

# UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 7/8

NOVEMBER/DESEMBER 1978

ÅRGANG 7



## Av innholdet

AAGE BJERTNÆS:  
1978 – Det var det året det  
var så bratt ..... s. 2

THOR MYHRE:  
Lov om etableringskon-  
troll, lov om bedriftshel-  
setjeneste ..... s. 3

LARS E. GLEDITCH:  
Kan distriktslegen stille  
betingelser ..... s. 5

LEIV TJELDFLAAT:  
Med kvelertak på primær-  
helsetjenesten ..... s. 7

HALVARD GENDEM:  
Forskrifter gitt med hjem-  
mel i arbeidsmiljøloven  
§30 ..... s. 8

NILS STANGELAND:  
Om etablerings-  
kontroll ..... s. 9

PER JOSTEIN HAMNES:  
Om distrikthelsetjeneste-  
n i utkantstrøk enda en  
gang ..... s. 10

MARTIN HOLTE:  
APLF dagene i Kristian-  
sand 16.–19. november  
1978 ..... s. 12

GEIR JAKOBSEN:  
Etableringsloven, kom-  
mentar til APLF's gene-  
ralforsamling 1978 . s. 14

CHRISTIAN  
ERLANDSEN:  
Fra Stortingets spørretime  
1. november 1978 .. s. 16

IVAR SØNBØ  
KRISTIANSEN:  
Normaltariffen  
igjen ..... s. 17

TOR MYHRE:  
Primærhelsetjenestens  
medhjelper ..... s. 18

**NEI — BEDRIFTSLEGE, BEDRIFTSLEGE, SA . . .**

Redaktører:  
Aage Bjertnæs  
Martin Holte  
Redaksjonssekretær:  
Kari Grønning  
Adresse:  
Risvollan Legesenter  
Boks 3616  
7001 Trondheim  
Tlf. (075) 66 861  
Postgiro 3478237  
Utkommer med 8 nr. pr. år

Tegninger:  
Kåre Bjørn Huse  
Abonnement:  
Kr. 75,- pr. år  
Studenter kr. 25,- pr. år

# UTPOSTEN

STARTET 1972

Trykk:  
ST-TRYKK A/S  
7300 Orkanger

## 1978: Det var det året det var så bratt .....

Året ebber ut. Vårt første år som redaktører i Utposten er over, en inspirerende oppgave som gjør at vi velger å fortsette et år til.

Mye har skjedd i år. Harald Siems "lille blå" har blitt debattert i de fleste lokale legeforeninger.

Noe senere fikk vi APLF's litt optimistiske i grønne permer om morgendagens primærhelsetjeneste.

Man spør seg av og til om den norske gjennomsnittslege i virkeligheten vil kjempe for det som står der, også etter klokken 16.00. Forhåpentligvis vil han det, skriften er for godt til å havne i bunken bland øvrige kulterte festtaler.

Så fikk vi nye ansiennitetsregler, og med det kan vi kalle en spade en spade. En distriktslege II uten verv som helserådsordfører er en subsidiert almenpraktiker og bør ikke favoriseres ved ansøkning på stillinger i primærhelse-tjenesten fremfor en praktiserende lege som har bedrevet de samme aktiviteter i samme tidsrom.

Vi fikk fastlønnsstillinger i nord, 25 stk., i første omgang ser det ut som de ikke har fengt interesse, men myndighetene har jo vist en viss vilje til å blant annet fjerne den diskriminerende 1 : 10 regelen og ersette den med 1 : 5. Med litt mer overflatebehandling vil disse stillingene sikkert bli akseptable.

Myndighetenes utkast til midlertidig etableringslov for leger har hvertfall fått legeforeningens fraksjoner til å reagere. Et ekstra-ordinært landsstyre ble sammenkalt og kunne etter 7 timer fatte et felles vedtak som skal oversendes Stortinget.

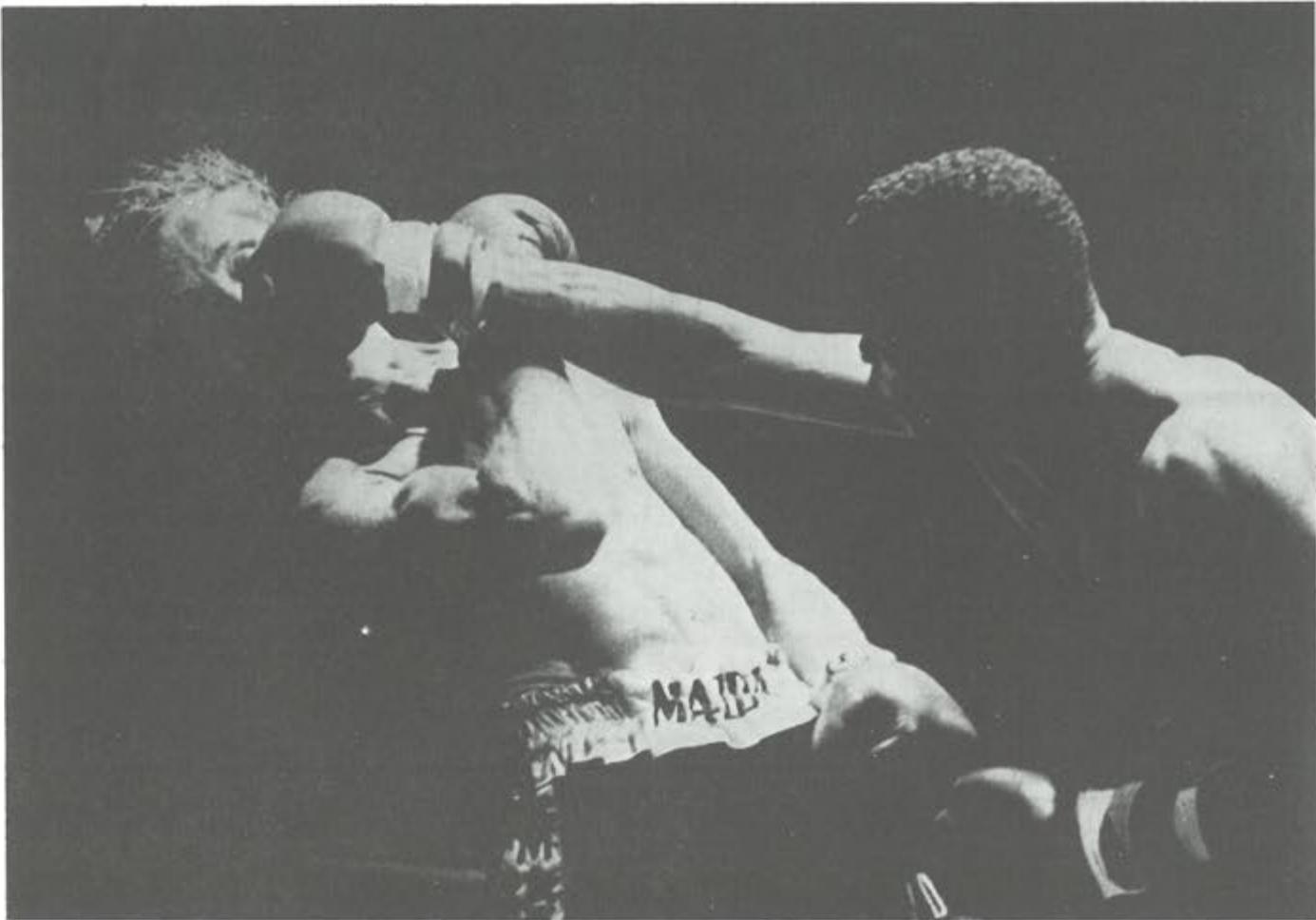
At dette er en god løsning på kort sikt, med hurtig å få leger til våre kriserammede strøk i landet, holdbar løsning på sikt er vel mer tvilsom. Om våre folkevalgte er villige til å la Den norske Lægeforening fortsatt stå til rors i denne sak vil vise seg når Stortinget behandler loven. Ett er ihvertfall sikkert, at det vil bli meget vanskelig å få alle landets primærleger til å gå med i en aksjon dersom forslaget blir nedstemt og loven blir vedtatt. Like sikkert er det at en aksjon neppe vil bli møtt med forståelse i befolkningen og at avstanden til folket og våre pasienter vil øke proposjonalt med styrken på virkemidlene som blir brukt. Vi håper at legeforeningens mest militante fraksjoner tenker seg nøyne om før man fyrer av.....

Ved gjennomlesning av legeforeningens forslag er det for en primærlege iøyenfallende at etablering av spesialist-praksis ikke er nevnt med et ord. For at vi skal kunne akseptere dette bør man snarest mulig få undersøkt og håndhevet at spesialist-praksis skal bedri-

ves på henvisningsbasis. Brevets joker, YLF's forslag om forlengelse av distriktsturnus minner litt om våre folke-eventyr. Ta ikke meg, men bror min, her ofrer man ikke den sterkeste, men lillebror, det blir nok tungt å velge både for brukeren og utøveren av tjenesten.

Og belønningen,,,,, tellende tjenester som sideutdannelse ved eventuell senere søknad om spesialistgodkjennelse. La det her være sagt, at vi løser ikke problemet i primærhelsetjenesten ved opprette flere perronger for tog til spesialistutdannelse, de fleste er alt fulle eller er for lengst gått. Vi trenger å utbygge skinnegangene til almenpraktiker-slutt stillinger. Mye tyder på at uansett hva Stortinget vedtar vil strømmen av leger snu til fordel for primærhelse-tjenesten. For de som har glemt det, vil vi minne om at det vi mangler "ikke bare er søkere til 49 ubesatte distriktslegestillinger på Vestlandet og i Nord-Norge", men 1700 primærleger på landsbasis fordelt rettferdig slik at befolkningens behov kan etterskommes. Disse legene vil vi med stor sikkerhet få tilbuddt, det er derfor viktig at våre makthavere forserer utbyggingen av primærhelsetjenesten slik at stillingene er der den dagen legene er der. Dette må skje ved at flere fastlønnsstillinger blir opprettet og at normal-

Forts. s. 20.



LEGE  
**THOR MYHRE**  
ALMENPRAKTIKER DNLF  
KRISTIANSAND

## **Lov om etableringskontroll/ Lov om bedriftshelsetjeneste**

I forbindelse med forslag til midlertidig lov om regulering av lejetjenester opererer man med begrepet "lukkede områder". Dette er da områder i landet med såpass god lege-dekning at man må ha spesiell tillatelse fra et råd for å kunne etablere seg som f.eks. praktiserende lege for trygden. Man merker seg videre at blant unntakene i loven nevnes statsansatte offentlige leger.

I disse dager arbeider man også med ny lov om bedriftshelsetjenesten i vårt land, og skal man forstå den nye utnevnte overlege Aud Blegen Svindland rett til det bli kraftige forandringer i vente. Blant annet vil det komme forandringer i bedriftslegens anledning til å behandle, og for ikke å glemme forandringer i refusjonsordningene for denne behandling.

I tidsskriftet Nord.føret. høst 1978, 1, 75/77 lar overlegen seg interjuve om sine tanker for bedriftshelsetjenesten i vårt land, en bedriftshelsetjeneste overlegen har som sitt spesielle arbeidsområde i tiden som kommer.

Jeg skal ikke gå i detalj i alle punkter i dette interjuvet, bare be kollegerne skaffe seg et eksemplar og studere dette grundig. Jeg vil håpe at sekretariatet vil være behjelplig med å skaffe til veie særtrykk om nødvendig.

Man må ha lov til å trekke den konklusjon etter å ha lest dette interjuvet, at det her overlegen sier er representativt for hva man i øyeblikket mener i Direktoratet for Statens Arbeids-tilsyn vedrørende utviklingen av bedriftshelsetjenesten i Norge. Særlig har man lov til å tro at dette er offisielle tanker da over-

legen i særtrykk har oversendt sitt interjuv til orientering for bedrifter som planlegger bedriftslegeordning. Man må ha lov til å gå utifra at bedrifter som mottar bl.a. et slikt særtrykk stort sett vil tro at særtrykket representerer det offisielle syn på hvordan bedriftslegetjenesten skal fungere her i landet, med andre ord vil man kunne oppfatte det som retningslinjer etter hvilke bedriftslegen skal arbeide.

Særlig gjelder dette hva overlegen i sitt interjuv da uttaler vedrørende bedriftslegenes muligheter til å behandle:

Jeg ber om å få sitere fra interjuvet: "Behandling"??" Bedriftslegen skal ikke være en lege ansatt med begrenset lisens! Selvfølgelig skal han behandle når det faller naturlig! Bedriftshelsetjenesten representerer den maksimale

desentralisering av helse-tjenesten, legen er der, på stedet, på arbeidsplassen. Også sett fra pasientens synspunkt tilsier all fornuft at bedriftslegen skal kunne behandle sykdom når han blir bedt om det". Videre til slutt: "Bedrifts-helsetjensten er også en hensiktsmessig søromsorg".

Det vil være naivt å tro at en bedrift som får seg tilsendt fra Direktoratet for Statens Arbeidstilsyn et interjuv med bl.a. slike uttaleser, vil tro noe annet enn at bedriftslegene fra nu av skal behandle pasienter.

Vedrørende lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenesten ved bedrifter § 7 diskuterer man videre mulige refusjonsordninger for denne behandlingen. Jeg forstår det slik at overlegen er av den oppfatning at refusjonen skal brukes for å kunne behandle i større utstrekning, da etter linjer hun har trukket opp ovenfor i interjuvet.

Hvordan rimer da dette med Statens forslag om etableringskontroll for legene? Hvordan kan Staten i det ene øyeblikket foreslå såkalt "lukkede områder", mens man i det neste øyeblikk via Direktoratet for Statens Arbeidstilsyn hilser velkommen opprettelse av bedriftslegeordning i et typisk pressområde som Kristiansand. Etter hvilke retningslinjer vil man i fremtiden godkjenne opprettelsen av bedriftslegestillinger i såkalte "lukkede områder"? Dette må vi ha lov til å spørre overlege Blegen Svindland om.

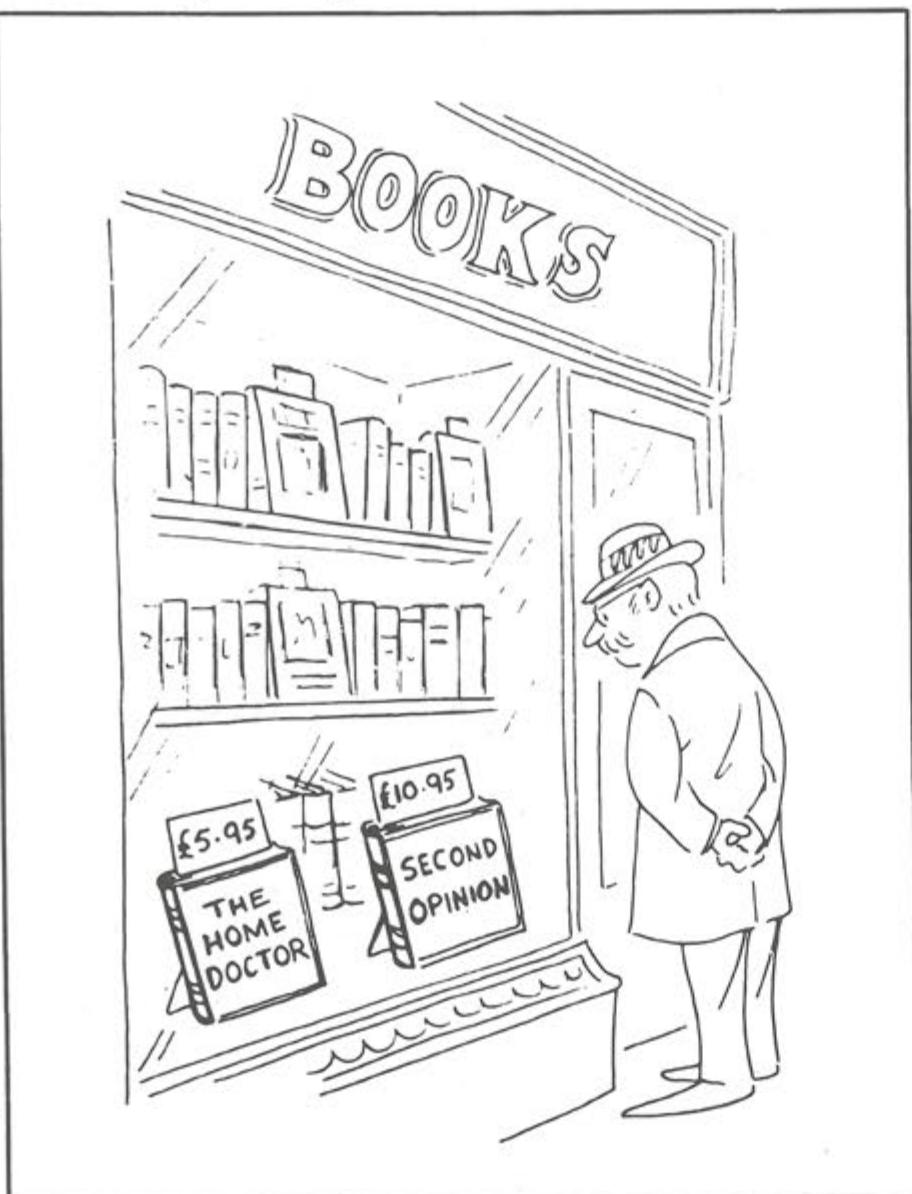
Jeg skal tillate meg å illustrere hvor galt det kan bære avsted med et rykende ferskt eksempel fra Kristiansand. I Kristiansand har vi ca. 60 000 innbyggere, ca. 50 praktiserende leger inklusive praktiserende spesialister: Vi har en nyetablering med 17 nye yngre almenpraktikere siden 1971! Med andre ord, vi vil etter største sannsynlighet bli erklært "lukket område" straks loven om etableringskontroll blir vedtatt.

Hvordan kan da i samme stund Direktoratet hilse med glede opprettelsen av bedriftslege for Kristiansand Handelstands Forening, en særomsorg av de mest ekstreme og de mest unødvendige i denne byen. Jeg tenker da særskilt på overlegens tanker om bedriftslegens muligheter til å behandle også eventuelt etter refusjon! Kanskje til og med refusjon fra trygden!

Hvordan kan man i Staten overhode diskutere etableringskontroll på den ene siden samt godkjenne en slik ekstrem unødvendig søromsorg som Handelstandens Forenings Bedriftslege i en by som Kristiansand? Hva blir det neste? Bedriftslege for baker? Bedriftslege for Håndverkerforeningen?? Man må ha lov til å spørre etter hvilke retningslinjer man godkjener opprettelsen av bedriftslegestillinger.

Man kan selvsagt svare at ingen av lovene ennå er vedtatt, javel men det forsvarer allikevel ikke denne kritikk-løse godkjennlsen av søromsorger. Og leser man interjuvet med overlegen kan man, om man kan lese mellom linjene, kanskje være tilbøyelig til å tro at følgende tanker ligger bak det hele: Kontroll av primærlegene ved etableringskontroll, kontroll av bedriftslegene ved å godkjenne kritikk-løst enhver søromsorg, for SIDEN å overta disse bedriftslege-stillingene på Statens hender, ved unntaket i loven om regulering av legetjenester, nemlig statsansatte offentlige leger.

Og vips, man er kvitt huslegen, primærmedisinen er sosialisert. Hurtig og billig, næringslivet har jo betalt det hele på forhånd.



# Kan distriktslegene stille betingelser?

## Hvem leder helsestellet i kommunene?

Lars E. Gleditsch. Distriktslege og helserådsordfører i Austevoll

Stadig flere sykehusleger får pga. den økende avspasering "fritidsproblemer". Jeg skal i dette innlegget ikke berøre hvilke problemer det er for dem at de ikke får lov til å arbeide, men kort belyse med et eksempel hvilke vanskeligheter primærlegene av samme grunn går i møte.

Undertegnede drar fra veldrevet gruppepraksis på Østlandet der klientellet dessverre riktignok er noe amputert av ymse spesialister i området, og slår seg ned i øykommunen Austevoll syd for Bergen der de har manglet en distriktslege i snart 2 år. Han idealiserer om "sine egne pasienter" og uten "spesialisthysteri" og om et fruktbart samarbeide med kommunens styrende organer. Drømmen blir en måned gammel; en morgen våkner man til det merritt at man ikke bare har kolleger å slåss mot, men også kommuner.

Distriktet har 2 distriktsleger hvorav den ene - han som sitter i kommunesentret, pt i det militære og erstattet av turnuskandidat i særplass.

I slutten av august får distriktslegene en dag, gjennom rykter kjennskap til at en bergenslege ansatt på psyk.avd. Haukeland (uten spesialitet) hadde søkt kommunen om kontorlokaler vegg i vegg med distriktslegen i kommunehuset for å drive deltidspraksis med hovedvekt på psyk. problemstillinger. Han søker også kommunen om lov til å benytte distriktslegens laboratorium... På det siste punktet reserverer kommunen seg, men Formannskapet har intet å

innvende til at "kontorlokala for fysioterapi vert nyttet til fremålet" - man forter seg å skrive kontrakt. Distriktslegen og helsesøster får til sin bestyrtelse høre om dette vedtaket via rykter og får det tilsendt først etter å ha bedt om det!

ansvar for en optimal drift av dette. En konsekvens av dette er selvsagt at kommunen når den blir førespurt/bedt om aktiv medvirkning ved etablering av ny praksis, bringer saken inn for distriktslegene og helserådsordfører. ----Man understreker videre at man ikke uten videre kan gå ut fra at befolkningen er bedre tjent med en deltidspraksis enn ingen; vi holder en timelang orientering i Formannskapet om primærhelsestjeneste i alminnelighet. Vi forsøker å gjøre det klart at betingelsene for at en deltidspraksis skal bli en berikelse for helsestellet her, er at deltidslagen er villig til å samarbeide med de legene som står for vakt og legetjeneste ellers i uken.

Jeg mente allerede å kunne slutte av åpningen i denne saken at det her lå an til "one man show" uten særlig brett på samarbeid. Dette skulle bli ettertrykkelig understreket ved en kjempeannonse i lokalavisen der bl.a. enhver form for vaktberedskap offentlig framstår og ved at to skriftlige henvendelser med forslag til avtale om samarbeid (avgrense hans pasientkategorier til det han opprinnelig ønsket å stelle med nemlig psykiatri og idrettskader og en viss rapportplikt overfor de faste legene i saker hvor dette kan få betydning for pasienten) bryskt blir avslått uten kommentarer eller andre forslag.

Vi sluttet av dette at vår kollega ville ha fritt spillerom når det måtte passe ham. Dette anser vi for svært ugunstig og en undergraving av helsestellet i kommunen. Som distriktsleger mener vi vi må ha rett til å kunne forlange av kommunen at den ikke støtter en slik piratpraksis.

### Åpning av vanlig LEGEPRAKSIS

Jeg gjør hermed kjent at jeg startet vanlig legepraksis på deltid i Austevoll med kontor i 1. etasje i tilbygget til Kommunehuset på Storebo.

Som tidligere kst. overlege i psykiatri ved Sandviken Sykehus tidligere Neevenhjørden Sykehus - den ene av de to universitetsklinikene i psykiatri i Bergen, er det naturlig at jeg i min praksis nå legger vekt på psykiatriske problemstillinger, men mest at det blir en vanlig legepraksis.

Timebestilling til legesekretær fra Eva Jensen, tlf. 100559 tirsdag og torsdag kl. 09.00-10.00.

Jeg gjør oppmerksom på at jeg deltar i krevende vaktordninger (også nattvakter) ved Haukeland Sykehus, og kommer således ikke til å delta i vaktordningen til de offentlige leger i Austevoll.

Televerket arbeider nå med installasjon av telefon, både på kontoret og i min privatbolig på Storebo, og så snart dette arbeidet er ferdig vil kunngjøring bli gjort gjennom «Marsteinen».

Jeg vil gjøre oppmerksom på at jeg for flere uker siden tok utflytting fra Bergen kommune til Austevoll kommune. Jeg må bare ørlig medgi at jeg storstres som austevolling - i en kommune hvor jeg nå snart i et år har hatt med pasienter å gjøre. Jeg har den største respekt for den måten austevollingene har laget et livskraftig samfunn på, og jeg kan bare si at jeg føler at der blandt austevollingene bare er venner. Jeg vil gjøre alt som står i min makt til at det alltid gode samarbeidet med austevollingene, inklusive Austevoll kommune, vil fortsette.

Med dette er dere alle - når behovet måtte være der - velkommen til den nye legepraksis, fra

- lege -  
adr.: 5490 Storebo

### «Annonse fra lokalavisen»

Formannskapet og Ordføreren kontaktes øyeblikkelig brevlig: "Helserådsordfører finner her å måtte understreke at enhver forandring i kommunens legebemannning influerer på helsestellet og at det som sådant i sterke grad vedkommer de som har



## Skål for en inntekstbringende weekendferie på hytta

Formannskapet som i vårt felles møte gav uttrykk for at tingene nok var skjedd noe forkjært, og i den tro at det dreide seg om en psykiater, (det gjør det altså ikke, grunn god nok for å gjøre om vedtaket) ville nu gjerne ha en "tenkepause" ("alt var jo skjedd så raskt") og lovet ikke å foreta seg noe mer uten å konferere med oss. De bryter dette løftet uken etter og forsøker uten vårt vitende å vedta at - explisit - distriktslegene ikke kan stille noen betingelser og vår kollega er velkommen til almenpraksis....

Dette ryktes fort og vi får bevirket at vedtakets tekst blir!: "vilkår for utleige er at deltidspraksis blir samordna med den primære helseteneste---- i samråd med distriktslegene".

Fylkeslegen hadde da gitt skriftlig uttrykk for at han "finner det rimeleg".

I mellomtiden utkalles de faste legene om kveldene til pasienter som vi tror, vi vet hva bruker, men som det senere blir brakt i erfaring er blitt seponert noe medisin - og foret med Valium...

Vi ber kommunen nu om ta konsekvenser av sitt vedtak og stanse utleien da der ikke er noen vilje til samarbeide og heller ikke er kommet istand noen samordning".

Vår kollega - ikke medlem av Lægeforeningen (og derfor sterkere i denne saken?) turer frem med et fotballentusiastisk formannskap i ryggen; han har personlig garantert for nytt banedekke på fotballbanen. Ordføreren uttaler at han "vil venta

å sjå" (altså bryte vedtaket) - og der står man på & uken.

Fylkeslegen som diverse ganger er kontaktet, ønsker heller ikke etter påtrykk å gå i felten med sitt navn og fortelle folk hva fornuftig helsestall er, på en slik måte man i denne saken trolig kunne oppnådd en god del. På fylkeslegekontoret har de det travelt nok med å spisse blyanten til lov om tvangsdirigerings og etablingskontroll av leger; det ligger i tiden at dette visstnok skal være den eneste måten å styre et helsevesen på..... Vår skuffelse er betraktelig.

Man ser i denne sak klart hvor langt det kan drives når distriktslegeinstruksen som definerer distriktslegene som kommunens øverste medisinske sjef og ansvarshavende kommer på kollisionskurs med "det kommunale sjølstyre" her representert ved et egenrådig og prestisjesårt formannskap, som "tror og mener" om helsestall. Avgjørelser av medisinsk natur treffes over hodet på de offentlige legene som pga. av sine faglige kvalifikasjoner er satt til å ta ansvaret for helsestallet. Dette er en utvikling og en samarbeidsform her i kommunen distriktslegene ikke kan ta ansvar for og som dessuten gjør arbeidet såpass utrivelig at vi finner det uforenlig, med fortsatt praksis her.

Saken har nu nådd til Helsedirektoratet, til topps i OLL, Lægeforeningen og Norske Kommuners Sentralforbund. De rasler alle med sablene og forteller oss at vi har rett. Vil det likevel vise seg at det siste slaget må utkjempes av fotfolket - distriktslegene? Var det noen som spurte etter grunnene for den dalende interesse for primærlegetjeneste? Fylgj med i neste bolken.

# «Med kvelertak på primærlegetjenesten»

Med ryggen mot veggen.  
Som i en hengemyr.....

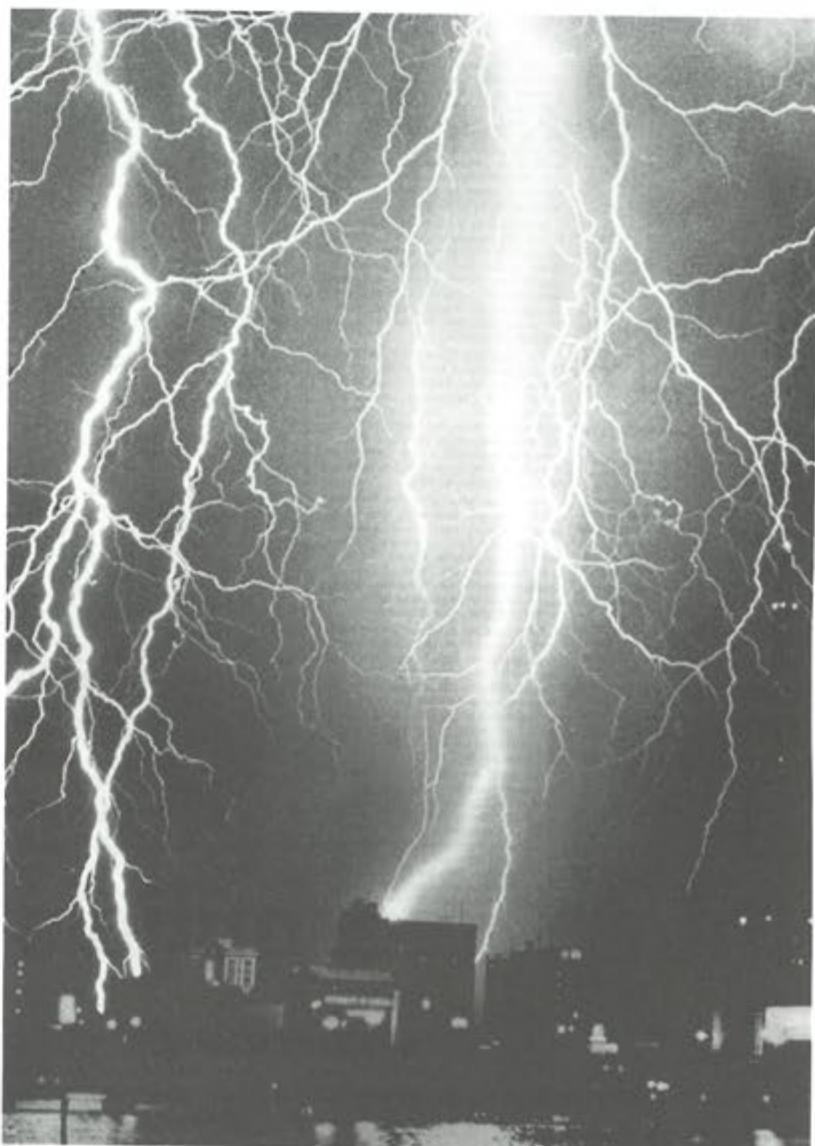
Dette er karakteristikkene som umiddelbart faller inn når en skal beskrive dagens situasjon for vår primærtjeneste.

De av landets primærleger som i den senere tid har gått og småhåpet på bedring i sine betingelser, både arbeidsmessig og økonomisk, blir skuffet gang på gang. De som har sett fram til en viss kompensasjon for de økede utgifter på alle områder fikk seg en ny nesestyrver i og med den nylig innførte lønnsstopp. Det er bittert å registrere at døren klapper igjen rett foran nesen på oss i og med at lønnsstappen innføres like før forhandlingen skal starte. Man må bare bøye seg for at dette skjer til samfunnets beste og i solidaritetens navn, og det er vel for mye å forlange at vi skulle tilhøre en favorisert arbeidsgruppe som unntas lønnsstopp.

Dette faktum aksentuerer imidlertid de vanskelige forhold primærlegetjenesten arbeider med. Som eksempel kan jeg nevne at vårt hjelpepersonell (legegruppen) i den siste 2-års perioden har fått lønnsøkning 2 ganger. Den nye syke-lønnsordningen har også gitt oss følbare utlegg etter hvert. Gårdeieren har bebudet husleieøkning på 20%. Eksempler på denne side er legio, mens våre inntekter på den annen side er frosset fast.

De som har håpet på at en takstrevisjon kunne gi primærlegene litt mer pusterrrom og tendere til å øke rekrutteringen til standen, kan bare registrere at det motsatte nå ser ut til å skje. Det blir færre igjen til å dele arbeidsbyrdene, flere overarbeide og trette leger, dårligere behandling og misfornøyde pasienter.

Et springende punkt her er naturligvis det faktum at takstsystemet, slik det er i dag, kan misbrukes.



Man får inntrykk av at en fra helsepolitiske hold (les: FAD, Helsedirektoratet) ser seg blind på dette forholdet. Og det er trist, takstsystemet har dog vist seg å fungere meget tilfredsstillende, men det kan også misbrukes. Imidlertid, det dreier seg her tross alt om et fåtal takstmisbrukere rundt om i landet, og hensynet til disse er likevel ikke grunn nok til å torpedere systemet fullstendig. Seriøst arbeidende og samvittighetsfulle leger skal ikke ofres på misbrukernes alter.

Man registerer ganske enkelt at man i bestrebelsene med

å bedre primærlegenes arbeidsforhold enda ikke er kommet seg ut over festtalestatiet. Man nøyer seg fortsatt kun med verbale tillits-erklæringer og lovprisninger om primærlegen som krumtappen i primærhelsetjenesten osv. Og mens graset gror, dør kua.

Tendensen er nå slik at svært få nyutdannede leger tør påta seg en nytablering som primærlege med de utsikter det nå er til hardt arbeidspress, lange dager og dårlig timebetaling. Den onde sirkel er i full sving, rekrutteringen stanser opp, arbeidspresset på de gjenværende blir enda større, noen av dem orker



ikke mer osv. osv..

I en NOU-rapport fra 1973 er det nedlagt endel arbeide med forslag om bedring i primærlegenes arbeidsrutiner, forenkling av trygdeskjema, resepter o.l. Det er ikke kommet noe matnyttig ut av dette til nå.

Når man så legger til det press primærlegen i dag utsettes for, når sagt fra alle kanter, virker utsiktene til en noenlunde normalt arbeidsuke som det fullstendige fata morgana. Eksempelvis kan nevnes de enorme sosiale problemer som ofte er involvert i behandlingen, pågang og trakassering av narkomane, økt sjanse for saksøking, purring fra trygdekontorene i folketrygdesaker osv.

Noen kommuner forsøker å løse problemene ved hjelp av helse- og sosialsentra med fastlønnede leger. Det er imidlertid på langt nær alle kommuner som ser seg økonomisk i stand til dette, i alle fall ikke når hver lege må subsidieres med fra kr. 100.000 og oppover pr. år, slik som man har eksempler på her til lands. Hvis det ikke skjer forberedringer innen de nærmeste år, er jeg redd for at krisen i primærlege-

tjenesten er i full blomst. Initialt vil det i hvert fall få konsekvenser for endel av det preventive helsearbeidet (bedriftslegearbeid, skolelegearbeid), og dette er meget uheldig. Færre og færre leger kan se seg råd til å la kontoret stå tomt i den tid han benytter på bedriften eller skolen, og da får arbeidet et så tydelig preg av veldedighet at det sprenger enhver økonomisk ramme. Sjeldent eller aldri har jeg tidligere grep til pennen for å klage på min arbeidssituasjon fordi jeg finner mitt arbeide så verdifullt og meningsfylt, men når man begynner å føle seg utnyttet må man ha lov til å si ifra. Jeg tror nemlig ikke jeg er alene om disse meninger, og da er det bedre å si ifra før krisen er et faktum.

## UTPOSTEN

Alminnelig blad for primærleger

# Forskrifter gitt med hjemmel i Arbeidsmiljøloven § 30 -,

## Kommentar fra distriktslege

Omrernt på samme tid sender to statlige instanser ut forskrifter om bedriftshelsefjenesten, direktoratet for arbeidstilsyn med hjemmel i Arbeidsmiljø-loven § 30, og Sosialdepartementet med hjemmel i lov nr. 86 av 10. juni -77 om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjeneste ved bedrifter.

Det er utidig at to statlige instanser utreder samme helsetjeneste.

Det må slås fast at all helsetjeneste kun skal ha en administrativ og faglig ledelse og det må være Helsedirektoratet.

Lov nr. 86 av 10. juni -77 kom også etter arbeidsmiljøloven og innbefattet også

omfanget av arbeidsmiljøloven. Stiller meg derfor uforstående til at direktoratet for arbeidstilsynet skal utarbeide og gjennomføre egne forskrifter for bedriftshelsetjenesten.

Det må nå ikke utvikles til separate båser i helsetjenesten, vi må få en samlet helsetjeneste under det offentliges ansvar også utenfor sykehus, slik at vi nå snarest må få en lov om helsetjenesten utenfor sykehus administrert under Helsedirektoratet som også skal ha det faglige ansvar.

Kurativ virksomhet hos bedriftsleger må kun begrense seg til øyeblikkelig hjelp og meget spesielle yrkeshygieniske sykdommer,

slik at det forebyggende arbeid kommer i fokus. Det er meget vanskelig å begrense reseptskriving og sykmeldinger til bare papirarbeid, det blir lett også behandlende undersøkelser og virksomhet. Det kurative arbeidet må tilhøre primærlegen, slik at vi kan få en samlet familiebehandling, og ikke en lege som behandler mannen, en moren en annen lege barna og enda en annen lege bestemora.

Denne kommentaren for å poengtere at Helsedirektoratet må ha ansvaret for gjennomføringen av bedriftshelsetjenesten både administrativt og faglig.

Meldal, 1/11-78  
Halvard Jendem  
Distriktslege

# debatt!



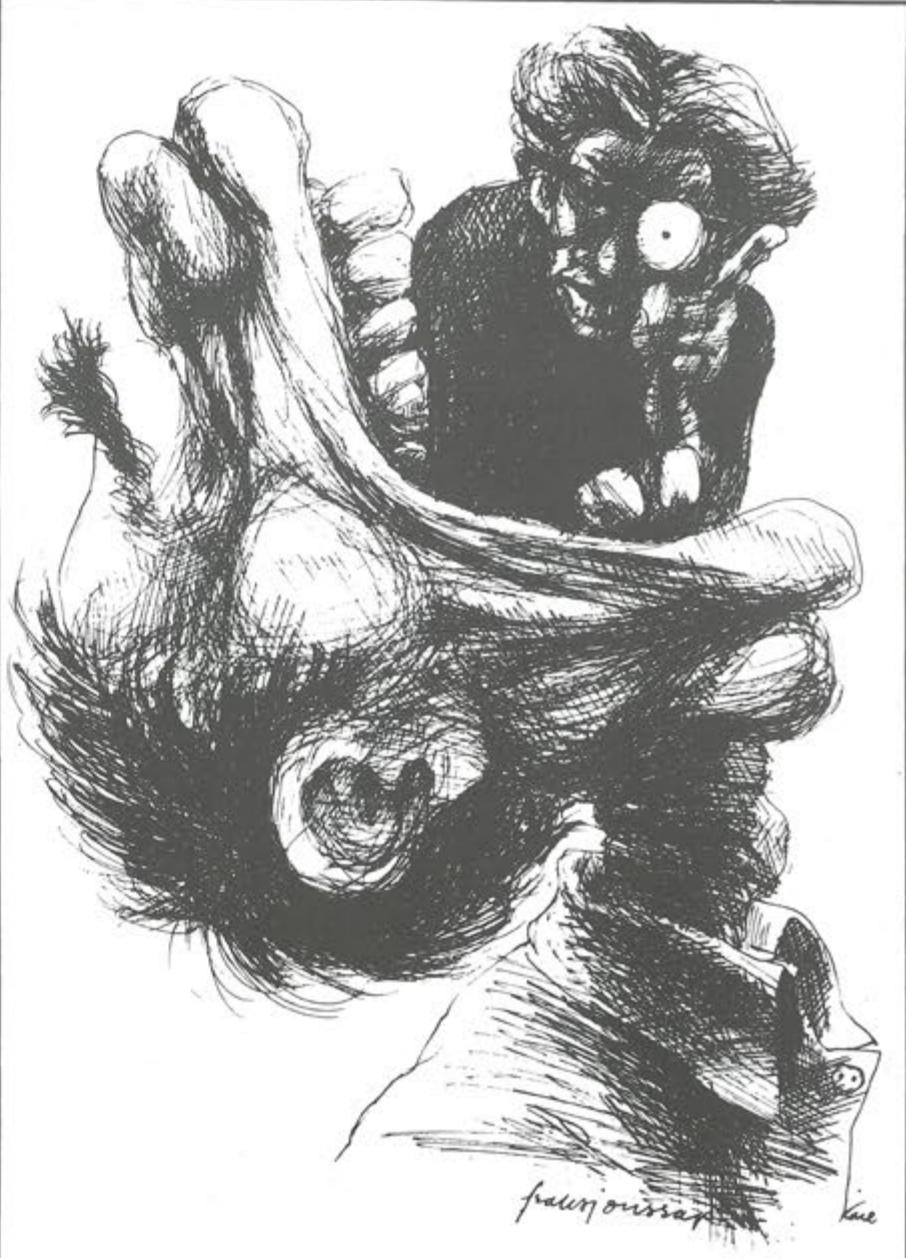
## Herr redaktør

I august/september-nummeret av Utposten har redaktør Bjertnæs et innlegg hvor også utkast om lov til regulering av legetjeneste kommenteres. Fra nevnte innlegg siteres: "Vi hilser med glede loven velkommen". Akk, ja, hvem er så vi? I allefall ikke undertegnede som enda ikke har etablert seg i fast stilling, det være seg på sykehus eller i privat spesialistpraksis.

Man tar så for seg siste utgave av Norges Læger og er så frekk å slå opp på personalia til nevnte redaktør. Her kan man lese at Bjertnæs selv riktignok ikke er fra Trondheim, men hans ektefelle. Jeg trekker da den slutning at en av grunnene til at Bjertnæs med familie har slått seg til i Trondheim nettopp er det sosiale aspekt, familie, venner etc. Hva da med det betydelige antall underordnede sykehusleger og turnuskandidater som de kommende år vil gå ut i privatpraksis?

Nevnte lov vil gi myndighetene mulighet til å lukke områder hvor svært mange av våre kolleger har familie, venner og hvor det også på nuværende tidspunkt er legemangel. Det er i dag ingen reserve av leger som kan flyttes fra et strøk med overtilbud av leger til utkantstrøk med legemangel.

En lov om etableringskontroll blir en beordningslov for et stort antall av våre yngre kollegaer.



Og blir loven en realitet, er dette et så stort inngrep i basale medborgerlige rettigheter for landets leger at dette ikke under noen omstendighet kan aksepteres. En må også spørre seg hvorfor ikke Bjertnæs selv søker seg en stilling i et utkantstrøk? Det er enkelt å hilse en lov velkommen som ikke angår en selv.

En kan forstå at myndighetene føler seg forpliktet til å skaffe leger til utkantstrøkene, men før så drastiske tiltak som en etableringslov (les: beordningslov) settes ut i livet, burde andre tiltak vært prøvet. Meg bekjent har det ikke vært vanskelig å skaffe leger til Svalbard. Kanskje økonomiske fordeler er en av årsakene?

Kommer loven om etableringskontroll til anvendelse, er jeg redd for at svært mange yngre leger som FRIVILLIG kunne tenke seg en stilling i det primære helsevesen nu blir drevet bort, ikke bare fra primærhelsetjenesten, men også fra landet.

Oslo, 10. oktober 1978

Nils Stangeland  
Reservelege  
Øre-nese-hals avdelingen  
Ullevål sykehus  
Oslo 1

**Bokverket Norges Læger kan brukes til mangt, men neppe til diagnostiske for-dypningsstudier.**

RED.

# **Om distrikthelsetjenesten i utkantstrøk enda en gang**

## **Tiltak og virkemidler**

Mange vil vel mene at det ikke lengre er så mye nytt en kan tilføre debatten omkring problemene i distrikthelsetjenesten. Imidlertid sitter undertegnede igjen med den følelsen at en del spørsmål fortsatt står uberørt.

En har under diskusjon blant annet ikke kommet inn på de tiltak og virkemidler som også leger har kunnet nyte godt av. Imidlertid sitter jeg igjen med det bestemte inntrykket, spesielt når jeg har truffet kolleger på kurser, at leger stort sett er lite flinke til å skaffe seg informasjon om fordeler som kan komme de selv til gode. Det kunne derfor være på sin plass med en aldri så liten repetisjon.

Jeg nevner kort hustrufrådet, en egen post i selvangivelsen som kan benyttes av leger i primærhelsetjenesten. Likedan nevner jeg rett til sykepenger for legefruer innen samme tjeneste dersom de har mindreårige barn å forsørge. Jeg håper at samtlige legefamilier i primærhelsetjenesten er klar over dette.

De overnevnte fordeler er dog bare for småtteri å regne sammenlignet med investeringsloven av 1969. Jeg hadde derfor tenkt å gå litt i detaljer om denne loven fordi den har hatt en betydelig økonomisk betydning for leger i utkantstrøk.

### Investeringloven av 1969.

Investeringloven av 1969 med særlege skatteregler til fremme av distriktsutbygningen gjelder i de såkalte utviklingskommuner med svakt næringsgrunnlag og de nevnte kommuner finner en i de fleste legedistrikter nordpå, i kystdistrikten i Trøndelag og på Vestlandet, samt en del andre steder. Loven går i korthet ut på at en næringsdrivende som er villig til å investere penger i driftsmidler vil oppnå gunstige skattevilkår. Loven har stor betydning for leger fordi den begunstiger næringsdrivende med særlig høy inntekt. Loven setter også endel betingelser som en må ha kjennskap til. Det er satt en øvre og en nedre grense på de beløp en kan anvende hvert år og de anskaffede driftsmidler må være i bruk i minst 8 år, imotsatt fall vil den gevinst en har oppnådd falle tilbake til stat og kommune.

Hvis en nå tenker seg noen år tilbake og at en lege slår seg ned i et distrikt i et av våre nordligste fylker og at han er villig til å yte en toppinnsats i en del år fremover, kan en på noe forenklet måte si at investeringloven virker slik. Er den næringsdrivende (her underforstått legen) villig til å investere foreksempe kr. 100.000,- i driftsmidler så skal vi (her underforstått stat og kommune)

være villig til å la vedkommende lege få utgiftsføre kr. 145.000,- i sitt regnskap som takk for innsatsen.

Dette gjøres på følgende måte, nemlig at kr. 100.000,- utgiftføres første året, deretter kr. 10.000,- årlig i 4 år og til slutt kr. 5.000,- det 6. året.

Dersom legen jobber hardt og har en høy inntekt så vil han, fordi han også er næringsdrivende til en viss grad, ha en marginalbeskatning på ca 75%. Jeg kan så vise til følgende tabell som klart viser hvordan gevinsten blir.

	Investering
1.år	Kr. 100.000,-
2.år	"
3.år	"
4.år	"
5.år	"
6.år	"

	Nedskrivning
1.år	Kr. 100.000,-
2.år	" 10.000,-
3.år	" 10.000,-
4.år	" 10.000,-
5.år	" 10.000,-
6.år	" 5.000,-

	Skattelette
1.år	Kr. 75.000,-
2.år	" 7.500,-
3.år	" 7.500,-
4.år	" 7.500,-
5.år	" 7.500,-
6.år	" 3.750,-

Samlet skattelettelse  
Kr. 108.750,-



Reduksjon av kr. 33.750.- pga. inflasjon på 10%. Kr. 7.000.-	
Gevinst (tilbakebet.) av skatt omregnet til kroneverdien 1. året	Kr. 101.750.-

#### Kommentar til tabellen.

Jeg har brukt tallet 100.000. for å kunne lette oversikten, men tabellen viser ellers hvordan gevinsten fremkommer under investering i ett enkelt driftsår. I årene fra og med 1970 kunne en vel neppe regne med å gjøre årlige investeringer på mer enn gjennomsnittlig 30 - 40 tusen, men regnestykket blir nøyaktig det samme. En må bare redusere investeringsbeløpet til det som er realistisk for hvert enkelt år.

Poenget er å vise at når forutsetningene er til stede, nemlig topp arbeidsinnsats og høy inntekt, så vil altså en lege ved å investere i våre nordligste fylker sitte igjen med driftsmidler som ikke har kostet ett eneste øre.

Når det gjelder investering i våre øvrige utviklingsdistrikt så må tallet 101.750.- reduseres til ca 96.000.-, men selv det er ikke til å rynke på nesen av.

Hvordan går en så praktisk frem når en skal benytte seg av investeringsloven. Hvis en benytter seg av ovennevnte tall, som altså er for høyt, så foregår det slik. En fører opp beløpet kr. 100.000.- i rubriken fondsavsetning på næringseskjemaet og reduserer derved inntekten med samme beløp. For at dette skal kunne

godkjennes av ligningsmyndighetene må en stille garanti for halve beløpet. En må med andre ord stable på bona kr. 50.000.-. Dette er ikke noe problem idet en bruker desemberoppgjøret og januaroppgjøret fra trygdekontoret til dette formål.

En låner litt av seg selv for en vet jo at allerede i september får en tilbakebetalt kr. 75.000.- i skatt, vel å merke hvis en da har sørget for å betale inn det skattebeløp som tilsvarer en inntekt som altså ville ha vært kr. 100.000.- høyere. Så snart en har bankens kvittering i hånden kan en gå til innkjøp og det beløp en har stilt som garanti blir straks frigitt etter hvert som en gjør sine innkjøp. Hva kan en så anskaffe etter investeringsloven. Til å begynne med kunne en gå til anskaffelse av alt legeutstyr som koster kr. 2.000.- eller mere. Senere ble dette beløpet hevet til kr. 4.000.-. Skulle en anskaffe seg bil eller båt måtte en foreta årlige avsetninger inntil en hadde det nødvendige beløp og deretter kunne en handle.

Hvilken betydning kan så investeringsloven ha hatt når det gjelder rekrutteringen til lededistrikten i Nord-Norge og andre utkantstrøk. Dette er et vanskelig spørsmål og et entydig svar kan en kun få ved forskning. Det er dog visse indikasjoner på at loven kan ha hatt en vesentlig betydning. I de første årene etter 1970 var det nemlig bra lededeckning i utkantstrøkene, særlig nordpå. I 1974/75 begynte så ryktene om at investeringsloven skulle

falle bort for liberale yrker og her var leger nevnt spesielt. Fra samme tidspunkt begynte det å tynnes i rekken blant distriktsleger i utkantstrøk.

En kan derfor ikke se bort fra en del leger ikke fant det lenger formålstjenlig å avtjene noen år i utkantstrøk når investeringsloven med dens betydelige økonomiske fordeler skulle opphøre.

Hva med investeringsloven anno 1977. De bebudete forandringer av loven kom først den 7. januar 1977. I de nye forskriftene står det at det lenger ikke er anledning til å investere i yrkesbil, heller ikke kontormaskiner og kontorinventar. Imidlertid er det her gjort et unntak i det en har anledning til å investere i EDB-anlegg. Laboratorieutstyr er ikke nevnt og det er vel derfor ikke så usannsynlig at en kan få tillatelse til å investere i mере teknisk avansert utstyr som EKG og Røntgenapparatur. En kan fortsatt investere i mobiltelefon og en kan investere i legeskyssbåt, men en kan ikke regne med å få godkjenning til dette dersom kommunen allerede har anskaffet båt med bruksplikt for legen. Det finnes imidlertid en rekke distrikter med godt utbygget fergeforbindelse og bruk av båt såledels ikke er tvingende nødvendig. I noen av disse distrikten kan det imidlertid være hensiktsmessig med en hurtiggående båt for å redusere reisetiden og i slike tilfeller kan det tenkes at legebåt kan tillates anskaffet for fondsmidler.

Når det gjelder driftsmidler som er nevnt ovenfor satte ikke loven noe forbud mot å ta med seg driftsmidlene til andre distrikter uten utviklingskommuner. Med andre ord var det slik at når en lege hadde mettet sitt behov for utstyr til drift av egen praksis, så kunne han forflytte seg til mere klimavennlige strøk og i ro og mak fortsette restnedskrivningene der. Jeg skal ikke gå inn på de moralske og etiske sider av saken. Jeg vil noye meg med å konstatere det faktum at det var fullt lovlig.

Forts. s. 20.



NÅ MÅ FÅLK SE TIL Å SKAFFE SEG UTPOSTEN SELV....  
DENNE SMUGLESINGA BAK RYGGEN PÅ EN ER EN UTING!



# A PLF-dagene i Kristiansand

## 16. – 19. november 1978

REFERAT VED MARTIN HOLTE



Landsrådet møtte fulltallig 16.11. til debatt om:

1. Ny tillitsmannsordning
2. Almenpraktiker Dnlf - full spesialitet?

Fredag 17.11. Faglig program. Serøs otitis media og svangerskapskontroll i almenpraksis.

18.11. Generalforsamling. Gjennomgang av årsmeldingen med viktige saker som lov om distriktshelsetjenesten, ansiennitetsregler, oppgjørsordninger i primærhelsetjenesten og egen debatt om etableringsloven, innleder var sjefslege Harald E. Hauge, medlem av Lægeforeningens sentralstyre.

## Ny tillitsmannsordning

Hemmende virkning på samarbeidet mellom APLF og OLL?

Direkte uheldig i den situasjon APLF og OLL egentlig befinner seg i da det er ønskelig med et sterkt samarbeide for å bygge opp primærlegetjenesten på beste måte. Et uttrykk for at dette samarbeidet allerede er godt igang er "Den lille grønne - Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste", og allerede avholdte felles styremøter og en felles innstilling om lov om primærhelsetjenesten, tilnærningsprosessen er altså godt igang. En ny tillitsmannsordning i Den norske Lægeforening bør derfor ta hensyn til dette - støtte opp om en samlingskurs. Nedenfor er det trykket utdrag av forslag til instruks for Den norske Lægeforeningens tillitsmenn.

### § 1. VALG

1.1. Styret i de enkelte av Den norske Lægeforenings avdelinger skal sørge for valg av Den norske Lægeforenings tillitsmenn. Tillitsmenn skal velges av og blant følgende av avdelingens medlemsgrupper.

- a) privatpraktiserende leger
- b) overordnede leger ved helseinstitusjoner
- c) øvrige kommunalt ansatte leger i hovedstilling og offentlige leger
- c) underordnede sykehusleger.

Utposten har følgende forslag til valg av tillitsmenn fra følgende grupper.

- a) privatpraktiserende leger og offentlige leger i kombinerte stillinger og almenpraktiserende leger i fast lønn (kommunalt ansatte).
- b) overordnede leger ved helseinstitusjoner og leger i offentlige administrative stillinger (stadsleger, fylkesleger etc.).
- c) underordnede sykehusleger

Om tillitsmannsordningen sier forslaget (sitat):

### Om tillitsmannsbegrepet.

"Tillitsmann" i den forstand som instruksen angir, må ikke forveksles med det å ha tillitsverv generelt innen Lægeforeningens forskjellige lovfestede organisasjonsledd.

Tillitsmann i instruksens forstand er å anse som Lægeforeningens daglige "forvaltningsorgan" når det gjelder håndhevelse av tariffavtaler og andre overenskomster og tvister og klagemål mellom medlemmene og arbeidsgiveren på det enkelte arbeidssted. Tillitsmannen er videre foreningens førstehånds forhandlingsinstans når det gjelder alle krav og tvister som baserer seg på tariffavtalens forståelse og anvendelse.

Tillitsmann i denne forstand er det hittil bare Yngre lægers forening som har hatt innen Lægeforeningen."



Det overordnede mål med et tillitsmannsapparat bør være å ivareta medlemmernes faglige interesser ved siden av dette også økonomiske og kollegiale forhold. Dette synspunktet ble sterkt framhevet under debatten da APLF's landsråd behandlet saken.

# Almenpraktiker Dnlf — full spesialitet?

Norsk (nordisk?) Selskap for almenmedisin?

Et absolutt mål som vi må arbeide mot. Se Utpostens leder i nr. 6 -78 hvor dette behandles.

Dette er en sak som bør prioriteres sterkt.

Allerede i -67 ble det på Den norske Lægeforenings landsmøte lagt frem forslag fra "Mathisenkomiteen" til "almenpraktiker Dnlf".

- a) almenpraksis 2 år
- b) sykehusutdannelse
  - 1. Hovedutdannelse 2 år kirugi, indremed., psykiatri.
  - 2. Sideutdannelse 1,5 år atføring, pediatri, fys.med., hud, gyn./obst., nevrologi, ortopedisk kirugi, rheuma, ØNH og øye.
- c) kurs
- d) eksamen

Forslaget ble nedstemt - forøvrig ligner dette litt på de svenske reglene for almenpraktikerutdannelsen.



På landsmøtet i -69 ble "Larsenkomiteen's" forlag lagt frem.

- a) almenpraksis 2 år
- b) videreutdannelse
  - 1. grunnkurs 5 mnd.
  - 2. sykehustjeneste 1 år
- c) etterutdannelse
  - 1. kurs 250 timer
  - 2. sykehustjeneste alminnelige stillinger 6 mnd. eller spesielle stillinger 3 mnd.

Dette forslaget ble også nedstemt inntil nævnevende regler ble vedtatt i landsstyret i 1973. Disse videreutdannelseskrav gir dog som kjent ingen spesialistkompetanse.

Strukturering av innholdet i sykehustjenesten og i praksistiden i någjeldende krav er av avgjørende betydning for vår fremtid som spesialister. Almenmedisin og almenpraksis må defineres klart i forholdet til de eksisterende spesialiteter. En tanke er å knytte vår videreutdannelse til de eksisterende institutter for almenmedisin - dette for å gi et innhold som kan gi full spesialistkompetanse. En annen tanke er opprettelsen av et norsk eller kanskje nordisk selskap for almenmedisin som bør ta hånd om hele vår framtidige spesialistutdannelse og også videreutdannelse til universitetslærere i almenmedisin f.eks. slike som i England "Royal College of general practitioners".

Generalforsamlingen 18.11.78. Ca. 115 deltagere, dvs. ca. 10% av medlemsmassen:

## Lov om distriktshelsetjenesten

I Sosialdepartementet arbeides det for tiden med utkast til en slik lov. APLF og OLL har i felleskap utarbeidet synspunkter om innholdet i et slikt lovutkast. Man har tenkt seg at loven bør omfatte følgende 5 hovedemner.

1. Distriktshelsetjenestens omfang.
2. Organisering og ansvar.
3. Utgiftsdeling
4. Styring
5. Helsepersonell

### Ad. 1.

Når det gjelder omfanget av en slik lov har man tatt utgangspunkt i "midlertidig lov om planlegging av og om forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helse-tjenesten utenfor institusjon" (også et nytt lovutkast som pålegger kommunene å danne et planleg-

gingsutvalg hvor det er viktig at almenpraktikeren blir med. Kjære kollega, hva med din kommune? Er du med?) Følgende virksomhetsområder er tenkt falle inn under primærhelsetjenesten, ialt 15:  
Legetjenesten, tannhelse-tjenesten, helsestørtjeneste, helsestasjonsvirksomhet, helserådstjeneste, jordmortjeneste, hjemmesykepleie, fysioterapitjeneste, bedriftshelsetjeneste, helse-tjenester i skoler, lege-middelforsyning, ambulan-setjeneste, sosialadministrasjon, sosialomsorg, barne-ungdomsvern, eldre-omsorg, edruskapsvern, helse-og sosialsentrala. De 5 siste punkter antas ikke å måtte omfatte loven, men bør komme inn under sosialtjenesten.

### Ad. 2.

Organisering og ansvarsfordeling.

Faglig basis bør være almenmedisin og definert antall innbyggere mellom 1000 - 2000 pr. lege - man tenker på modeller som bydelslege i Oslo. Faglig ansvar kan tillegges enten primærkommunen, fylkeskommunen eller staten sentralt - spørsmålet er omstridt.

### Ad. 3.

Utgiftene.

Kommunens utgifter dekker med sine 50% fra folketrygden - forutsetter utarbeidelse av budsjetter ifølge opptrukne rammer. Evt. statlig lønnede distriktsleger.

### Ad. 4.

Styring.

Herved menes planmessig tiltak som med basis i

Forts. side 20

# Etableringsloven

## Aktuell kommentar APLF's generalforsamling 1978

Ved almenpraktiserende lege Geir Jacobsen, Trondheim

Den etableringslov for leger som regjeringen har fremmet proposisjon for ble debattert under et eget punkt på generalforsamlingen. Sentralstyremedlem spesiallege Harald Hauge innledet til debatt under temaet:

"Vil året 1979 betegne avslutningen på den frie etableringsrett for leger?"

Den motstand som legeforeningen har motarbeidet det nye lovforslaget med, oppsummerte Hauge i og med følgende to hovedargumenter:

1. Etableringsloven er unødvendig.
2. Loven vil ikke virke etter sin hensikt.

Når det gjelder argumentasjon for at loven er unødvendig, viser legeforeningen til at regjeringen ikke helhjertet har forsøkt satt ut i livet de stimuleringsstiltak som legeforeningen har pekt på som en mulighet for å bøte på den legemangel som råder ute i mange distrikter vestpå og nordpå. Disse stimuleringsstiltak har stort sett økonomiske implikasjoner, dvs. legeforeningen ønsker å øke normaltariffen generelt. Legeforeningen ønsker at regjeringen legger til rette bedre arbeidsforhold, bedre boligforhold, at det gis gunstigere avbetalingsvilkår for studielån, og at det innføres skattelette, dog ikke for leger alene, men generelt for den nordligste landsdel.

Videre ønsker legeforeningen å bedre ansiennitetsreglene for leger som har tjenestegjort nordpå.

Legeforeningen ønsker også å gjennomføre muligheten til å avsette til skatefrie fonds, en adgang som ble opphevet i slutten av 1960-årene.

På APLF's generalforsamling var det en nesten skremmende enighet om at denne loven er unødvendig. Men er den virkelig det? Avspeiler ikke denne unisone holdning like så vel at de som møtte

til generalforsamlingen var stort sett veletablerte kolleger i sentrale strøk av landet, noe som vel må ansees som naturlig i og med at generalforsamlingen fant sted i Kristiansand. Kanskje ville det inntrykket sentralstyremedlemmet var ute etter å lodde, vært et noe annet hvis generalforsamlingen hadde funnet sted i f.eks. Tromsø eller Hammerfest.

Selv ser jeg denne loven som klart nødvendig. Bakgrunnen for denne påstand er at regjeringen har for seg en situasjon der store deler av landet i perifere strøk fullstendig er uten primærleger og primærlegjetjenester. Befolkningsen i disse strøk er fullstendig berøvet selv det mest elementære helsetjenestetilbud, et tilbud som befolkningen i mere sentrale strøk ser på som en ren selvfølgelighet. Ut fra denne vurdering ser selvsagt en hvilken som helst regjering på stituasjonen som en ren nødssituasjon og må følgelig handle deretter. Enhver regjering som er seg sitt ansvar bevisst ville sannsynligvis vurdere saken på lignende måte, hva enten den var den nåværende eller en annen f.eks. en borgelig samarbeidsregjering.

Det er imidlertid en annen sak at loven hvis den blir vedtatt, ikke må legge hindringer i veien for at årsaken til legemangelen perifert må søkes løst mere permanent. En slik løsning kan imidlertid ikke kun ha økonomiske aspekter og trivselsmessige aspekter for legen og hans familie som utgangspunkt, men må basere seg på en faktisk oppvurdering av den primære helse-tjeneste og primærlegen som fagindivid. Uten en slik oppvurdering vil distrikts-helsetjenesten være dømt til å mislykkes både perifert og sentralt på lengre sikt. Det nytter altså ikke å sette snevre økonomiske rammer for den måten disse problemene må søkes løst på.

Når det gjelder påstanden

om at en etableringslov ikke vil virke etter sin hensikt, ligger vel en god del her også opp til legeforeningen. Har f.eks. legeforeningen gjennomslagskraft nok overfor sine medlemmer hvis den skulle hevde at det er en nødvendighet for den videre primærhelsetjenesten i distrikten at den aktivt søker å motvirke at en stadig større del av dens medlemmer etablerer seg i institusjon som spesialister og subspesialister, og i alskens tenkelige og utenkelige grønnsakhandlere utenfor institusjon. Er det lojalitet nedover i rekrene? Har legeforeningen engang for alle tenkt å prøve ut i praksis de tanker som er nedfelt i "Tanker om morgendagens primærlegetjeneste", eller vil dette ideologiske manifest kun vise seg å være den sedvanlige festtalesvada, når primærlegens framtidige arbeidssituasjon kommer på tale.

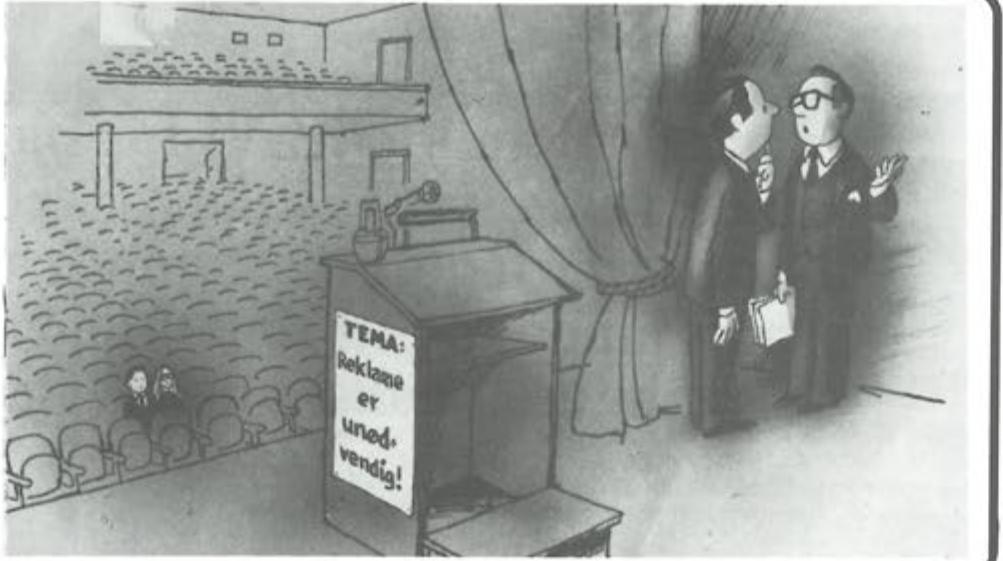
Som primærlege i et område som selv er i desperat mangfold på arbeidende leger utenfor institusjon, anser vi denne loven som høgst nødvendig i et forsøk på å sørge for en mer rettferdig fordeling av legetjenestene rundt i landet, og dens eventuelle hensiktmessighet er ikke først og fremst avhengig av myndighetenes, men av legenes og legeforeningens holdning. De aksjonstiltak som ble drøftet som legeforeningens svar til myndighetene med krav om å få proposisjonen strøket, virker for en primærlege i en hardt presset arbeidssituasjon nokså absurd. Overtidsnektelelse er et middel som må ansees skreddersydd for YLF, og selv da vil nok sannsynligvis virksomheten i institusjonene gå relativt knirkefritt som før. At APLF skal bøye av for YLF's krav i denne sak synes meningsløst. Ute i befolkningen kan legene ikke påregne noen form for støtte for slike eventuelle aksjoner som det her er snakk om.

**Når dette leses er jo landsstyrets  
vedtak i saken kjent. Vi får bare håpe  
at dette vedtaket ikke ytterligere  
distanserer legeforeningen fra folke-  
opinionen, og at den ikke taper  
ytterligere ansikt i denne saken.**



# Fra Stortingets spørretime 1.11.78

Stortingsrepresentant  
Christian Erlandsen



## Spørsmål 15

Presidenten: Dette spørsmålet vil bli besvart av kirke- og undervisningsministeren på vegne av sosialministeren.

Christian Erlandsen:

Jeg tillater meg å stille følgende spørsmål:  
"I vårt land har vi for tiden en meget vanskelig situasjon når det gjelder legedekning i våre distrikter, særlig i Nord-Norge. Vi venter på lov om primærhelsetjenesten og det er bebudet en midlertidig lov om etableringskontroll for leger. Kan derfor Regjeringen tenke seg å utsette loven om bedriftsheletjenesten som skulle ha trådt i kraft 1. januar 1979?"

Stadsråd Kjølv Egeland:

Med den økte interesse for arbeidsmiljøspørsmål og med den økte erkjennelse av sammenhengen mellom yrke og helse, har Regjeringen sett det som viktig å styrke bedriftshelsetjenesten, å se denne delen av helsetjenesten i sammenheng med helsetjenesten for øvrig og å sikre helsemyndighetenes medvirkning for å få en faglig god bedriftshelsetjeneste.

Loven om helsetjenester ved bedrifter ble foreslatt bl.a. mot denne bakgrunn. Ifølge loven skal helsetjenester ved bedrifter fortsatt være frivillige ordninger. Bedrifter med særlig stort behov for helsetjeneste kan etter loven få 50% refusjon fra folketrygden for utgifter til slike tjenester, men hovedtyngden av bedriftshelsetjenesten

vil fortsatt bli finansiert av bedriftene.

Når loven trer i kraft, skal det utarbeides kommunale og fylkeskommunale planer for bedriftshelsetjenester. Sosialdepartementet ser denne planleggingen som særlig viktig når det gjelder å få oversikt over denne delen av helsesektoren. Derved vil man bedre kunne styre utviklingen etter behov og tilgjengelige ressurser.

Ikrafttredenen av loven vil i seg selv ikke føre til noen umiddelbar og kraftig utbygging av bedriftshelsetjenesten, men vil som nevnt være viktig for å sikre helsemyndighetenes medvirkning og styring. Som jeg nevnte, skal opprettning av bedriftshelsetjenester etter loven fortsatt være frivillig. Imidlertid må jeg her gjøre oppmerksom på at arbeidsmiljøloven § 30 inneholder en hjemmel til å pålegge en bedrift å ansette helsepersonell "når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet".

Særlig på bakgrunn av at arbeidsmiljølovens forskrifter om bedriftshelsetjeneste planlegges satt i kraft 1. januar 1979, er det av betydning at loven om bedriftshelsetjenester settes ikraft samtidig, slik at helsemyndighetene kan vurdere bedriftshelsetjenesten i sammenheng med helsetjenesten for øvrig. Til slutt vil jeg gjerne nevne at det i det varslede lovforslag om regulering av legetjenester vil bli foreslatt lovhemmel for å hindre en forsørt etablering i

bedriftslegestillinger, med skadefinninger for distrikthelsetjenesten for øvrig.

Sosialdepartementet tar altså sikte på en平衡 utbygging av bedriftshelsetjenesten i samordning med helsetjenesten for øvrig og under hensyntagen til de ressurser som til enhver tid er tilgjengelig.

Christian Erlandsen:

Jeg takker stadsråden for svaret. Bak mitt spørsmål ligger ikke noen motvilje mot bedriftshelsetjenesten som sådan, men vi skal være klar over at målsettingen for denne på lengre sikt vil føre til et engasjement av 600 leger, 900 sykepleiere og 300 fysioterapeuter. Landet er i dag nærmest konkurs når det gjelder utdannet helsepersonell, og vi er enige om at vi har en skjev fordeling både geografisk og faglig når det gjelder helsetjenester.

Gjennomføring av lov om bedriftshelsetjenester nå tror jeg vil kunne vanskelig gjøre de målsettinger vi har nettopp for en samlet helsetjeneste og vil på kort sikt kunne føre til en enda verre situasjon for distrikter med dårlig legedekning.

Dessuten er det tydelig at Statens arbeidstilsyn og Helsedirektoratet prinsipielt har meget forskjellig syn på vesentlige sider ved ordningen, noe som disse etaters forslag til forskrifter klart viser. Også derfor bør ordningen etter min mening utsettes.

Forts. s. 17.

# NORMALTARIFFEN IGJEN

Distriktslege Ivar Sønbø Kristiansen, Borkenes

Tre distriktsleger tar i Utposten nr. 5/78 til orde for en kraftig oppjustering av normaltariffen. Alle er vi enige om at normaltariffens takster er latterlig lave og ikke gir en anstendig lønn for en normal arbeidstid. Etter mitt syn er det likevel urealistisk å satse på en kraftig oppjustering av normaltariffen som et middel til å bedre søkningen til primærhelsetjenesten. Det er nemlig en rekke forhold som taler mot at staten vil bringe normaltariffen opp på et rimelig nivå. Jeg vil begrunne dette nærmere:

Det finnes i dag et villniss av kommunale subsidieringsordninger som har brakt primærleger opp på et akseptabelt lønnsnivå. Dette blir sikkert brukt mot Lægeforeningens forhandlere ved revisjon av normaltariffen. Mindre enn halvparten av Folketrygdens utbetaling etter normaltariffen tilkommer primærleger. En oppjustering av normaltariffen vil derfor i første rekke komme sykehushusleger og privatpraktiserende spesialister til gode.

Helsedirektoratet regner med legedeckning i Norge en gang i løpet av 1980 årene. Det er visstnok allerede et visst overskudd av leger i enkelte deler av Norden, og på visse hold har man forsøkt å "importere" leger (til bedriftslegeordning). Når man får legedeckning eller lege-

overskudd, kan myndighetene ikke akseptere normaltariffen som økonomisk basis for primærhelsetjenesten.

Den vil nemlig gi leger uten tilstrekkelig pasientgrunnlag mulighet for å drive praksis i attraktive deler av landet ved overbehandling av pasienter.

Kravene om en radikal oppjustering av normaltariffen har vært ledsaget av ønsker om mer liberale regler for fondsavsetninger. Myndighetene vil uvegerlig oppfatte dette som krav om at en høy inntekt skal reduseres med gunstige fondsavsetninger med de skattemessige fordeler dette innebærer. Etter mitt syn er det naivt å tro at politikerne vil gå inn for et slikt opplegg, også om det blir borgelig flertall ved Stortingsvalget i 1981. Tvert imot er det rimelig å tro at politikerne i fremtiden vil satse på et lønnssystem som gir kontroll og styring med utvikling av primærhelsetjenesten

De tre distriktslegene tar dessuten til orde for at distriktslegers boligforhold i fremtiden minst må være så gode som hittil. Dette er trolig en urealistisk målsetting. Tvert i mot ser det ut til at det blir stadig vanligere at kommuner får dispensasjon fra Helsedirektoratets bolognorm. Dette skjer også i fylker med distriktslege-mangel. Husleienivået er dessuten enkelte steder i ferd med å nærme seg et forretningsmessig nivå. Det er et stort spørsmål om distriktsleger i fremtiden vil være interessert i å bo i luksusboliger med høy husleie. Mange vil trolig foretrekke å bygge egen bolig med de økonomiske fordeler dette har.

Endelig kan det vel diskuteres om fordelen med stor og luksuriøs tjenestebolig er verd all debatt i kommunale organer og all misunnelse i befolkningen. Etter min oppfatning bør vi i fremtiden ta sikte på en fastlønnsordning med offentlig ansvar for primærhelsetjenesten. Dette vil

frigjøre oss fra et betydelig økonomisk og administrativt ansvar samtidig som vi lettere vil kunne følge den alminnelige inntektsutvikling. Myndighetene på sin side vil være sikret den ønskede kontroll og styring.

Lægeforeningen har trolig mye å lære av tannlegene når det gjelder den fremtidige lønnspolitikk. Tannlegene var for en del år siden i et stort underskudd. De fikk da gjennomført diverse særordninger for å friste tannleger ut i distrikten. Nå er det nok tannleger, og de har mistet både en gunstig lønnsavtale og andre særordninger. Enkelte distriktstannleger valgte i sin tid en fastlønn etter lønnsregulativet i stedet for særavtale. Disse har selvagt fått beholde sin lønnspllassering. Hvis legene i dagens situasjon presser igjennom særfordeler som privilegerte boliger, gunstige fondsavsetninger m.v., vil staten meget lett kunne plukke bort dette når det blir legedeckning. Hvis vi derimot forhandler oss frem til et skikkelig fastlønns-system med forankring i lønnsregulativet, burde vi være bedre sikret anstendige lønnsforhold både nå og i fremtiden.

P.S. På tross av alle vanskene i primærhelsetjenesten har regjeringen nettopp avslått å justere normaltariffen før 1980!



## Stadsråd Kjølv Egeland:

Jeg oppfatter for min del aldeles ikke representantens spørsmål i og for seg som en uvilje mot bedrifts-helsetjenesten. Men det jeg synes både spørsmålet, svarer og tilleggsmerknaden viser, er at det er ulike meninger om virkningen av å sette denne tjenesten i verk fra den oppgitte dato. Sosialdepartementet vurderer det altså for sin del slik at det ikke vil få de skadevirkninger som representanten mener det vil få. Hvem som har rett, vil vise seg.

# TEMA FEBER

Almenpraktiker Dnlf Kjell Johansen ved Institutt for Almenmedisin i Bergen har ved sin artikkel om primærhelsetjenestens medhjelper starter en stafett av artikler innen primærlegenes rekke. Han utfordrer i første omgang meg til å gjøre rede for mine synspunkter på hvordan problemet "feber" skal takles av pasientmottageren.

Det er et viktig skritt kollega Johansen har tatt når han nu setter i gang denne debatten. Kanskje for første gang blir almenpraktikeren selv bedt om å "gjøre rede for seg" og sine disposisjoner, da riktignok via problemet hva gjør pasientmottakeren. Imidlertid vil en slik utredning fortelle litt om hvordan de enkelte leger mener seg å disponere sin praksis. Dette kan være en utfordring som er vel verdt å merke seg.

Johansen var av den oppfatning at det var viktig at det til enhver tid forelå om mulig et bevisst gjennomtenkt handlingsmønster for de problemer man som medarbeider i helsetjenesten kan komme ut for. Samtidig presiserer han at det ikke kan standariseres i helsetjenesten. Dette er selvsagt riktig. Han trekker allikevel frem et par eksempler på registrering fra Sverige og etterlyser en form for intern dokumentasjon tilpasset norske forhold. Personlig er jeg av den oppfatning at helsetjenesten i dette land allerede har så mange skjemaer at flere overhode ikke engang bør påtenkes. Imidlertid kan det muligens være en tanke bare at man nevner at en intern gruppe kan bruke et system for kommunikasjon. Personlig ville jeg som sagt være meget betenklig for et nytt mer eller mindre offisielt skjema. Jeg må videre legge til at det selvsagt er meget stor forskjell på solopraksis og gruppraksis. Ikke bare i dette tilfellet men generelt. En flerlegepraksis krever at journalen kan brukes av flere personer, i solo-

praksis kan man klare seg med minimalt papir.

Det å være ansatt som medhjelper hos en praktiserende lege er ingen lett oppgave. Utdannelsen er forskjellig bare for å nevne noe. "Kontorsøster" kan hos en lege være utdannet legesekretær etter et skreddersydd mønster i nært samarbeid med Den norske Lægeforening. "Kontorsøster" kan også være hjelpepleier, sykepleier, da med sin bakgrunn i sykehussituasjon. Annet kontorpersonele må læres opp av legen selv "fra bunnen av". Det vil derfor være innlysende at bare utdannelsen i seg selv vil være medvirkende til hvilket svar man som pasientmottager vil gi på en henvendelse vedrørende "feber".

De som kan hende har det lettest i så måte kan være de som legen selv lærer opp "fra bunnen". Andre mere offisielle yrkesgrupper som legsekretærer og sykepleier kan få en vanskelig og uvant overgang i sin nye stilling som "kontorsøster" hos almenpraktikeren.

Etter Kjell Johansens utfordring har jeg forsøkt å finne ut hva vi selv gjør ved "feber", og det er ikke lett å gi noe standard svar.

For overhode å finne ut av dette må vi begynne fra en kant: Først må vi definere hva vi mener med feber, videre må vi finne ut av i hvilken situasjon vi forventer at kontorsøster skal mestre problemet, deretter vil jeg forsøke å beskrive noen for meg almene problemstillinger som jeg mener bør tas i betraktnsing.

Hva er feber? Hos noen pasienter kan dette være rent subjektivt. Man har overhode ikke engang målt temperaturen, men har "feber". Bare dette tilsier at det første man som pasientmottaker må gjøre er å spørre om temp. er målt og etter hvilken metode. Det er forbausende ofte jeg får som svar at moren ikke "tør" ta temp. på sitt lille barn rectalt, da det er vanskelig.

**Thor Myhre, almenpraktiker Dnlf, Kristiansand S.**

Man gjetter seg så til gradene ved å kjenne på pannen.

Videre vil jeg gjerne ha sagt at vi må skille sterkt etter i hvilken situasjon man befinner seg når problemet stilles: Det er etter min mening innlysende forskjell på et utsatt kystdistrikt og hva jeg vil kalle sentrumspraksis. Kontorsøster i slike utkantdistrikter må ofte spille rollen som doktor alene da legen kan være opptatt med annet og ikke kan nås slik uten videre. Dette er situasjoner som alle legekoner kjenner igjen. Jeg vil derfor skille mellom bypraksis og praksis etter mønster av distrikthelsetjenesten utover landet.

Det primære i begge situasjoner må selvsagt være at pasienten skal hjelpes skikkelig samtidig som legen ikke skal unødig forstyrres, enten han har pasient på kontoret, skriver uforhetssak, eller er på sykebesøk.

Som tidligere nevnt ville jeg anse det som rimelig at søster spurte om temp. var målt og etter hvilken metode. Med feber mener jeg da temp. over 38 målt rectalt.

Dersom det etter disse kriterier virkelig dreier seg om feber må man forsøke å finne ut av om det er en akutt feber eller om feber har vedvart over noen tid. Videre om det er barn eller voksne det dreier seg om. Dette er kanskje selvsagt, men bør vel nevnes her allikevel.

Videre får man som pasientmottaker på en enkel måte spørre om andre symptomer som hoste, svie ved vannlatting, hodepine o.l. Dette for at man skal få oversikten. Selvsagt kan man mens man spør notere det hele ned på et papir, eller direkte i journalen, som man helst bør ha funnet frem med det aller første.

Stort sett bør man som pasientmottaker ikke gjøre mer enn dette i første omgang: Man registrerer hvem som har feber, hvor stor feber det dreier seg

om, enkle symptomer, feberens varighet. Samt frembringe journal på vedkommende.

Problemet oppstår nu!

Hva gjør man så videre? Kobler man denne henvendelsen over til legen uten videre, eller går man inn til legen og avbryter en pågående konsultasjon eller hva gjør man?

Dette er et meget stort problem for de aller fleste kontorsøstre vil jeg tro og det finnes tror jeg dessverre ikke noe alment svar. Erfaringen samt kjennskap til pasienten i det enkelte tilfelle vil være av avgjørende betydning for hva man som patientmottaker vil foreta seg her. Primært må man som sagt anta at forutsetningen skal være at pasienten skal hjelpes samtidig som legen ikke skal forstyrres unødig. Grundig kjennskap til pasientene i en praksis er etter min mening alfa og omega i slike situasjoner.

Videre vil det være klart at det er avhengig av det enkelte legekontors arbeidsrutine. Noen leger, kanskje de fleste, vil selv bestemme sine sykebesøk. Dersom kontorsøster da finner ut, etter sin første kontakt at det etter hennes erfaring muligens kan bli tale om et sykebesøk, så bør henvendelsen gå til legen som da selv får ta den videre avgjørelse. Dermed er problemet tilsynelatende løst for patientmottakeren.

Det ville kanskje være letttere å koble over til legen slike vanskelige avgjørelser. Allikevel, så enkelt er det heller ikke. Etter for mange innkoblinger vil legen erfaringmessig begynne å knurre. Man klemmes da som kontorsøster mellom barken og veden.

For å unngå for mye knurring fra begge sider vil jeg anbefale at dersom kontorsøster finner at det dreier seg om et forholdsvis enkelt tilfelle, og pasienten er i stand til det, så bør hun be pasienten komme til kontoret for videre undersøkelse, uten at legen kobles inn i samtalet på det nuværende tidspunkt. Hun må da selvsagt ha oversikt over dagens arbeid, timeavtaler etc. slik at hun ikke lover mer enn hun kan holde. Dersom det er vanskelig med tid for slike øyeblikkelige konsultasjoner

samme dag så får man spørre om det kan vente. Svært ofte kan det det. Svært ofte vil det vise seg at det pasientene igrunnen vil er å forsikre seg om at dersom man ikke blir bedre av sin forkjølelse etter noen tid, at de kan få lov å bli undersøkt fort.

Forbausende ofte vil det derfor vise seg at feberen nettopp har begynt, pasienten ringer "for å høre".

Ofte klarer man seg med denne første kontakten med kontorsøster. Man kan bli enige om å "se det an". Slik avtale bør noteres i journalen slik at man kan dokumentere dette om nødvendig. Notatet bør være kort, nærmest stikkord.

Dersom pasienten ikke er fornøyd med denne avgjørelsen og tross alt presser på, tror jeg det erfaringmessig lønner seg tidsmessig å "bite i det sure eple" og koble telefon-samtalen inn til legen.

Ansvaret for det hele ligger tross alt hos legen.

Kontorsøster bør kjenne sin begrensning, men også kjenne sin styrke!

Og her kommer erfaringen inn i bildet, kjennskapet til pasientene, rutinen, det hele. Man blir sikkert klokere for hver telefon man tar, og for hver feil man gjør. For feil vil det bli, det er vel neppe til å unngå. Med andre ord: Noen almengyldig regel for hvordan man skal takle dette finnes ikke. Stort sett mener jeg da at dette beskrevne, fleksible systemet fungerer bra.

#### Avslutningsvis:

Feber er ikke så enkelt som det høres ut. De fleste pasienter vet vel selv om de har feber. De lokale forhold er av alt avgjørende betydning for de avgjørelser pasientmottaker tar.

En bylegepraksis er helt forskjellig fra en distriktslegepraksis.

Det er forskjell på akutt og vedvarende feber. Like viktig er det å vite at det er forskjell på barn og voksne. Pasientmottakeren bør føle seg frem, lære seg rutinen og sist men ikke minst ikke ta sjanser.

Nu kan man av denne artikkel muligens trekke den konklusjon at makan til Rot: Javel, slik er primær-

## debatt!



"Henry, this is Mr. Withers who is preparing a collection of famous last words. Is there anything that comes to mind?"



legens arbeidsdag. Tilsynelatende bare rot. Imidlertid om man forsøker å se det over en gang til så finnes der godt innarbeide rutiner de fleste steder. Det gjelder da bare å finne ut av det.

Vel kan man si at feber er et vanskelig tema. Det er imidlertid for intet å regne mot brystsmerter.

Jeg lar derfor stafetten gå videre til Almenpraktiker Dnlf Arne Ivar Østensen, Heimdal, Trondheim med utfordring til å skrive om "brystsmerter".

#### Forts. fra s. 11.

Det kan enda være mange ting å si om investeringsloven og det kan være av interesse å omtale et forhold nærmere. Det gjelder investering i driftsmidler som ikke har tilknytning til egen næring. Jeg regner nemlig med at det ikke er alle som vet at det er anledning til å foreta slik investering. En kan således investere i landbruksmaskiner, fiskebåter og andre ting alt etter hvor en befinner seg geografisk. Av interesse kan det også være å nevne en kollega i Kvænangen omtalt i "Vi menn" nr. 38/77. Denne kollega har investert i industri som for tiden gir 8 arbeidsplasser. Når det gjelder driftsmidler som ikke har tilknytning til legens yrke så må en nok regne med at driftsmidlene må være i bruk på anskaffelsessstedet, men etter 8 års drift som loven setter som grense står en helt fritt til å gjøre med tingene som en selv vil. For den som ikke er så altfor glad i å betale høye skatter så finner en altså her et alternativ som for eksempel går ut på at en isteden får seg tildelt en helt gratis fiskebåt eller tilsvarende som vedkommende kan leie ut til andre yrkesutøvere. Andre tiltak til å utbedre rekrutteringen i distriktshelsetjenesten har vært tilbørlig belyst av andre. Det tilbys fastlønnsordninger og det foreslås opprettelse av en rekke nye stillinger både statlig og fylkeskommunalt. Alt dette er vel og bra men hovedinnvendingen mot disse nye tiltak er at de er langtidstiltak og som sådanne vil de ha liten betydning for de leger som i dag sitter i utkantstrøk med et enormt press. Flaskehalsen er legemangel og så lenge den eksisterer vil forholdene ut i distriktene være nøyaktig den samme enten en kommer på fast lønn eller ikke. Selvsagt kunne det være hyggelig å slippe å skrive regningskort, men jeg er redd for at en får så mye arbeid med å holde styr på all overtid at vinninga går opp i spinninga.

Det er korttidstiltak vi trenger, noe i likhet med investeringsloven når denne slo ut med full tyngde. Den reduserer riktignok ikke

arbeidstiden, men den gjør det mulig å ta et krafttak og få belønning for innsatsen. Vi trenger tiltak som gjør at det lønner seg å arbeide, da kan en ha et lite håp om en viss sirkulasjon av leger til utkantene.

Per Jostein Hamnes  
distriktslege i Rissa

#### Forts. fra side 13.

faglige vurderinger skal influere på driften av distrikthelsetjenesten.

#### Ad. 5.

Helsepersonell.

Distriktsstilknyttede generallister i de forskjellige fagprofesjoner. Ansettelse av leger antas å skje etter innstilling fra helsedirektøren som bør ha et rådgivende utvalg oppnevnt av Lægeforeningen. Dette forslaget er nå sendt ut til høring. Så et hjertesukk fra Utposten - tenk at loven om distrikthelsetjenesten er det siste skudd på stammen når det gjelder reguleringen av hele vårt helsevesen - den som burde ha vært den første.

## Fornyelse av abonnement

Nesten 60% av våre abonnenter betalte sitt abonnement i 1978. Vi håper at alle snarlig betaler sitt abonnement for 1979, og at noen betaler skyldige bladpenger for 1978.



#### Forts. fra s. 2.

tariffen blir forbedret og omformet slik at etablering av praksis igjen kan bli aktuelt.

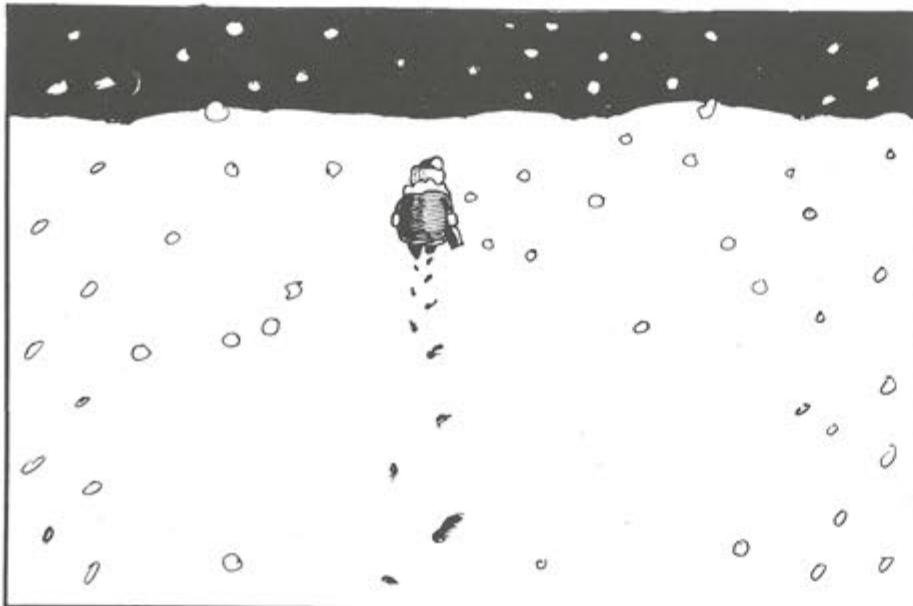
Vi retter kikkerten mot horisonten og speider fortsatt etter loven om primærhelsetjenesten. Måtte den komme i 1979.

Et godt nyttår ønskes hver enkelt leser.

Trondheim 28.11.78  
Aage Bjertnes



"You're not the psychiatrist your father was."



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

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

**DUMEX**

## NYE TANKER NYTT FAGSTOFF

om enuresisbehandling  
og smertebehandling



sendes gratis  
til helsepersonell  
over hele landet

Med hilsen

**URI-MED A-S**  
Finn Arctander

1458 Fjellstrand Tlf. 02-918013

## ELEKTRONISK BLODTRYKKSMÅLER

Cardy 8's nye modell  
for sikrere måling



**NYTTARSTILBUD 15/12—15/2:**  
Kr. 650,- - 40% rabatt  
(moms og porto kommer i tillegg)

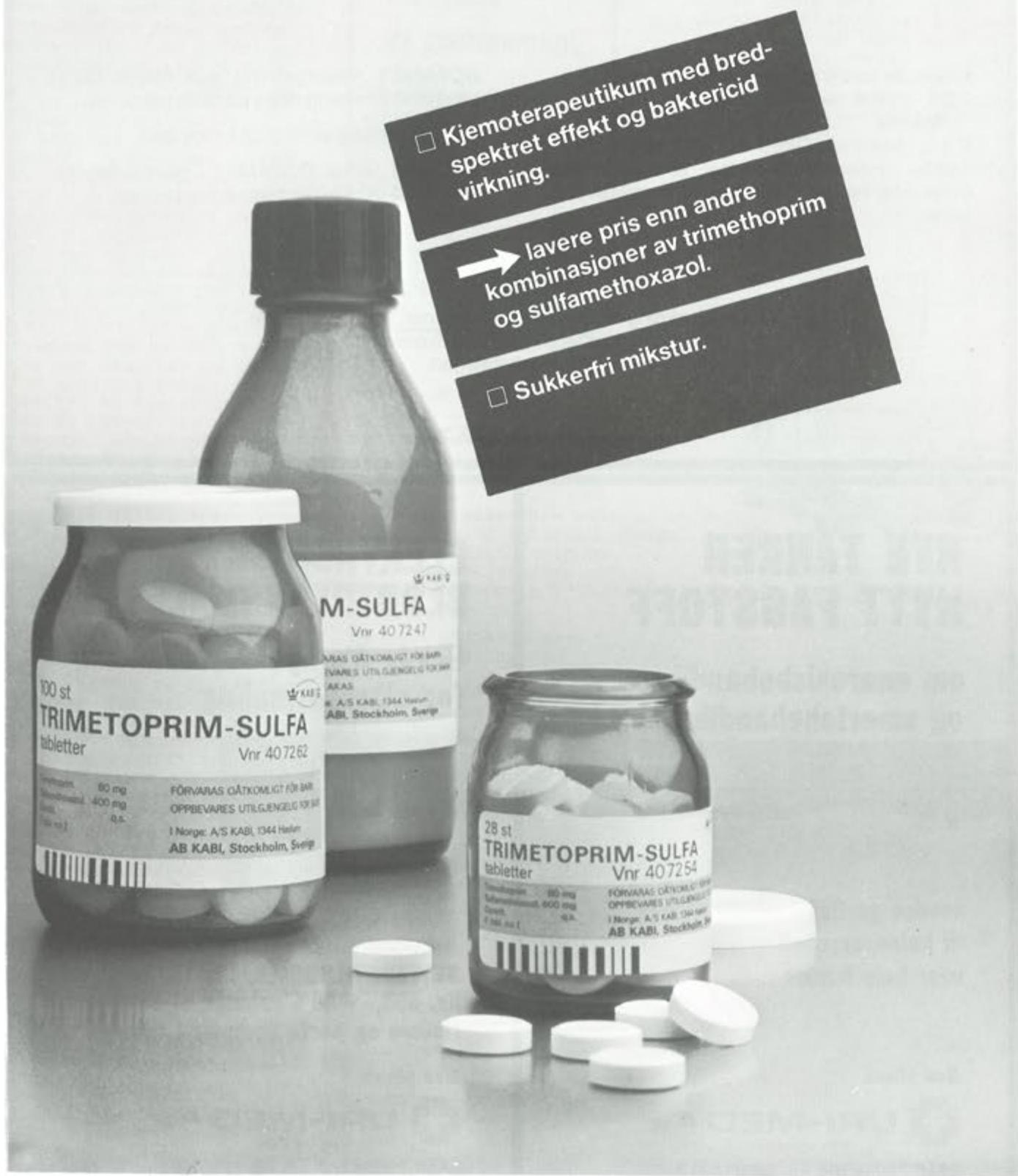
Med hilsen

**URI-MED A-S**  
Finn Arctander

1458 Fjellstrand Tlf. 02-918013

# Trimetoprim-Sulfa\* "Kabi"

\*) Navnet indikerer at preparatet ikke må brukes av sulfaoverømfintlige personer.



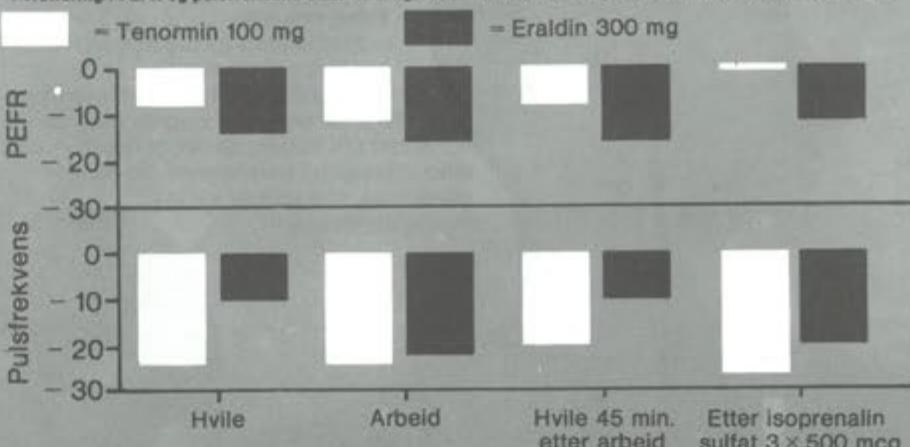
# Tenormin

ATENOLOL

## Høy grad av kardioselektivitet — ingen blokering av adrenerge bronkodilatatorer

Vilsvik og Schaanning<sup>1</sup> har i et dobbeltblindt "cross-over" forsøk sammenlignet virkningen av Tenormin og Eraldin (praktolol) på lungefunksjonen hos pasienter med kronisk astma. Virkningen på puls og lungefunksjon (Peak Expiratory Flow Rate, PEFR) fremgår av figuren.

Forandring i PEFR og pulsfrekvens etter 100 mg Tenormin eller 300 mg Eraldin som % av kontrollverdier.



**Egenskaper:** Tenormin (atenolol) er en betα<sub>1</sub>-adrenerg reseptorblokkere med relativt høy kardioselektivitet og som i terapeutiske doser har liten innvirkning på lungefunksjonen og den perifere sirkulasjonen. Tenormin har ikke egenstimulerende eller membranstabiliseringe virkning.

Maksimal serumkonsentrasjon oppnås 2–4 timer etter peroral administrasjon. Plasmahalveringstiden er 6–10 timer. Kliniske forsøk har imidlertid vist at man oppnår like god blodtrykksredusjon ved 1 dose daglig som ved 2 doser daglig.

**Indikasjoner:** Hypertoni.

**Kontraindikasjoner:** Ukompenserert hjerteinsufficiens. AV-blokk grad II og III. Bradykardi. Arteriosclerosis cerebri et obliterans. Ukontrollert eller vanskelig kontrollerbar diabetes mellitus. Metabolisk acidose. Raynaud's syndrom. Graviditet (se «Forsiktighetssregler»).

**Bivirkninger:** Kalde hender og fetter, muskeltretthet kan forekomme. Gastrointestinale ubehag og søvnvansker har vært rapportert. Hjertesvikt og nedsettelse av lungefunksjonen. Maskering av kardiale symptomer på hypoglykemi. Allergiske reaksjoner kan forekomme.

**Forsiktighetssregler:** Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktive luftveislideler. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av betα<sub>2</sub>-spesifikke bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøyne. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretslepsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebefører alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lungelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkere virker uten å oppheve digitalis' positivt inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokkernes

negativt inotrope effekt motvirke digitalis' positivt inotrope effekt. Betablokkene og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelsen i den atrioventrikulære overleddning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasienten da må overvåkes nøye. I noen tilfelle uten holdepunkter for hjerteinsufficiens i anamnesen, har hjerteinsufficiens oppstått etter noen tids behandling med betablokkere. Forsiktighet bør utvises ved metabolsk acidose, til gravide og under eter- eller kloroformanevesti.

Ved nedsatt nyrefunksjon innebefører bruk av betablokkere risiko for forverrelse av nyrefunksjonen som derfor må følges nøye.

Dersom man ønsker å seponere preparatet for kirurgisk inngrep, bør seponeringen skje gradvis i løpet av ca. en uke.

**Dosering:** Individuell dosering. Hos de fleste pasienter vil 100 mg/døgn, fordelt på 1 eller 2 doser, gi tilfredsstillende effekt, men lavere initialdose bør forsøkes. Ved dosering 1 gang pr. døgn, som administrasjonsmessig er fordelaktig, må større svingninger i blodkonsentrasjonene forventes. Pasientene må derfor overvåkes nøyere m.h.t. bivirkninger, men dosering 1 gang daglig er vist å gi tilfredsstillende klinisk virkning. Hvis 1 tablet daglig ikke har gitt den ønskede virkning ved kontroll etter to uker, økes doseringen til 2 tabletter 1 gang daglig. Ønskes ytterligere reduksjon av blodtrykk, kombineres med diuretikum eller hydralazin.

**Overdosering:** Ved overdosering av atenolol vil en få bradykardi og blodtrykksfall. Da en betablokkade er kompetitiv, vil man kunne oppheve evt. uønskede bivirkninger ved hjelp av betaagonister som f.eks. isoprenalin eller orciprenalin. Ved bradykardi kan man også forsøke 0,5–1 mg atropin s.c. (eller i.v. hvis det haster).

### PAKNINGER:

Trykkpakkning 30 tabletter à 100 mg  
100 tabletter à 100 mg  
Boks 250 tabletter à 100 mg

### Litteratur:

1. Vilsvik, J. S. og Schaanning, J.: Brit. Med. J., 21. aug. 1976, s. 453–455.

ICI-Pharma  
Stortingsgt. 14, Oslo 1  
Tlf. (02) 42 69 40



Refusjonsberettiget (pkt. 12)

ELE OG OLA BRATLIE

2250 ROVERUD

# Surmontil

Ved ulcus duodeni og pylori  
ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor

1. Myren, J. et al. Scand. J. Gastr., 10 (8), 817-819, 1975
2. Wetterhus, S. et al. Scand. J. Gastr., 12 (43), 33-38, 1977
3. Guldahl, M., Scand. J. Gastr., 12 (43), 27-31, 1977
4. Bohman, T. et al. Scand. J. Gastr., 12 (43), 7-17, 1977
5. Nitter, L. et al. Scand. J. Gastr., 12 (43), 39-41, 1977
6. Myren, J. TfDnlf., 5, 259, 1977
7. Bohman, T. et al. Scand. J. Gastr., 13 (48), 1-49, 1978
8. Valnes, K. et al. Scand. J. Gastr., 13 (4), 497-500, 1978

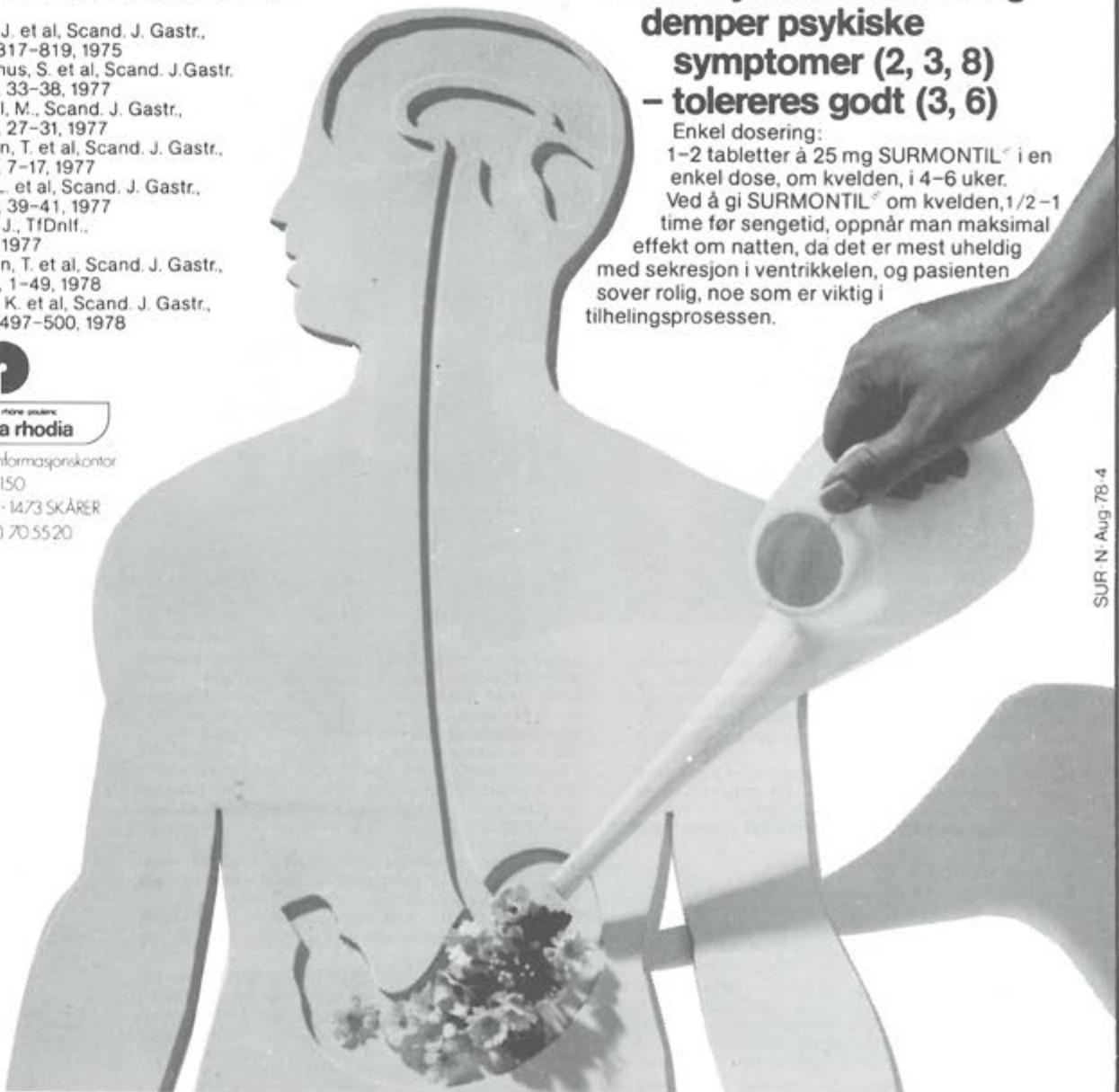


Medisinsk Informasjonskontor  
Skåreveien 150  
Postboks 20 - 1473 SKÅRER  
Telefon: (02) 70 55 20

- hemmer syresekresjonen (1, 4, 7)
- gir rask vårtiheling (2, 3, 5, 8)
- lindrer fysiske smerter og demper psykiske symptomer (2, 3, 8)
- tolereres godt (3, 6)

Enkel dosering:

1-2 tabletter á 25 mg SURMONTIL® i en enkel dose, om kvelden, i 4-6 uker. Ved å gi SURMONTIL® om kvelden, 1/2-1 time før sengetid, oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen.



SUR-N Aug 78-4

T EMBONAT MIKSTUR 5 mg/ml: 1 ml innen. Trimipramin-embonat respons: trimipramin, 5 mg; sorbitol, 0,35 g; Methyl-p-oxibenz: 0,6 mg; Propyl-p-oxibenz: 0,2 mg; Constit: q.s.; aqua purif. ad 1 ml. (Fargestoff: Para-orange, tartrazin. fjernes i løpet av 1978).

T TABLETTER: Hver tablett innen: Trimipramin maleat respond: trimipramin 25 mg, resp. 50 mg, constit: q.s. EGENSKAPER: Klassifisering: Trimipramin har antidepressiv, sedativ og anxiolytisk virkning. Kraftigere histaminantagonistisk, sedativ og antiemetisk virkning enn imipramin. Trimipramin hammer hvellesekresjonen i ventrikelen med ca. 50%, mens den stimulerete sekresjon blir mindre nedslatt.

Virkningsmekanisme: Hemmer gjenoptak av biogene aminer ved nerve-terminalene i hjernen. Motvirker aktiviteten til dopaminerger midler ved langsom frigivelse av lagret dopamin. I ulcus duodeni og pylori kan effekten være en kombinasjon av virkningen på sekresjonen og det nervøse apparat. Ved kveldsdosering oppnår man maksimal effekt om natten, da det er mest uheldig med sekresjon i ventrikelen, og pasienten sover rolig, noe som er viktig i tilhelingsprosessen. Absorpsjon: Resorberes godt ved peroral administrasjon av både embonat og maleat.

Metabolisme: Hovedmetabolitter i urin er derivater av imipramin og dibenzepapin. I serum uromdannet trimipramin og monodesmetyl derivatet.

Utskillelse: Kunnen overgang i morsmælk. I så små mengder som terapeutiske doser at det som regel ikke er noen risiko for barnet.

Indikasjoner: Alle former for depressive tilstander som endogene, involutiv, organisk, neurotisk, reaktiv og klimakterisk depresjon, spesielt når disse følges av insomnia.

anxietas eller agitatio. Ulcus duodeni og pylori ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor.

BIVIRKNINGER: Ekstrapiramidale: Dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Dosedeksjon og tillegg av antiparkinsonmiddelet i begrenset tidsrom bedrer som oftest symptomene. Psykiske: Lett morgendesigheter kan forekomme, som oftest av kort varighet. Toxiske-delfriks reaksjoner i sjeldent tilfelle. Vegetative og Kardiovaskulære: Lett munntørhet, svimmelhet, tremor, hypotensjon, Tachycardia, Akkomodasjonsforstyrrelser, hodepine og gastrointestinale forstyrrelser er aktuelt. Dermatologiske: Utslett i meget få tilfelle. Fotosensibilisering ikke rapportert. Hematologiske: Ingen betydningsfulle eller vedvarende avvik rapportert. Leverkomplikasjoner: Noen få tilfelle av variasjon i transaminase verdien sett.

KONTRAINDIKASJONER: Absolute: Ubehandlet glaukom. Samtidig behandling med MAO-hemmere. Preparatet bør ikke ges før tiliggst 2 uker etter MAOH-behandling er avsluttet.

FORSIKTIGHETSREGLER: Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemmingsløsende virkingen innstede for den depresjonsløsende virkingen, og dette kan føre til økt suicidalskiss. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f.eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser og sinusstachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet bør utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertefellessel.

Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende tåkesyn, regnbuesyn og øyesmerter krever hurtig øyelegekontroll og utelukkelse av antialglaukom før be-

handling fortsettes. Forsiktighet ved leverfellessel, epilepsi og hjerneskader. Teratogene virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskap.

INTERAKSJONER: Tricykliske antidepressiva kan gi interaksjon med adrenalin, MAO-hemmere, metylenidat, nordrenalin, barbiturater, betahindin, efradin, guanethidin, metaramin, metyldopa, reserpin og tyroidea-preparater.

DOSERING: Individuelt tilpasset den kliniske tilstanden. Ambulantr: 50-100 mg (2-4 tabletter á 25 mg eller 10-20 ml embonat mikstur) 1-2 timer før sengetid.

Sterste dose fortrinnsvis til pasienter med utalt sengetid. Ved å gi hele dobbelosom om kvelden vil man hurtig oppnå en normal savnrytme, og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemedier. Behandling må fortsette i minst 4 uker. Ulcus duodeni og pylori: 25-50 mg om kvelden 1/2-1 time før sengetid. Behandlingen bør fortsette i 4-6 uker. Sykehuss: Initialt 100 mg (2 tabletter á 50 mg eller 15 ml embonat mikstur) om kvelden. Dosen økes gradvis til terapeutisk effekt er oppnådd, i enkelte tilfelle til 400 mg/dag. Dosen beholdes til remisjon innstres. Deretter reduseres dosen gradvis til vedlikeholdsdosis, vanligvis 100-200 mg/dag. Behandlingen må aldri avbrytes brått.

OVERDOSE/FORGIFTNING: Man bør være oppmerksom på intoksikasjons-symptomer. Behandling av intoksikasjoner med tricykliske antidepressiva omtales i intoksikasjonsavsnittet bak i Felleskatalogen.

UTLEVERING: 50 mg tabletter kun til sykehuss.

PÅKNINGER: Embonat mikstur: 250 ml. 200-250 ml. Tablett: 25 mg: 30 stk., 50 stk., 100 stk., 10 x 100 stk. 50 mg: 30 stk., 100 stk., 10 x 100 stk.