 1976. I 1976 hadde de på de medisinske poliklinikker 106.000 pasienter, og dette utgjorde 25 mill.kr. i utgifter. Fra 1975 kunne han nevne at hver poliklinisk pasient kostet sykehuset mellom 100 kr. og 125 kr., og da var det ikke tatt med utgifter til hus, lys og oppvarming. Til slutt nevnte han at antall liggedager ved sykehuset var gått ned fra omkring 20 til 11 dager, og spurte hvor den så ofte omtalte effektiviseringen skulle skje. Den eneste mulighet han kunne tenke seg, var at pasientene i større utstrekning ble holdt borte fra sykehuset.

Overlege Borander fra røntgenavdelingen var den eneste som høyt og tydelig sa at det foregår misbruk av diagnostiske hjelpemidler innenfor røntgen. Spesielt røntgen colon, mente han, ble misbrukt, og han synes det var betenkelig å gjennomføre en slik undersøkelse så ukritisk som en del kolleger rekvirerer dem, når det for

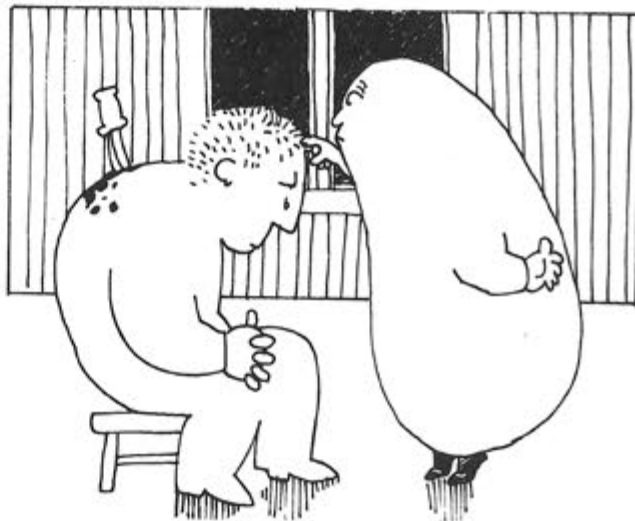
Overlege Chr.

Grette fortalte oss at noe av det viktigste med polikliniske pasienter på hans laboratorium, var den kontakt han kunne ha med praktiserende leger rundt omkring i området. 36% av prøvene ved hans laboratorium var ambulante prøver. Han uttalte at han ikke hadde noen grunn til å mene at legene misbruker laboratorieprøver.

Overlege Jens

Hoel på medisinsk avdeling understreket sterkt at den kliniske tenkning og vurdering aldri måtte erstattes av laboratoriediagnostikk. Han understreket også at unødige undersøkelser forlenget liggetiden og også ventetiden på sykehus.

Assistentlege Bjørn Eggen ved medisinsk avdeling foretok en virkelig selvransakelse, idet han mente at vi absolutt innen sykehusmedisinen handlet som om ressursene var ubegrensede. Han mente også at vi av og til både burde bremse litt og stanse opp for å se om alle de diagnostiske hjelpemidlene vi strødde rundt oss med, var helt nødvendi-

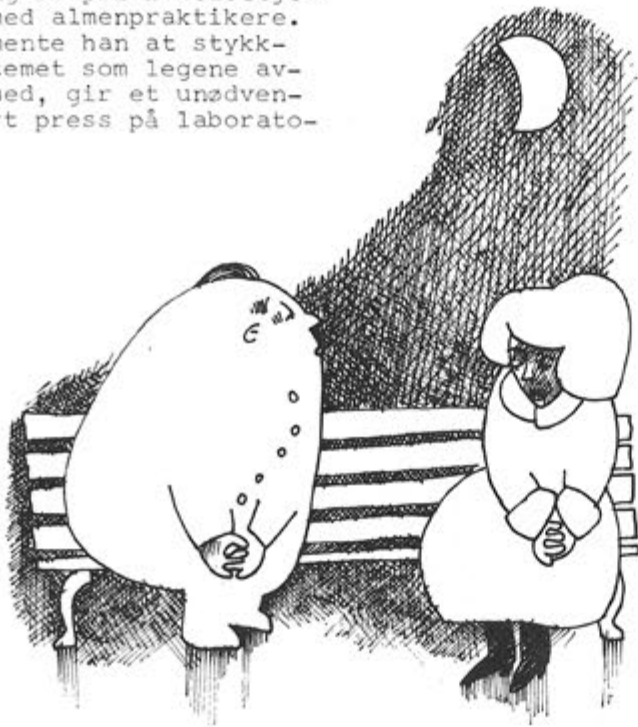


eksempel ikke er en gang eksplorert pr. rectum, enn så tatt undersøkelse på blod i avføringen eller rectoskopi. Han gav uttrykk for betenkeligheter over at svært få kolleger tar i betraktning dosebelastningen som man påfører pasientene. I tillegg er det klart at en økonomisk belastning er uunngåelig. Ved røntgen cranium er det også lite å finne, i og med at 91% av undersøkelsene viser negativt funn.

ge for den enkelte pasient. En annen ting som ofte blir glemt, er at 5% av laboratorieprøvene pr. definisjon skal være patologiske, siden grensene er satt opp på denne måten.

Almenpraktiserende lege Aage Bjertnæs mente at utdannelsen av medisinerere måtte ta mye av ansvaret for at laboratoriemedisinen og overforbruk av diagnostiske hjelpemidler finner sted. Han mente at laboratoriemedisinen

har blitt en slags sovepute og trøst for en manglende utbygging av primærhelsetjenesten med almenpraktikere. Videre mente han at stykkprissystemet som legene avlønnet med, gir et unødvendig stort press på laboratoriet.



Til slutt påpekte professor Bent Guttorm Bentsen at de såkalte observasjoner i sykehuset kan være meget kostbare. Hvis dette koster mellom 6.000 og 12.000 kr. pr. pasient, vil man for de samme midlene kunne gjøre store ting også i almenpraksis.

Den påfølgende debatt var livlig, og det ble påpekt at det ikke er ønskelig å drive primærlegetjeneste ved sykehus-poliklinikker. Dette på grunn av at det blir en alt for kostbar form, og at man ikke oppnår det samme som man oppnår ved en vanlig primærhelsetjeneste, nemlig et mer personlig forhold til pasientene. Overlege Grette på Sentrallaboratoriet ble etter noe pressing nødt til å komme med erkjennelsen at differensialtelling gir relativt lite som undersøkelse rutinemessig. Det samme gjelder amylase i serum, han mente undersøkelse på folinsyre var lite aktuelt i det hele tatt, og undersøkelse på vitamin B-12 hos kvinner i 35 års alderen med anemi er unødvendig. I samme omgang skjønte han ikke riktig at det var nødvendig å undersøke thyroxin og PBJ hos alle med blodtrykkskontroller.

Professor Patrick Størtebacker som åpnet det hele, fikk også lov til å avslutte, og han konkluderte med at

det er mye bedre at en almenpraktiker snakker med en av sine pasienter en halv time enn at seks spesialister ser på den samme pasienten et kvarter hver.

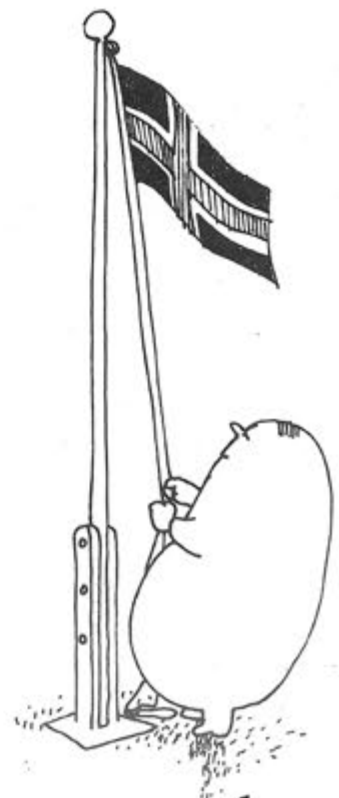
Kolesterolen begravnes langsomt

Reservelege Svein Hoel ved Sentralsykehuset i Trondheim gav et virkelig dolkestøt til alle troende innenfor kolesterolgruppen, idet han mente at de siste års undersøkelser har bevist at jo bedre undersøkelsene er gjennomført, jo mindre effekt fant man av diettbehandling ved hyperkolesterolemi. Dette kom jo på en del av deltakerne som et sjokk, og for oss som har ligget litt på årene, er det jo en erkjennelse som vi bare har ventet på. Det er et faktum at de med forhøyet kolesterol i blodet, har en overhyppighet av hjertesykdommer, men siden bare 10% av kroppens kolesterol kommer fra kosten, synes det nærmest uforklarlig at så mange har gått på så ufordragelig diett så lenge før sannheten kom for en dag. UTPOSTEN heiser flagget og venter bare på neste evigvarende "medisinske sannhet".

Opptrening og utføring av hjerteinfarktpasienter:

Det var assisterende overlege Rolf Rokseth som hadde tatt på seg dette tema. Han begynte med å understreke den voldsomme omveltning innenfor dette feltet de siste år. I 1968 til 1970 var det 60% av infarktspasientene ved medisinsk avdeling i Trondheim som kom tilbake til arbeidet etter gjennomgått sykdom. I 1974 begynte man å stimulere til friskmelding etter 4-6 uker med aktiv fysisk trening i samarbeid med fysioterapeut, og 85% kom da tilbake til arbeidet etter infarkt. Han understreket at det var en del absolutte kontraindikasjoner for fysisk trening, bl.a. stuvningssvikt, pågående infarkt, ustabil angina pectoris, akutt infeksjon, alvorlig eller moderat klaffefeil, subaortastenose eller nylig vedvarende brystmerter.

Operativ behandling og coronar angiografi var også med i hans innlegg, og han understreket at operasjon med bypass ikke var livsforlengende, og at man burde ha prøvd medisiner i skikkelige doser minst 3 måneder uten effekt før man gikk på



coronarangiografi. Dessuten måtte pasienten ikke være særlig overvektig. Andre viktige ting som han kom inn på, var Digitrinbehandling. Han mente at man på en del pasienter burde ta opp til vurdering om de skulle fortsette med Digitrinbehandling. Videre ble det nevnt at en del pasienter blir veldig slappe på betablokkere, de fleste kommer seg imidlertid bra etter en stund, men noen pasienter får beholde slappheten, og disse bør da unngå betablokkere. Det ble også understreket at betablokkere burde seponeres gradvis i løpet av noen uker.

Overlege Arve Lystad hadde også innlegg. Referenten vil bare konstantere at Arve Lystad var der også, men siden han har fått såpass mye spalteplass i UTPOSTEN tidligere, skal han forbigåes i stilhet, selv om dette er vanskelig.

Turisme og innførte sykdommer:

Professor Johs. Bø fortalte engasjert om disse proble-

mer. Han understreket at man alltid skulle spørre pasienter hvor de hadde vært og når de var utenfor landet siste gang, ved uklar sykdom. Han fryktet at malariaproblemet etter hvert ville øke hos oss, han mente vi nå måtte begynne å tenke alvorlig på dette, han minnet om at malaria er nesten alltid en febersykdom, det er viktig at vi ikke kan vente typisk feberkurve, i alle tilfelle, og at malaria etterligner mange andre sykdommer og har mange kliniske former. De malaraiinfeksjonene som kommer mer enn 6 måneder etter utenlandsopphold, er som regel ufarlige. Professor Bø mente at vi nå etter at koppeproblemet er i ferd med å bli mindre, ikke må glemme nye sykdommer som har blitt mere aktuelle i den senere tid, nemlig polio, difteri, rabies og tyfoid, paratyfoid. Han mente spesielt rabies som nærmer seg Norge med ca. 4 mil/år. Dessuten er det staig flere som utsettes for smitte med rabies i u-land. En ny og relativt ufarlig vaksine gir videre indikasjoner for bruk i den senere tid. Sykdommen er 100% dødelig for de som får den.

Professor Bø kunne berette en personlig meddelelse, nemlig at han brukte opium selv mot reisediarré. Han mente at man til i dag ikke hadde noe bra middel mot denne reisediarréen, antibiotika burde ikke brukes, muligens med unntak av tetracykliner. Når det gjaldt opiumsdråpene, gjorde han oppmerksom på at enkelte land er meget strenge hvis man blir tatt med opium i håndbagasjen.

Kjell Johansen er fysioterapeut, og fortalte oss om nevrotiske spenningstilstander som ble behandlet med fysioterapi. En egen gruppe fysioterapeuter er meget interessert i dette, og han fortalte om palpasjon av muskler, om psykomotorisk avspenning, manuell terapi ble også brukt. Han mente nevroser gav stivhet i reaksjonsmønsteret og spente muskler. Når den nevrotiske pasienten helt hadde gitt opp, ble musklene hypotone, palpasjonsfunnene i musklene sammenlignet han med å ta på en grøt. Han understreket at hvis man tok muskelpanseret fra et menneske, var det store sjanser for at både nevroser og også psykoser kunne dukke opp.

Er almenmedisinerne i ferd med å bli tatt på sengen?

Almenpraktiserende lege Ivar J. Rosenberg holdt foredrag på høstkurs ved Regionsykehuset i Trondheim om klinisk utprøving av medikamenter i almenpraksis. Han nevnte der en del utskielser fra legemiddelfabrikantenes side med ustrukturert og til dels uansvarlig opplegg i utprøving av medisiner innenfor almenpraksis.

Det store merkedet for medikamentøkning er for tiden antihypertensiva, og det er tydelig at en del legemiddelfirmaer i sin salgssiver har kastet seg over almenpraktikerne med strålende tilbud om gull og grønne skoger dersom de vil være med på klinisk utprøving av disse midlene. Det som etter redaktørens mening er smakløst ved slike forsøk, er for det første at det ikke er noen ansvarlig medisinsk leder av de, for det andre at trykksakene i utforming

kan forlede enhver til å tro at dette er meget vitenskapelig opplagt. For det tredje at en del av firmaene har lokket med opphold på høyfjellshotell for legen og hans familie i forbindelse med diskusjon av kursopplegg, dessuten at man ikke blir gjort oppmerksom på hvordan resultatene skal bearbejdes og brukes siden. Som redaktør av UTPOSTEN, sender jeg herved ut et varsko til samtlige almenpraktiserende leger: La dere ikke lure av legemiddelfabrikantene. De har en oppgave her i livet, nemlig å selge mest mulig medisiner. Almenpraktikerne er satt til å behandle syke mennesker, og dette er absolutt ikke sammenfallende interesser. Jeg mener norsk almenmedisin vil gjøre seg selv en bjørnetjeneste dersom de går ut med mindre vel funderte forsøk uten ansvarlige ledere, og ansvarlige

ledere i slike ting må være en almenpraktiker. Jeg synes også det er merkelig at disse legemiddelfirmaene ikke tar kontakt med våre institutter for almenmedisin før de setter i gang slike undersøkelser, og jeg synes videre det er rart at Legeforeningens utvalg for forskning i almenpraksis ikke kan påvirke NO-RE-FARM til et samarbeid om disse sakene. Etter Ivar U. Rosenbergs uttalelse hadde slikt samarbeidsopplegg vært forsøkt, men det hadde ikke nyttet å gjennomføre det. Jeg anbefaler samtlige almenpraktiserende leger å motstå disse tilbudene, og heller unnvære den weekenden på høyfjellshotell med barn og ektefelle, dere kan komme til å måtte betale dyrt for dette ved en senere anledning.

Per Wium

Arbeidssituasjonen for distriktslege i grisgrendt distrikt

I mange grisgrendte strøk i landet vårt er avstandene så store at for at befolkningen skal kunne føle at de har en lege i sin noenlunde nærhet, vil det bety at det blir temmelig ensomt for distriktslegen, og ofte med forholdsvis få mennesker i hans oppland.

For befolkningen, er det for meg etter en rekke år i slike steder, opplagt at den trygghet som knytter seg til at legen er bosatt i det grisgrendte strøk, mest mulig lett tilgjengelig, av stor betydning.

Avstandene gir ofte store problemer beredskapsmessig ved vaksamarbeid med nabolege, da han gjerne bor en time eller mer unna i reisetid. I mitt eget tilfelle bor jeg nå etter utbedring av vei ca. 45 minutter unna neste lege i samme distrikt. I vaksamarbeid betyr det ganske lange reiser, men forholdsvis sjelden da det ikke er så mange mennesker. I Nedstranddelen av kommunen ca. 1000 mennesker og resten ca. 5500. Det er over en times reise til ytterpunkt både fra Grinde og i ennå større grad fra Nedstrand. Vi har funnet det mest hensiktsmessig å la Nedstrand ha kontinuerlig vakt på hverdager, og gå sammen i helgene. Det er lite å gjøre på vaktene i Nedstrand på hverdager, men gir forholdsvis korte avstander når det er noe, og for befolkningen betyr det en trygghet som vanskelig kan overvurderes. I helgevaktene er det varierende, enkelte dager kan det være mye, noen ganger passe, men vanligvis er det ofte å sitte i beredskap og ikke vite om det blir noe, natten sover en ikke så rolig da en når som helst kan bli vekket, men vanligvis ikke blir det.

Dette er jo en gammel situasjon for distriktslegene, men det som har forandret seg, er situasjonen for andre grupper i samfunnet, både leger i institusjon og andre yrker.

Kollega Kvamme nevner i UTPOSTEN at brannmannskaper i Alta neppe ville godta vaktgodtgjørelse etter stykkprisbetaling pr. utrykning. Det er med en følelse av at "alle andre får" som gjør at denne situasjonen ikke lenger er tilfredsstillende. Siste to helger hadde jeg vakt for Tysvær kommune. Den ene helgen hadde jeg to konsultasjoner med nattetakst, tilsammen kr. 140,- i brutto inntekt, den neste omtrent det dobbelte. Det er ikke rare betalingen for å være i beredskap til å rykke ut på minuttet dag og natt fra fredag kl. 18.00 til mandag kl. 08.00.

Det som slår uheldig ut, er at et mer tett befolket område med flere mennesker, vil gi mer arbeid og dermed mer inntekt, men også i grisgrendte strøk med store avstander fortjener befolkningen en skikkelig beredskap, og jeg tror at mange leger i disse strøk er villig til å gi den, men vi burde vel ha en annen betalingsordning for slike vakter. På hverdagene er det samme forhold, bare i ennå større grad, i og med at det er færre mennesker.

En kunne selvfølgelig også ha vaktdeling på hverdagene, men det ville bety en økning i arbeidet. Befolkningen ville heller ikke ha følelsen av en trygg nærhet av legen.

I dagens situasjon med krise i utkantdistriktene kunne jeg tenke meg at det må gjøres noe spesielt for arbeidssituasjonen.

Vi ser at våre kolleger på

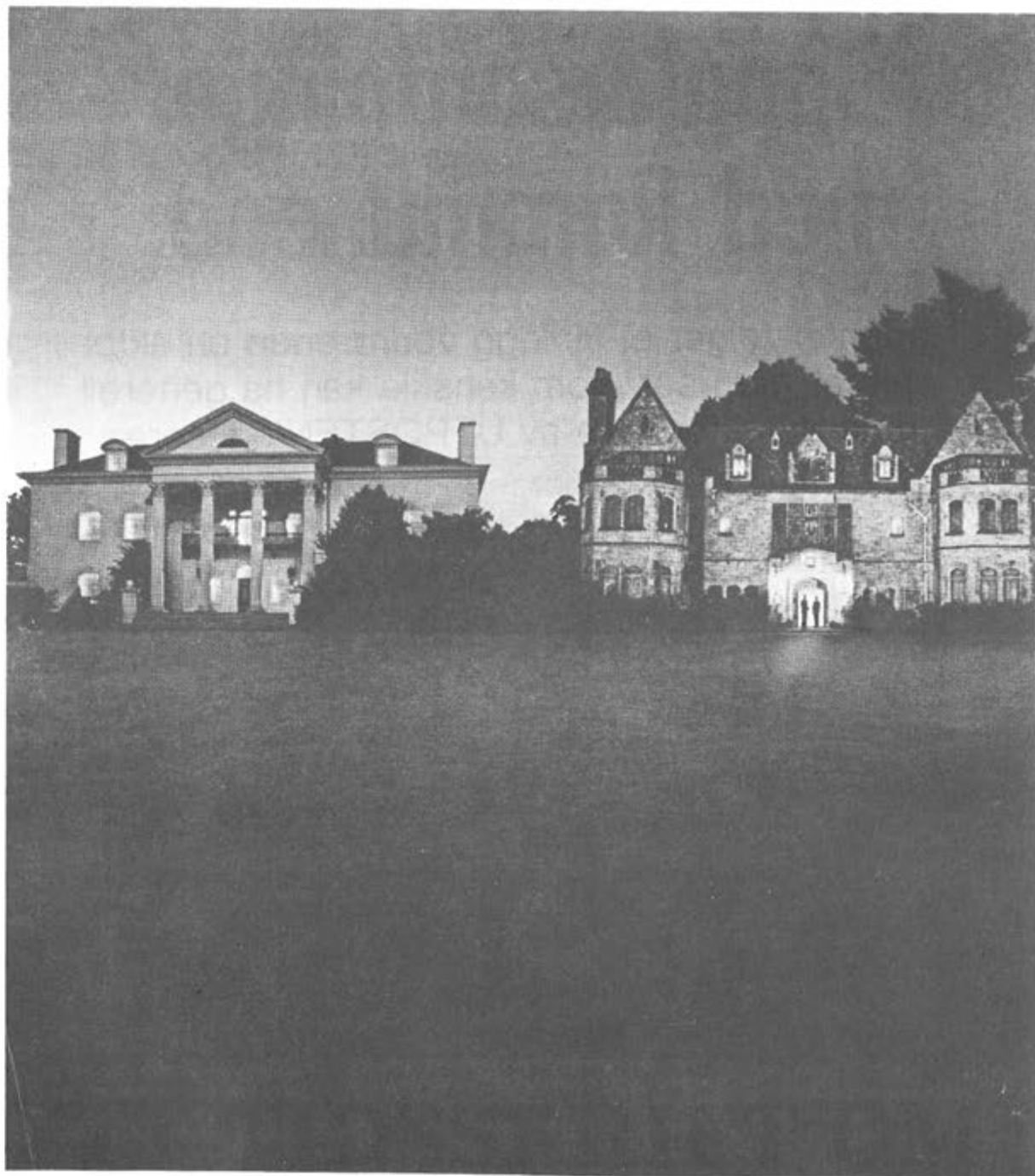
sykehus får stadig bedre vilkår, både økonomisk (pr. time) og arbeidsmessig, men soesielt i de grisgrendte distrikter med ofte kontinuerlig vakt, iallefall på hverdager, forblir situasjonen den samme.

Som Kvamme skriver i sin artikkel i UTPOSTEN, må en stadig sørge for å gi beskjed om hvor en er, en må holde seg fysisk i form til å kunne rykke ut (være i stand til lovlig å kjøre bil).

En må være klar over at dette kommer på toppen av den vanlige dags arbeid. Selv om antall pasienter pr. time er mindre i et lite distrikt, så er en like bundet hele dagen, men får mindre igjen for det.

Dette burde endres slik at et grisgrendt utkantdistrikt fikk en annen økonomisk oppgjørsordning, slik at en igjen kunne gi mulighet for flere leger i et område som etter normaltariffen ikke gir levebrød for flere enn en, og dermed gi befolkningen en forpliktende nærværende lege.

Som distriktslege skal en også være helsestasjonslege, skolelege etc, og i Rogaland har en nå begynt med kurs fra den sentrale helsestasjon. Helseøstrene får fri med lønn og dekket reiseutgifter over helsestasjonens budsjett, og dette er vel og bra, men legen mister praksisinntekt de dagene han er vekkt. Dette gjelder også kurs for almenpraksis, og jo mindre lukrative distrikter, jo vanskeligere er det med vikar, men innteksttapet betyr tilsvarende mer, slik at en også ved kursdeltakelse kommer ugunstig ut. Her burde en fastlønsordning gi muligheter for kurs-



**«Kan du låne meg en
reflekshammer — jeg skal
ha poliklinikk i morgen?»**



Oppgjørsordninger med kommunene

Nedenfor følger et innlegg vedrørende en aktuell sak for meg selv som kanskje kan ha generell interesse for flere av UTPOSTEN's lesere:

Vi er midt oppi hektisk aktivitet og heftig debatt vedrørende praksisordningen, oppgjørsformen og det offentlige deltakelse i almenpraksis. Mens det endelige gjennombruddet fra statens side i form av konkrete bevilgninger lar vente på seg, søker flere av oss kontakt med kommunene i håp om å oppnå overgangsordninger som øker vår økonomiske sikkerhet, forenkler administrasjonen og demper preget av privat forretningsdrift.

De fleste som for tiden ligger i slike forhandlinger, vil før eller siden støte på et dokument som er utarbeidet av Norske Kommuners Sentralforbund, et forslag til standardform for avtale mellom kommune og sosialsentra. Dette er utarbeidet av N.K.S. på bakgrunn av flere innkomne forslag fra kommuner, og et utvalg nedsatt av fylkeslegen i Rogaland.

Selv om kontraktforslaget gjelder helse- og sosialsentra, vil det i utgangspunktet også ha aktualitet for "eneleger" idet ordlyden lett vil kunne tilpasses det forenklete forhold som gjelder. Dokumentet er imidlertid skuffende lesning på andre punkter, og jeg vil foreslå at leger som måtte benytte forslaget som basis, forsøker å få kommunene med på en utlukning av flere irritasjonsmomenter.

Som allerede nevnt, vil en viktig side for mange leger vedrørende slik kontrakt være forenkling av "forretningsdriften" og rasjonell administrasjon. Hovedprinsippet i det økonomiske opp-

gjør kontrakten legger opp til, er altså at kommunen bærer utgiftene som refunderes av legene på basis av fast prosentsetning. Allerede her har begge parter sagt seg villig til et grovt skjønn, eventuelt bevisst subsidiering hvor enkelhet betyr mer enn nøyaktig utgiftsdekking. Det virker derfor uforståelig at det innebygget i denne kontrakten både er deleordninger hvor ikke hovedregelen gjelder, og utgiftsposter som er klart knyttet til praksisdriften som ikke er tatt med. Eksempler på dette finner en under § 4 vedrørende telefonutgiftene hvor telleskrittene skal deles mellom lege og kommune, mens rikstelefon samtaler som vedkommer vanlig praksis skal betales av kommunen etter regning. Medisinske forbruksvarer skal legene selv dekke utgiftene til. Legene sitter altså ikke bare igjen med rudimenter av sin gamle private forretningsdrift, men slipper heller ikke unna det økonomiske mellomværende med eventuelle turnuskandidater. Da refusjonssystemet vil pålegge legene så vel budsjett- som rapporteringsoppgaver, kan det for meg synes som at vi er kommet fra asken til ilden når det gjelder praksisadministrasjonen.

Personlig har jeg også vanskeligheter med å akseptere ordlyden i §2 hvor det går frem at kommunen skal bekoste inventar og utstyr etter spesifisert liste som settes opp av kommunen og legen i fellesskap. Nødvendige ved-

likeholdsutgifter skal bekostes av kommunen, men det står ikke noe om komplettering av utstyrlisten. Selv om mange av oss lett tenker i vante baner, er det vår plikt å legge om vår praksis- og utstyrprofil noe fra år til år i tråd med utdannelse, arbeidsfordeling innen helsetjenesten og den tekniske utvikling. Det skulle ikke være nødvendig å måtte slåss for utstyrsposter fordi ingen ting er nevnt om dette i kontrakten.

I avtaleforslaget er det innarbeidet flere garantier for at befolkningen i området skal få en forsvarlig legedekning. Dette vil være hovedfordelen med ordningen for kommunen, og ingen vil ha problemer med å akseptere dette. Vanskeligere blir det å akseptere den frykt som kontrakten avspeiler for at legen/legene skal fordele arbeidsinnsatsen slik at folketrygdens midler ikke strømmer inn i kommunekassen jevnt og trutt gjennom refusjonsordningen. Istedenfor å understreke legenes plikt til å delta i virksomhet ved helsestasjoner, skolelege og bedriftslegevirksomhet, begrenser kontraktforslaget denne virksomhet iflg. § 6 p. 4 til et nærmere avtalt antall timer innenfor den ordinære arbeidstid. Det synes ikke noe om distriktslegens rett til å drive offentlig arbeide innenfor den avtalte praksistiden.

Redselen gjelder ikke bare at legene skal utebli fra kontorstolen. Avtaleforslaget synes også å inneholde en noe kamuflert garanti for

at legene skal drive tilstrekkelig økonomisk effektivitet. Det heter således i § 8,4.ledd, følgende: "Legene velger en felles talsmann overfor kommunen i spørsmål vedrørende legestasjonens drift. Legenes fellestalsmann skal sammen med sosialsjefen søke å finne frem til arbeidsrutiner som til enhver tid gjør driften av legeseksjoner rasjonell og servicen overfor publikum best mulig, herunder tiltak for å utnytte hjelpepersonell og utstyr best mulig."

Det argumenteres med service overfor publikum, men snakkes samtidig om rasjonell drift og best mulig (økonomisk?) utnytting av hjelpepersonell og utstyr.

Allerede i § 9 kommer det etter min vurdering inn en generell garanti som burde være god nok. Det heter "legene og kontaktmannen i kommunen har plikt til å sørge for at driften av legeseksjonen til enhver tid holdes innen budsjettets ramme".

Avtaleforslaget legger opp til prosentrefusjon av praksisinntekten i kontortiden. I mindre kommuner vil det ofte være formålstjenlig med refusjonsprosent av hele praksisinntekten inkludert legevakt og sykebesøk. Arbeidsmengden er da mer eller mindre gitt på forhånd. Enelegen kan demme opp til en viss grense, men ikke lenger.

Befolkningens samlede minstebehov er kommunens garanti for løpende inntekter, og ordningen forenkler administrasjonen ytterligere.

Som en konklusjon vil jeg si at avtaleforslaget danner en god basis for flere typer allmenpraksis. Det skjennes av en del mistillitspregede detaljer og små gjennombrudd av byråkratisk tankegang, men alt dette går an å luke ut i den endelige avtale dersom en i samarbeidet med kommunen legger godvilje til fra begge sider.

Judaberg, 1.11.77
Eivind Vestbø
distriktslege



NYTT TIDSSKRIFT OM LEGEMIDDELKONTROLL

Statens Legemiddelkontroll kommer med nytt tidsskrift fra september 1977. Etter første nummer å dømme, har legemiddelkontrollen fått inntrykk fra private legemiddelselskap angående layout og oppsetning. Helsedirektør Torbjørn Mork har kommet med på første side, og understreker at det er behov for legemiddelinformasjon, ubunden av produsentinteresser. I dag er vel Felleskatalogen den viktigste informasjonskilde ved legers forskrivning, og det er jo ikke til å unngå at teksten der er noe farget av

den enkelte produsents selgerinteresse. Første nummer inneholder preparatkort på to relativt nye medikamenter, og disse synes meget informative og nyttige. Man kunne kanskje i en slik kostbar trykksak spandert fargebilde av tablettene som ble omtalt. Forøvrig savner jeg det samme i Felleskatalogen som jo er den boken man har for hånden i øyeblikkelig hjelp - situasjoner ved forgiftninger. Når Statens Legemiddelkontroll får en egen avis, er det å håpe at bivirkningsnemnda og andre statlige

institusjoner med samme formål, får anledning til å bruke bladet. Jeg tenker spesielt på apotekkontoret i helsedirektoratet og bivirkningsnemnda som uten tvil har mye på hjertet. Jeg håper for fremtiden at bladet ikke blir for tykt, slik at det går an å lese det i løpet av noen minutter. Med disse ord ønsker jeg "Nytt fra Statens Legemiddelkontroll" velkommen som en positiv overraskelse en stormfull høstdag på Mørrekysten.

Per Wium



Regler for refusjon av utgifter ved forsendelse av legemidler fra apotek til pasient

Gjeldende fra 1. juni 1977

Vi gjengir nedenfor reglene for refusjon av utgifter ved forsendelse av legemidler fra apotek til pasient.

1. Utgifter til sending av legemidler forskrevet på resept fra lege eller tannlege og som i henhold til prisforskrifter for salg av legemidler m.v. fra apotek av 10. januar 1975, § 2, 3. ledd, ikke kan kreves dekket av pasient, kan kreves refundert av Norsk Medisinaldepot etter disse regler. Ordningen omfatter ikke utgifter som dekkes av andre refusjonsordninger. *)
2. Refusjon kan kreves for apotekets utgifter til porto og frakt, herunder eventuelle oppkravsgebyr. Videre refunderes eventuell godtgjørelse for ekspedisjon av medisinpakker fra utleveringsstedet, herunder godtgjørelse for oppkreving av betaling for legemid-

ne. Slik godtgjørelse skal være godkjent av Helsedirektoratet.

3. Apotekets utgifter til revisita, budtjeneste, bruk av egen bil og øvrige lønnsutgifter vedrørende sendinger samt kundens eventuelle utgifter i forbindelse med henting, refunderes ikke.
4. Apoteket plikter å sende legemidlene på rimeligst mulig måte avhengig av viktighet og sikkerhet for at sendingen når pasienten i tide. Hvis mulig bør medisinpakke sendes samlet til et egnet utleveringssted. I den enkelte medisinpakke kan medtas en rimelig mengde reseptfrie legemidler uten at kunden belastes særskilt for det.
5. Oppgave over refunderbare forsendelsesutgifter eksklusive eventuell merverdiavgift på frakter, sendes Norsk Medisinaldepot månedlig eller kvartalsvis.

Det skal etter avtale med Direktøren for skattevesenet ikke beregnes ny utgående avgift av disse utgifter. Oppgaven skal være bekreftet av apotekets revisor.

6. Norsk Medisinaldepot godskriver apotekets konto for beløpet og betrakter dette som en delbetaling av månedens varekjøp.
7. Styret for Norsk Medisinaldepot kan etter samråd med Sosialdepartementet foreta endring i disse regler.

*) Rikstrykdeverket yter full godtgjørelse for utgifter ved forsendelse av legemidler til pasient med sykdom som skyldes yrkesskade og som går inn under kap. 11 i lov om folketrygd av 17. juni 1966.

Apropos Helserådets innflytelse

Forebygge Tetanus??

SIFF MSIS rapport 28/75: — — — satses på optimal reduksjon av eksposisjonsmulighetene

HELSESRÅD:

--- sterkt fraråde kombinasjon av utstillingsplass for husdyr med lekeplass for barn.

BYGNINGSRÅD:

---. Det har ikke vært noe tilfelle av det ---.
--- faren for tetanusmitte ikke er større på utstillingsplassen enn alle andre steder i området.

FYLKESLEGEN:

--- med de relativt få utstillinger som er angitt, forsvarlig å drive med aktuelle kombinasjon. Med andre ord, man får ta en kalkulert risiko.

REGULERINGSPLAN:

Kombinert utstillingsplass for husdyr og lekeplass for barn.



Lesja, den 28.10.77
Jon B. Grova
distriktslege

Forts. fra side 12:

Arbeidssituasjonen for ...

deltakelse et visst antall dager i året med lønn. En burde ha en godtgjørelse for å holde beredskap også der hvor det etter tariffen gir lite igjen for det, men hvor avstandene tilsier nødvendigheten, eventuelt at en hadde beregnet 1:4 for hvilende vakt med i den faste

lønn, og da ville en kunne ansette to leger der hvor det i dag er en. Det ville bli noe dyrere, men jeg tror det er den eneste veien å gå for de små gravgrendte distrikter. I noen kunne det også bli tale om 3 leger. Med fast lønn overtar da det offentlige den økonomiske risiko for praksis. En kunne da ta med

både skolelege/helsestasjonslegetid og hygienisk arbeid for helserådet innen et tidsrom pr. dag/uke som fastsatt lønn, men vaktberedskapen må tas med på en måte, helst ved innarbeiding, som del av arbeidstid.

Jeg stiller meg gjerne til disposisjon som prøvekanin.

Nedstrand, den 6.9.77
Yngve Nørthing

Forts. fra side 3:

På leting etter en ...

som også vårt yrke alltid har fortonet seg, men hvor din personlige innsats har alt å si for at du skal oppnå å komme til veis ende. Kanskje det blir lettere med den nye veien? Det er bare det at den går bare i tunneler, du får ikke fritt utsyn, du blir ledet fra begynnelsen til slutten. Kanskje det er symptomatisk at vi her på stedet nettopp fikk et nytt legesenter, vår tids "Asklepieion", beliggende i byens største supermarked. Vel ikke selvbetjening ennå, - men -.

Aldrende lege.

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 5 x 100 stk. (0,25 g).

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

DUMEX

Forts. fra side 2:

Distriktsnissens siste julekveld ...

Norge 25 nye prøve-distriktsnisser

Etter det forsvant nabonissen. Så ble jeg distriktsniss for 3 legedistrikter, og fikk ingen prøve-distriktsniss. Men da begynte jeg å skrive oppgave. Jeg skrev så blekket sprutet om hvor mange timer distriktsnissene i hele landet arbeider. Men jeg har ikke kommet meg herfra enda.

Og nå er jeg glad hver dag. Idag for eksempel, fikk vi 8 nye distriktsniss stillinger. Og tenk på sosial-etaten! De fikk 100 millioner blanke kroner ifjor. Kanskje vi får det til neste år? De begynner

kanskje litt forsiktig med 8 stillinger. Og hvis vi får det, 100 millioner altså, da skal jeg rase rundt i hurtigbåten min til alle skjærene her ute og spørre om folk er friske.

I avisene står det noe om meg hver dag, og på TV! Tenk, en dag snakket de om meg der også. Og da hylte jeg av fryd.

Men i år har jeg nesten glemt alle pakkene. Jeg blir jo så forvirret av all denne PR at jeg ikke får gjort noe.

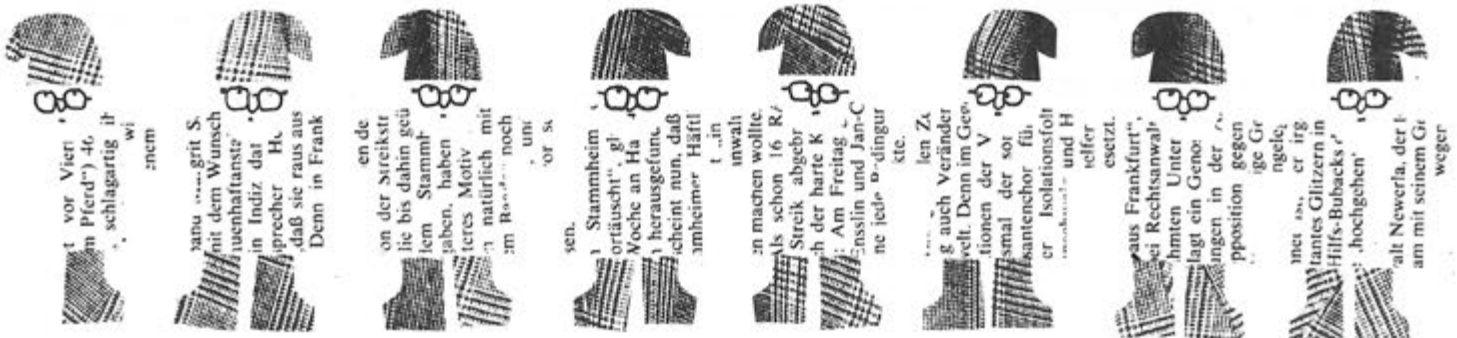
Nå om dagen sitter jeg mest og drømmer om distriktsnissenes storhetstid. Når

jeg ser ut på fjellene og havet, tenker jeg meg at om noen år tusser det av distriktsniss utover alle holmer og hele havet. Da skal folk bli friske, da! Selv vil jeg bli ansatt i TV som distriktsniss-konsulent.

Bare de ville begynne snart. De kunne jo for eksempel begynne med å sette en distriktsniss i de to nabo-distriktene mine!

GOD JUL!

Hilsen distriktsniss.



Innholdsfortegnelse 1977

	nr.	s.
Brekke, Dag.....	Administrasjonsavgiften. Åpent brev til OLL.	2 15
Distriktslegene på Nordmøre..	Åpent brev om legekrisen på Nordmøre.	2 4
Deltakere ved Kurs i offentlig helsearbeid for legar hausten 1977.....	Om offentlig tilrettelagt almenpraksis.	7 12
Einarsen, Einar.....	Distriktslegen - vår tids husmann.	4-5 8
Erichsen, Erich.....	På leting etter en ideologi.	8
Fugelli, Per.....	Hawaiisk støysender på utekontoret.	6 3
Glad, William R.....	Opprettholdelse av kompetansen "Almenpraktiker D.n.l.f."	2 10
Haugsbø, Asbjørn.....	Primærhelsetjenesten i Troms fylke.	1 7
Hindal, Svein.....	Om primærlegetjenesten i Bergen.	3 6
Holme, Arne.....	Legevaktjenesten. Brev til OLL.	1 13
Jacobsen, Geir.....	Legesituasjonen i Trondheim.	4-5 11
Jahr, K.H.....	Fast lønn i almenpraksis, et fremtidsmål??	7 10
Kvamme, Jan Ivar.....	Loppa/Alta - og krisen i distriktshelsetjenesten.	4-5 3
	Om almenpraksis - av primærleger.	4-5 14
Langeland, Jon.....	"Hos gynekologen." Bokanmeldelse.	7 14
Lunde, Anders.....	Om midlertidige forskrifter om godtgjøring av utgifter til drift av helse- og sosialsenter.	8
Lyngvær, Inger.....	"Legemidler og bruken av dem." Bokanmeldelse.	1 14
Moe, Jens.....	Vedrørende legebemannet helikopter.	2 9
Nakling, Yngve.....	Arbeidssituasjonen for distriktslege i grisgrendt distrikt.	8
Nilsson, Kari og Robberstad, Torleiv.....	Distriktslegens jubelsang.	6 14
Robberstad, Torleiv.....	Helsestasjonsvisa.	6 15
Rambøl, Klaus.....	Primærhelsetjenesten. Ad. legekrisen.	1 3 2 5
	Primærlegetjenesten og legesentrene.	2 12
Røyneland, Bjørn.....	Ad. kommunikasjon sykehus/primærlege.	7 13
Redaksjonelt.....	Spørsmål 15. Ad. problemer innen distrikts- helsetjenesten.	3 7
	Spørsmål til spørretimen. Ad. fastlønns- ordninger.	3 14
	Offentlig tilrettelagt almenpraksis.	6 2
	UTPOSTENS historie 1972-1977.	8
	Pasientavtalebok for leger i Norge.	7 2
Seyffarth, Henrik.....	Er det nok å frisere på det gamle?	1 4
Siem, Harald.....	Stortingets spørretime. Distriktslege- mangelen.	1 10
	Om primærlegetjenesten i Bergen.	2 7
	D.n.l.f.'s 44. landsmøte i Loen -77.	4-5 4
	Hjertekirurgi i fokus.	4-5 13
	Distriktslegers boligforhold.	6 10
	"Doktor på Værøy og Røst." Bokanmeldelse.	7 9
Steinsvoll, Per Steinar.....	Primærleger og helsetjenesten.	3 4
Stokstad, A.C. og Oftebro, Torstein.....	Tvangsmidler ved gjennomføring av helserådsvedtak.	7 3
Sætersdal, T.....	Fast lønn for leger: Et slag mot helse- tjenesten.	6 4
Vestbø, Eivind.....	Oppgjørsordninger med kommunene.	8
Wium, Per.....	Fast lønn som alternativ.	3 2
	Institutt for almenmedisin i praksis.	3 3
	Gausdal-kurset -77.	3 8
	Møte med helsedirektøren våren -77.	4-5 16
	Drakampen spesialklinikker-almenmedisiner.	4-5 20
	XVII Nordiske Embedslægekoneferance i Skagen 1977.	6 6
	Legattest ved fornyelse av førerkort.	6 13
	Inntrykk fra høstkurs ved Regionsykehuset i Trondheim 1977.	8
Ånstad, Hans.....	Helserådets plass i miljøarbeidet - Framtidas oppgaver.	7 5
Aasen, Bjørn Martin.....	Hvorfor vil så få bli distriktsleger?	1 6

**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. rygg smerter 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 rygg smerter, 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 krampeser 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, lysoverfømtilighet 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 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., 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 delstrek.


rhône-poulenc
pharma rodhia
MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR
SANDVIKSVEN 12. BOKS 10. 1322 HØVIK