

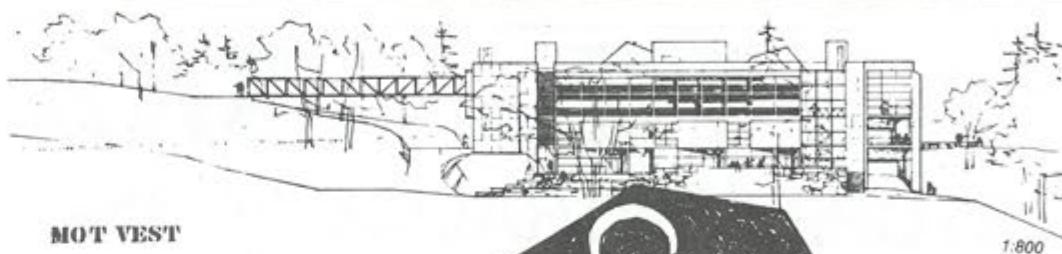
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

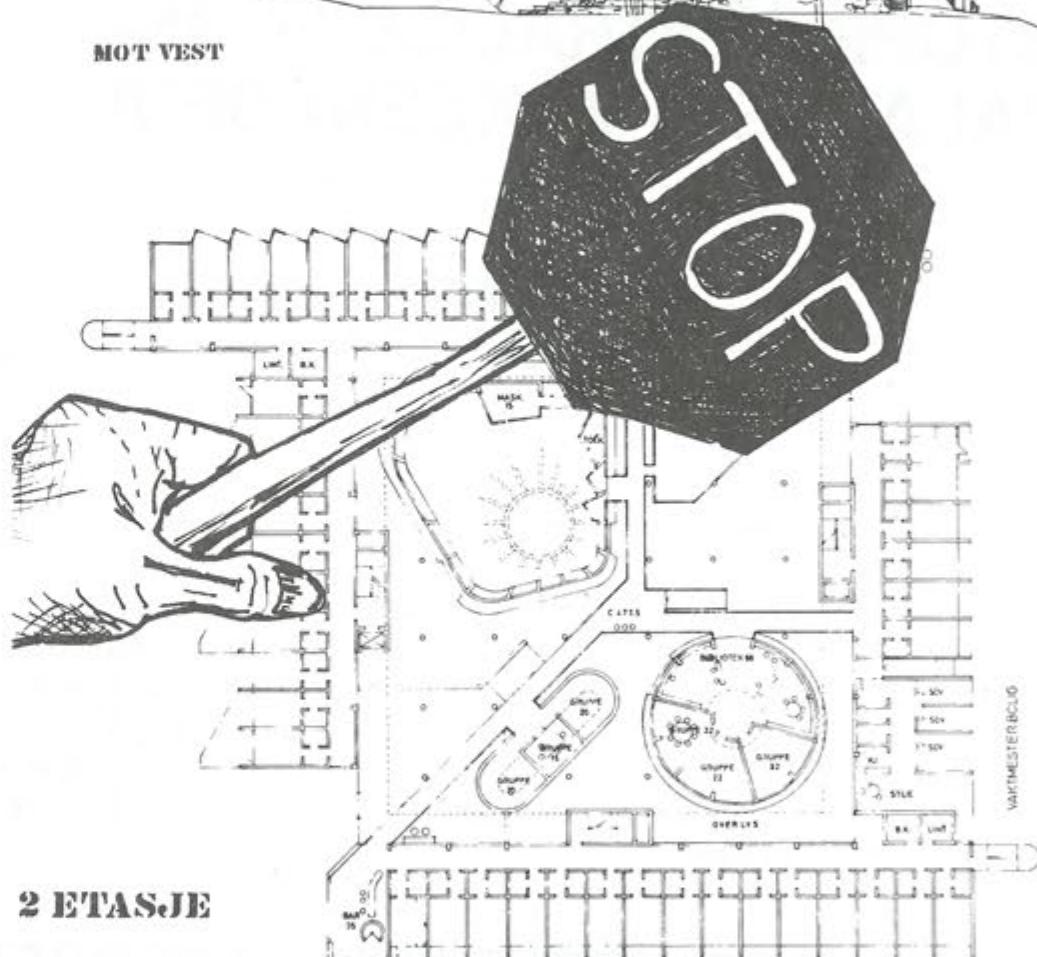
NUMMER 3

APRIL/MAI 1979

ÅRGANG 8



MOT VEST



DNLF'S UTDANNELSESENTER

Av innholdet:

- Aage Bjertnæs: DNLF's utdannelsesenter s. 2
Bjørn Magne Eggen: Refleksjoner etter
en stortingsdebatt, etableringsloven
nok en gang s. 4
Oddmund Grønvoll: Nytt regnskaps-
system for leger s. 5

- Tormod Østensvik, Johannes Netland,
Kjell E Labbe Lund: Fast lønn for
distriktsleger — en ordning som
forsvant? s. 8
Steinar Westin: En bokanmeldelse s. 9
Arnt Ree: Vellukka møte for
offentlege legar i Møre og Romsdal .. s. 10
Aage Bjertnæs: Reisebrev fra Finnmark s. 11

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

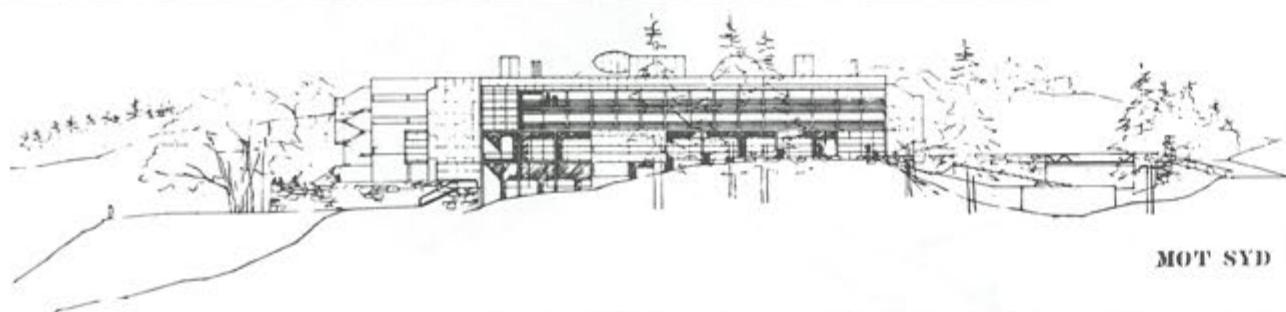
UTPOSTEN

STARTET 1972

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

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

NEI TIL «ASK» STOPP SENTRALISERINGS- PALASSET I VOKSENÅSEN!



60-årenes store eventyr på Soria Moria tomten i Voksenåsen er i ferd med å realiseres. I alle fall første kapittel.

I Arkitektnytt nr. 20/78 kan en studere resultatet av den utlyste arkitektkonkurranse for kurssenteret.

55 mill. står på spill, penger som klart kan nytties på en bedre måte i videreetterutdannelse øyemed.

Saken skal opp på landsmøte i Stavanger og det er å håpe at en får skrinlagt prosjektet i 12 time.

HVORFOR BØR SENTERET IKKE OPPFØRES?

1) 60 årenes sentraliseringss-
mani er for lengst avløst av
desentraliseringstanken.
Dette også når det gjelder
videre og etterutdannelse.
Vi har i de senere år fått
4 sentra ved våre 4 medi-
sinske fakulteter, i Oslo,
Bergen, Trondheim og Tromsø,
hvor det drives videre- og
etterutdannelse for leger.
Å bygge kurssenteret i
Voksenåsen betyr at ressur-
sene til de 3 øvrige regi-
oner blir mindre både på
det faglige og økonomiske
område.

2) Merutgifter for brukerne.
Den største delen av vår lege-
stand får dekket sine utgift-
ter til videre- og etterut-
dannelse av arbeidsgiver (alle
de som arbeider på sykehus)
Praktiserende leger dekker i
hovedsaken disse utgiftene
selv. Geografisk er vårt
land sørdeles vidstrakt.
En flytur Kirkenes - Oslo
(2400 km) koster tur-retur
1600 kroner. Forbrukeren, det
være seg enkelt legen eller
sykehuseieren som skal bet-
ale kursutgiftene vil sen-
tralisering føre til betyd-

elige merkostnader, dersom
man ikke kommer fra Østlands-
området.

3) DNLF's fremtidige øko-
nomiske situasjon.

Som av planene fremgår vil
en få et kurssenter av dim-
ensjoner, som skal dekke alle
behov et moderne hotell kan
oppvarte.

a: Uventede merkostnader i
oppføringsfasen.

Et byggverk av disse dimen-
sjoner er vanskelig å kal-
kulere. Overskridelser av

byggesummen må tas av andre kasser enn Eventyrfondet.

b: Driftsunderskudd.

Som det fremgår av planene er senteret bestående av en hotell del med ca 100 værelser. Hvordan en skal kunne klare å drive dette uten tap synes vanskelig, selv profesjonelle hotellfolk synes markedet er stamt. Med andre ord DNLF er i stor utstrekning avhengig av å leie senteret ut til andre brukergrupper, i kursøye med evt. leie senteret ut som hotell.

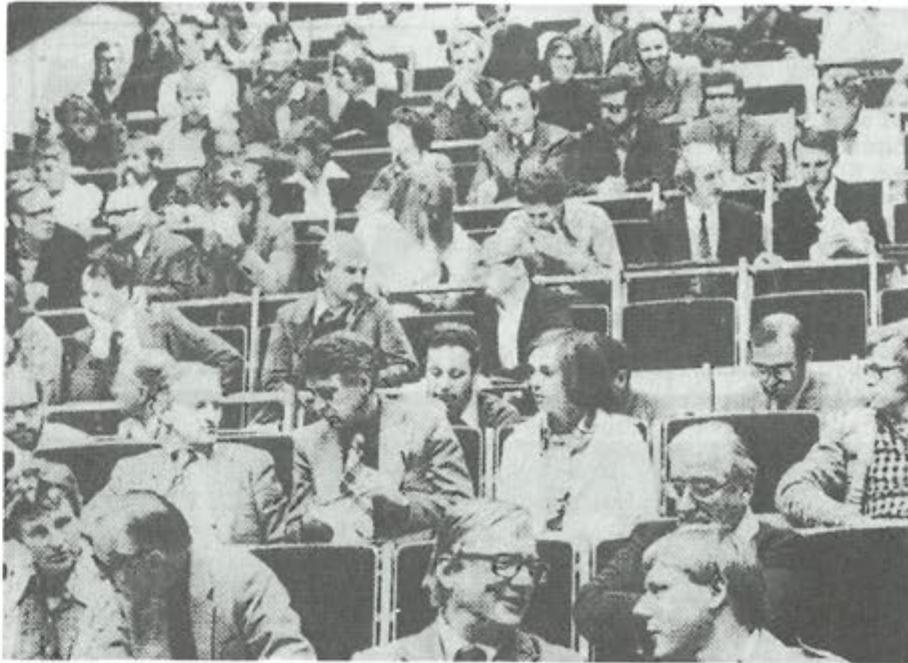
Det evt. totalunderskudd må innfries enten:

1: Ved at brukeren betaler det, noe som antageligvis vil bety stive døgnpriser for den norske legestanden.

2: At underskuddet blir dekket av andre midler DNLF rår over. Faren for at utdannelsefondet skal skrumpe og derved redusere midlene til videre- og etterutdannelse til de andre regionene er tilstede.

Vi har den danske legeforenings kurssenter SCANTICON friskt i erindring. Et fantastisk flaggskip i den audio-visuelle kurssenterflåte, så lenge den fløt.

Stopp derfor senteret mens det ennå er tid. Det utredningen til nå har kostet DNLF er småpenger mot det som eventuelt kan tapes.



HVA KAN SÅ PENGENE BEST BENYTTE TIL?

I fondsstatuttene heter det at midlene skal brukes til å bygge (kurssenter) for 55 millioner kroner pluss en verdifull tomt er mange penger. Delt på fire skulle en få midler til å bygge 4 mindre etterutdannelse enheter for, en i hver av regionene som driver videre- og etterutdannelse. En ser da helt bort fra hotell og miljøanlegg, kun brukbare audiovisuelle auditorier og konferanserom. Dette ville bety betydelig mindre driftsut-

gifter og hotell underskuddet ville for alltid være eliminert. Etterutdannelses-sentrene kunne administreres av styrene i de regionale legeforeninger med profesjonelle folk i full stilling/deltidsstilling til å ta seg av det praktiske i forbindelse med driften. Det kan nevnes at Trøndelag Medisinsk Selskap har drevet etterutdannelse av leger i snart 153 år fortsatt er uten lokaler, og er stadig på flyttefot. Vår rettmes-sige andel av de 55 millionene ville gi oss uanede muligheter til virkelig å lage et godt etterutdannelses senter for regionen Midt-Norge, hvor det faglige blir prioritert og miljø/hotell blir en sak den enkelte må sørge for selv. Etter å ha lest professor Seljelids innlegg i Eksulap nr. 1/78 får man inntrykk av at vår nordligste landsdel også kunne tenke seg å anvende sin del av pengene på en bedre måte. Det er beklagelig at dette prosjektet ikke har blitt viet mere oppmerksomhet i Tidsskriftet for Den norske Legeforening, slik at leserne og medlemmene kunne ha satt seg bedre inn i saken.



"My crystal ball says, 'Jump in.' His says, 'Pull out.'"

Mye tyder på at det er sent å gå igang nå, men la debatten som må følge i Stavanger sette en endelig stopper for senteret i Voksenåsen. Sentraliseringsgianten, dens form og innhold rettferdig gjør ikke bruken av de minimum 55 millioner bygget vil koste. Vi ber hver enkelt landsråds-representant spesielt bli klar over dette og bruke sin innflytelse for å få prosjektet klubbet ned en gang for alle.

Aage Bjertnæs

Refleksjoner etter en stortingsdebatt – etableringsloven nok en gang

Dr. Bjørn Magne Eggen

Etter Odelstingsdebatten 6/3, om midlertidig lov om regulering av legetjenester, sitter en igjen med en følelse av forvirring, både hva angår Lægeforeningen og ikke minst Stortinget. Lægeforeningen forunder når det gjelder mangelen på samkjøring av syn, holdninger og reaksjoner i medlemsmassen. Alle leger er vel enig om at uten kraftig satsing fra myndighetenes side på primærhelsetjenesten, vil reguleringsloven få liten eller ingen effekt på problemene i utkant-Norge. Samtemmigheten er stor om at det trengs en lov om primærhelsetjenesten (med bl.a. klargjøring av ansvar for opprettelse av stillinger, finansiering og drift). Derfor er det forunderlig - beklagelig - at ikke Lægeforeningen klarte å holde troppene samlet i kravet om en primærhelsetjenestelov. Sett fra sidelinjen har det nemlig virket som om mye krefter har vært brukt på innebyrdes oppgjør - enkelte steder utkjempet for åpne dører, med siste angrep begge veier i avisene; innlegg som kunne ha vært unngått om en hadde brukt telefonen i stedet for pressemeldinger til å informere hverandre.

Dette er vel ting som må få sentral plass i debatten på Landsmøtet i Stavanger i juni - og den debatten blir nok livlig. Ikke mer om Lægeforeningen i denne omgang, men istedet om politikerne. Personlig oppfatter jeg at storparten av Odelstingets medlemmer ga uttrykk for at primærhelsetjenesten må rustes opp, under forutsetning av at dette ikke skal koste det offentlige noe. Både Høyre og Arbeiderpartiet synes å ha felles tro på at det er ved satsing på privatpraktiserende leger



en kan (og skal?) løse problemene i primærhelsetjenesten. Forskjellen er at Arbeiderpartiet vil regulere denne tjenesten, mens Høyre ikke vil. Hensikten med en reguleringslov - som i realiteten ikke er annet enn en etableringslov - kan vanskelig være en annen enn at leger skal tvinges til å etablere seg som selvstendige næringsdrivende i distrikter hvor myndighetene finner det for dyrt å opprette fastlønnsstillinger. Sett fra myndighetenes side i disse trange tider, er dette sikkert en genial løsning.



"My God! I've got last year's body!"

Forts. side 13.

Nytt regnskaps-system for leger

ALMENPRAKTIKER DNLF ODDMUND GRØNVOLL, HØNEFOSS

I den forrige artikkelen har jeg kommet med en rekke alvorlige innvendinger mot å bruke selvkopierende legeregninger.

Legenes inntekter i selvstendig næringsvirksomhet kan deles inn i fire grupper. Den regnskapsmessige kontroll med disse skulle kunne gjøres på en adskillig enklere måte enn det som foreligger godkjent.

- 1) Trygdens ytelser
- 2) Mellomleggene
- 3) Bet. via postgiro/bank fra forsikringsselskapet ol.
- 4) a. Honorarer for attester og vaksinasjoner
b. Bet. av utestående honorarer
c. Bet. av medisin og medgått utstyr

Ad punkt 1) Trygdens ytelser:

Disse utgjør 6/7 eller mer av legenes bruttoinntekt. Beløpene er skattemessig like kontrollbar som enhver annen lønnsinntekt.

Ad punkt 2) Mellomleggene:

De fleste fyller ut regnskortet etterhvert under konsultasjonen. Ved betaling påføres også mellomlegget. Ved månedlig summasjon av regningene fås et beløp som blir fastlåst i trygdekontorets regnskap og som ligningskontoret får kopi av. Trygdekontoret foretar runtinemessig stikkprøvekontroll og dette er en trusel som alltid er overhengende og som bør avskrikke enhver fra unndragelse.

Blir slik unndragelse oppdaget, vil det bli foretatt skjønnsligning og man vil få en straffeskatt som truer med økonomisk ruin.



Jeg tror derfor at få, om noen idag vil ta en slik risiko. Jeg tror at trygdekontorets kontroll fungerer som den skal. Om nødvendig kan til og med trygdekontoret øke sin kontroll.

Hvis det likevel ikke er noen vei utenom, vil jeg antagelig ikke motsette meg følgende kontrollopplegg:
De regningskort som ikke allerede er sendt til tryg-

dekontoret, kan ligningskontoret kontrollere på kontoret. Da skal legen eller dennes assistent sørge for at sensible opplysninger gjøres usynlige ved at kortene legges i en maske, ett og ett ad gangen. Om nødvendig kan kortene også kopieres uten at sensible opplysninger kommer med.

Slik kontroll antas å ville skje ytterst sjeldent, og vil derfor ikke bli til videre tidmessig belastning, i motsetning til det andre systemet. Prinsipielt vil jeg dog hevde at det virker naturlig å la trygdekontoret ha kontrollen med mellomleggene.

Trussel om kvitteringsplikt:

Jeg har forstått at trussel om kvitteringsplikt har vært brukt som våpen for å få Lægeføreningen til å godta et urimelig tungvint regnskapssystem.

Hadde skattedirektoratet og departementet kjent bedre til forholdene, tror jeg de ville ha betenk seg på å kreve kvitteringsplikt. Jeg tror nemlig bestemt at kvitteringsplikt ville gitt større mulighet for skatteunddragelse, dersom legene vikelig var interessert i det.

Han kunne nemlig si:
"Så var det kvitteringen da".
Eller kanskje enda mer direkte: "Skal du ha kvittering?"
En påfølgende samtale ville sikkert ofte vise om det var mulighet for skatteunddragelse.

Kvitteringsplikten kunne således komme til å bli en slags gratis billett til enkel og grei skatteunddragelse.

Derfor mener jeg såvel leger som skattemyndigheter skal være glad for at det ikke blir kvitteringsplikt.
Legene fordi det tross alt tar ganske lang tid å skrive over 40 kvitteringer pr. dag. Ligningsmyndighetene fordi vi allerede i 4-5 år har hatt et meget effektivt kontrollsysten på mellomleggene.



Ad punkt 3) Bet. via bank og postgiro:

Fullt betryggende kontroll med et enkelt system er ikke noe problem. Kan betryggende tilpasses felles konto for bruk i næring og privat.

Ad punkt 4)

Inntekter på attestater og vaksinasjoner osv.

I 1978 førte jeg samvittighetsfullt opp hvert beløp i egen bok. Disse inntektene utgjorde 1/40 av den totale bruttoinntekten.

Enkel innføring av relevante data fortløpende i egen bok med nummererte sider vil gi den beste kontrollen. Det finnes ingen momenter i det nå pålagte system som bedre sikrer kontrollen med disse inntektene.

Andre kritiske bemerkninger:

Det er for meg ganske ubegripelig hvordan skattemyndighetene kan ha nytte av at legen foretar summeringer seks eller tolv ganger årlig. Behovet for summering er presis en gang i året.

Det kreves løpende registrering av private uttak. Jeg kan ikke begripe hvordan ligningsmyndigheter derigjennom kan få økte kontrollmuligheter med bruttoinntekt. Måten er urimelig tungvint når man vet at beløpet følger av følgende enkle regnestykke:

Private uttak er lik brutto inntekt minus driftsomkostninger og minus innestående beløp i bank og postgiro.

Hvis man kan finne frem til et betryggende regnskapsopplegg, skulle ingen ha noen innvendinger mot ovenstående argumentasjon. Et betryggende system kan samtidig være både enkelt og lite tidkrevende. Et slikt system vil jeg komme tilbake til ved en senere anledning.

Lov av 13. mai 1977 nr. 35 om regnskapsplikt m.v. (Grøndahl & Søn) inneholder bestemmelser som gir Handelsdepartementet myndighet til å godta regnskapsopplegg, såfremt systemet gir tilfredsstillende kontrollmuligheter.



Unødvendig bruk av kostbar tid Arbeidsmiljøloven

Det for tiden pålagte system gir mye ekstra arbeide og virker ødeleggende på alle-rede vel innarbeidete rutiner. For mange leger vil dette gi et udnødvendig tidsspille på tre timer eller mer pr. uke. Hvor skal vi ta denne tiden fra?

For vårt vedkommende er arbeidsmiljøloven satt ut av funksjon. De fleste av oss har 60-90 timer ukentlig bundet til yrke og fag. Ytterlig økning av arbeidstid vil ikke bli forstått eller godtatt av våre familiærer. Dette vil si at tre ukentlige timer må tas på bekostning av noe annet. Innskrenkning av den mest effektive og mest inntektsbringende del av arbeidstiden vil for mitt vedkommende bety brutto inntektstap på 30 000 kroner årlig.

Dette vil gi en viktig svikt i skattbar inntekt. Dette vil i sin tur gi økt krav om kompensasjon ved neste lønnsforhandling.



— Hvorfor tror De så at alt går på tverre for Dem her i livet?

Våre ventelister er lange. Pasientene vil som regel måtte vente i tre uker for å få time. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp vet vi ofte ikke hvordan vi skal få tatt oss av. Ved den reduserte kontortekniske effektivitet som nå vil oppstå, vet vi ikke riktig hvordan vi skal takle situasjonen. I alle-

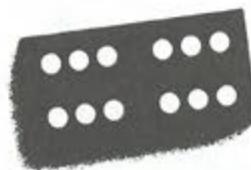
fall vil vi komme til å bruke økt tid for å finne ut hvilke pasienter det haster mest med i den lange køen.

ARBEIDSMILJØLOVEN

Primærlegene spør i dag om de ikke lenger skal ha vanlige borgerrettigheter i landet. Normaltariffen er satt så lavt at normal arbeidstid ikke vil gi skattbar inntekt. Skal vi ha noe å leve av, må det skje ved overtidsarbeide.

Arbeidsmiljøloven gir oss ingen beskyttelse mot overtid og nattarbeide.

Kanskje arbeidsmiljøloven kunne brukes til å beskytte oss mot konsekvensene av en uhyre strengt tolket regnskapslov?



Rp.

**KØBENHAVN
6.-9. JUNI 1979**

Ssn

Nytes i 4 dager
til ende

Kongressekretariat:

Copenhagen Congress Center
Bella Center A/S
Center Boulevard
DK-2300 København S
Danmark
Tlf.: 01-51 88 11

**1' NORDISKE
KONGRES
ALMEN MEDICIN**



Fast lønn for distriktsleger - en ordning som forsvant?

Tomod Østensvik
distr.lege 9900 Kirkenes

Johannes Netland
distr.lege 9910 Bjernevætn

Kjell E. LAbæe-Lund
distr.lege/helserådsordf. 9900 Kirkenes



Arbeiderbladet har flere ganger det siste halvåret fortalt sine leser at det er de offentlige leger og distriktslegene som trenger etableringsloven for leger som nå er vedtatt, og avisa har kjørt fram at disse legegruppene støtter etableringsloven. Senest i en lederartikkel i Arb.bladet 27/2-79 står det:

"Når medlemmer av Yngre Legers forening på Ullevål sykehus hevder at loven ikke er egnet til å løse problemene i primærhelsetjenesten, mens landets distriktsleger hevder at dette er det minste som må til for å sikre helsetjenesten også i distriktene, da er vi ikke i tvil om hvem som taler med størst faglig kompetanse i ryggen".

Det er imidlertid et faktum at flertallet av distriktslegene i Nord-Norge mener at loven ikke er noe egnet virkemiddel og går derfor mot loven. I Finnmark er

det bare 1/3 av distriktslegene som mener at etableringsloven kan være et skritt på riktig vei. I Nordland og Troms er det, etter det jeg kjenner til klare flertall mot etableringsloven. Når man dessuten tar med at 24 av 29 distr. leger i Sogn og Fjordane er mot etableringsloven, så er det et faktum at flertallet av de distriktslegene som i dag arbeider i de strøk av landet som har den dårligste legedekningen avviser etableringsloven.

Dette må være et tankekors for Arbeiderbladet, Sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Vi som er distriktsleger i "utkant-Norge" venter stadig på tiltak som kan styrke primærhelsetjenesten - hvor blir det av de nødvendige nye stillingene i distriktene, hvor blir det av loven om distrikthelsetjenesten? Hva har myndighetene hittil gjort for å løse krisen i

primærhelsetjenesten?
Svært lite!

Likevel hevder Arb.bladet i leder 27/2-79:

"Legemangelen i distrikts-Norge er imidlertid ansett som så prekær at det var nødvendig med tiltak som forhåpentligvis gir raske resultater. Alle de frivillige virkemidler som tidligere er satt inn, har ikke gitt et slikt resultat".

Dette er ikke riktig. For det første vil ikke etableringsloven gi noe "raskt resultat". For det andre er en del virkemidler ikke blitt forsøkt eller gjennomført. Vi skal her ta for oss et av disse virkemidlene som vi kjenner godt til her i Sør-Varanger.

Prøveordning med fast lønn for distriktsleger i Nord-Norge.

Det var under valgkampen i 1977 at sosialminister Ruth Ryste lovte 25 nye distriktslege-stillinger

Forts. side 12.



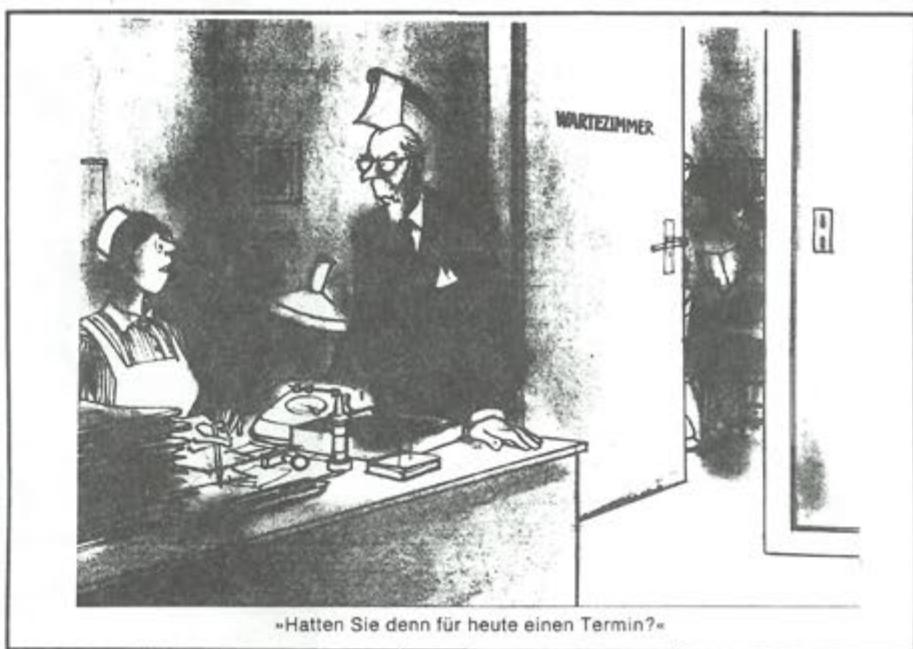
BOKANMELDELSE

Astor Reigstad: Ulykker i arbeidsmiljøet

Universitetsforlaget 1978.

Pris kr. 69,50

I forskningen får man sjeldent svar på annet enn det man spør om. Derfor er det ikke uvesentlig hvem dette "man" er, som stiller spørsmålene. Innenfor yrkesmedisinene har man gjennom en årekke spurt etter hvorfor enkelte arbeidstakere oftere enn andre utsettes for uhell og ulykker i arbeidssituasjonen. Betegnelsen "accident proneness" er innført som ledd i forsøkene på å kartlegge disse "ulykkesfuglenes" psykiske, legemlige og sosiale konstitusjon.



«Hatten Sie denn für heute einen Termin?»



I følge Astor Reigstad, som nå har gitt ut en bok om temaet ulykker i arbeidsmiljøet, er utgangspunktet for spørsmålet galt. Han mener nemlig å kunne vise at det er et annet viktig felles trekk ved disse arbeidslivets ulykkesfugler: De er overrepresentert i de mest risikofylte joblene. Dermed trekker han i tvil de teorier som søker etter årsakene til ulykkene i den enkelte arbeidstakers feiltrinn. I en innledende oversikt over forskjellige ulykkesteorier skisserer Reigstad motsetningene i dette konfliktfylte forskningsfeltet. Han er åpenbart ikke alene om å hevde at bruk av uttrykket som "accident proneness" og "den menneskelige faktor" kan være direkte skadelig for det forebyggende arbeid, fordi de kan brukes til å kamuflere risikofaktorer i selve arbeidssituasjonen som det er mulig å gjøre noe med.

Reigstad bygger sine konklusjoner på den såkalte "arbeids-ulykkesundersøkelsen" i Oslo i 1973. Dette er en klinisk epidemiologisk studie, med prospektiv registrering av i alt 2470 arbeidsulykker i Oslo over en 3-måneders periode.

En rekke tabeller angir forekomsten av arbeidsulykker relatert til yrke, kjønn, alder osv. Dette er viktige data, og gir Reigstad anledning til å peke på den høyst mangelfulle statistikk som finnes på dette feltet i dag. Arbeidsulykker meldes i liten utstrekning, og registreringen skjer i grove kategorier etter næring og bransje, istedet for etter yrke. Dette manglende statistisk grunnlagsmateriale er vel også forklaringen på at mange av Reigstads tabeller virker meningsløse. For mange interessante variabler mangler han den nevner som må til for å angi arbeidsulykkenes inciden.

Det er en viktig bok Reigstad gir ut. Ikke bare for spesialister, men for almenmedisinere som trenger mer bakgrunn for det arbeid vi nå etter hvert skal gjøre innenfor bedriftshelsetjenesten.

For det er vel oss almenmedisinere som skal gjøre denne jobben, og ikke en ny stand av bedriftslegespesialister?

Steinar Westin

Vellukka møte for offentlege legar i Møre og Romsdal

I dagane 27-29. okt.-78 vart det avvikla eit historisk møte på Storfjord hotell i Stranda. Nemleg den første samlinga av offentlege legar med familie i Møre og Romsdal, tilskipa av distrikts-legane sjølv. Initiativtakar og primus motor for familiesamlinga, med stor oppslutning, var distriktslege Bjørn Martin Aasen, også kjent som vår tillitsmann i Oll.

Hovudtema for kurset var helseplanlegging. M.a. var det foredrag av prof. Peter P. Hjort om helseplanlegging og ressursdisponering i distrikthelsenestenesta. Ei tankekla, lærerik og elegant framføring om eit aktuelt tema.

Han viste korleis mange av helseproblema ligg på eit anna plan i dag enn då vårt medisinske studium vart skipa. Samfunnsendringar er like mykje å takke for betring av helsetilstanden som utvikling av særskilde medisinske tiltak. Vidare utbygging av akutt-sjukehusa gjev neppe ny framgang. Situasjonen i dag innan primærhelsetenesta viser både forskjells-handsaming, manglende kunnskap og tildels stor variasjon av t.d. medikamentell terapi. Dei store utgiftene til helsetenesta gjer ei ny form for planlegging naudsynt.

Han meinte at eit realistisk nivå for talet på legar i primærhelsetenesta er ca 3000. Dette er likevel for lite til å gje primärlegar i 1983 same vilkår som sjukehuslegar i 1978. Vi vart elles oppmuntra til å snu tankegangen om at vi har to typar legar: Spesialistane som er flinke og almenpraktikarane som er snille.

Styret i Oll hadde lagt eit styremøte til Stranda og vi fekk møte dei i diskusjon om aktuelle problem, t.d. bedriftshelsenestenesta og samfunnsmedisin.

Særskilt interesse og forventning var det til medisinalråd Egil Willumsen si

orientering om arbeidet med den etterlengta Lov om distrikthelsenestenesta. Vegen fram til denne er framleis noko tåkelagt og det var vanskeleg å få sikrare løfte enn dei fagre ord vi kjennen frå før. Men lova kjem, forsikra han, og truleg med eit primært kommunalt ansvar til grunn. Generalistar skal vera grunnsteinen i distrikthelsenestenesta og helserådet skal meir bli eit politisk organ med den offentlege lege som sekretariateiar.

Fylkeslegen og hans stab gav oppklaring på ein del felt, slik som: Teieplikt og teierett, Endringar i bygningslova. Det var elles debatt om turnuskandidatar og arbeidsgjevartilhøve.

Fleire distriktslegar i Møre og Romsdal har gjeve melding om at dei tek turnuskandidatar berre der som det offentlege overtek arbeidsgjevar-ansvaret. Men diverre ikkje så mange som tidlegare hadde gjeve uttrykk for at dei ville gjera det same. Dei aktuelle får svi med at dei ikkje får turnuskandidat første halvår -79. Distriktslegane har nok privat-økonomisk ansvar for distrikthelsenestenesta om dei ikkje skal ha det for turnuskandidatane også.



Harald Siem viste til at det er nok utgreiingar om distrikthelsenestenesta no, - det er det politiske mot og eit vedtak som no manglar. Elles kan vi få "Svenske tilstandar" med distrikthelsenesteneste vi ikkje ynskjer, altså fraksjonering og spesialistar spreidd usystematisk i distrikta - som fører til at spesialistar tek seg av almenlegens oppgåve.

Det er godt at det fins dei som held hovudet over vatnet og kan tenkja klart i distrikts-skodda.

På den andre sida dukka nok mange under medan dei var i Stranda. Hotellet hadde nemlig ein prima symjepøl (såkalla swimming-pool, på "sidemålet")

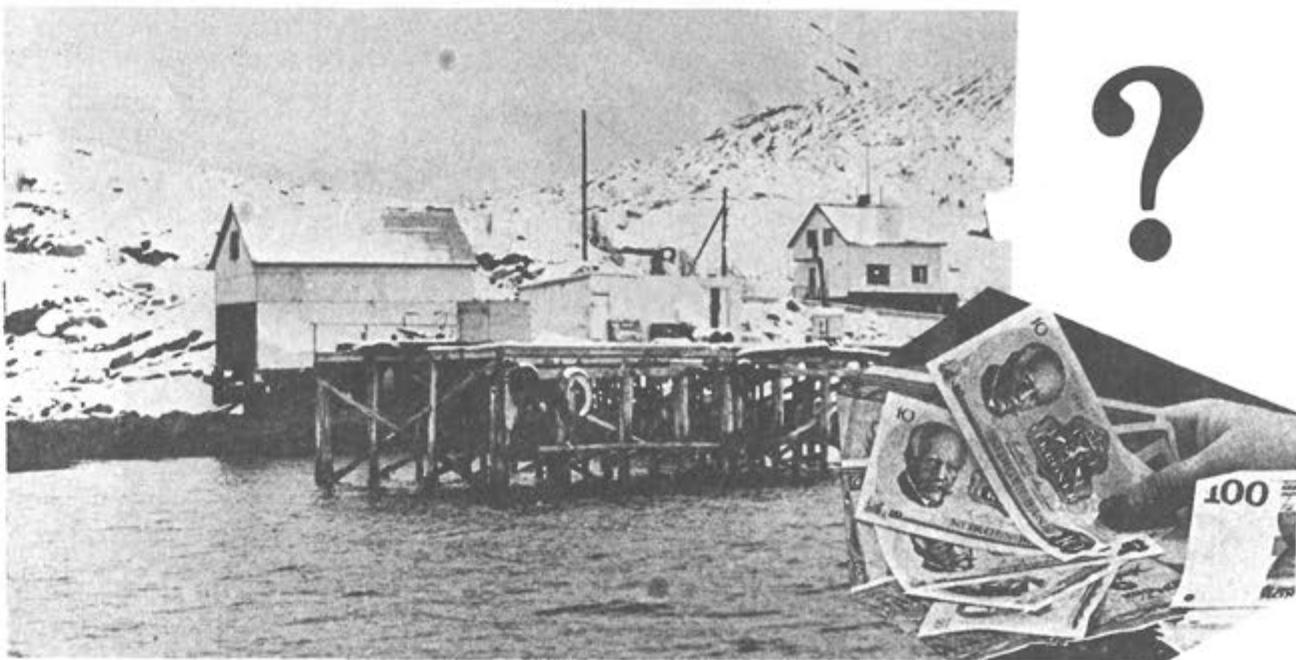
Ektefeller og barn boltra seg flittig. Distriktslegane synte og at dei flyt enno, trass i alle vanskars.

Kurset hjelpte til at livsgnisten og symjekunsta vart noko betra. I det heile eit framifrå kurs som vi må få fleire av, også i andre fylke.

Arnt Ree
Distriktslege

Reisebrev fra Finnmark

VADSØ, 22. MARS 1979



Det blåser kaldt ute i våre nordligste legedistrikter. Det økonomiske klima er minst like kjølig som vinteren ute. Dette er konklusjonen Utposten sitter igjen med etter å ha drøftet saken med fylkeslege Øyvind Rolstad og ass. fylkeslege Morland i Vadsø.

Den økonomiske situasjon for de fleste kommuners vedkommende er meget vanskelig, for flere kritisk. Utgifts-økningen ved overgang til fastlønnsordning har for mange kommuner blitt sterk merkbar.

Tidligere har distriktslegene ikke kostet kommunene noe, i flere tilfeller har distriktslegen tilført kommunen inntekt i form av skatt på lønn fra normaltariff og statlig distriktslegelønn. Ved overgang til fastlønns-systemet har de enkelte kommuner måtte finansiere 25% av de samlede utgifter, som igjen betyr ca 100.000 kr årlig pr. lege i kommunen. Ved samtidig å utvide legetjenesten har enkelte kommuner kommet opp i økte utgifter på 1/2 mill. kr. for ydelser de tidligere ikke betalte noe for. Det er klart at dette blir merkbart for mange av de fattige kommunene i landsdelen.

I øyeblikket har en fastlønns-ordning i tre kommuner i Finnmark. Loppa, Båtsfjord og Karasjok. Dette utgjør ialt 7 distriktslekestillingar samt 2 turnuskandidat-stillingar.

For å få endene til å møtes har en måtte foreta en kraftig økonomisk prioritering som har ført til at en rekke andre ting i kommunen har måtte reduseres. I enkelte tilfeller har en måtte si opp kommunale ansatte for å spare penger. Det utføre en har havnet i i Sør-Varanger legedistrikt skyldes den vanskelige økonomiske situasjon kommunen befinner seg i. Fylkeslegen minner om at kommunen i de siste årene har investert 7-8 mill. kr. i vertandal for fylkessykehuset i Kirkenes. I tillegg har en påkostet distriktslegekontorene 1 mill. kr. i forbedringer. Den situasjonen en nå er oppi er beklagelig, men når kommunekassen er tom kan dette på kort sikt kun løses ved innføring av midler utenfra. Rolstad understreker sterkt at loven om primærhelsetjenesten må komme snarest. Enhver forsinkelse vil gjøre situasjonen mer flokete, og for lokalpolitikerne som skal svinge sparekniven synes ikke utsiktene lyse. Slik situasjonen er nå fly-

ter det hele, man må endelig i lovsform få definert hvem som har ansvaret for planleggingen og finansieringen av den primære helsetjeneste. I 4 års-planene for kommunalbudsjettene i Finnmark er det ikke satt av 5 øre til utgifter til fastlønns-stillinger. Dette kan heller ikke forventes bli gjort før loven kommer. En må snarest få ramme-tilskudd, refusjonsordningen vil bli en communal hodepine med 75% refusjon og et mareritt med 50% refusjon. På den måten vil utkantstrøkenes fattige kommuner komme dårligst ut i oppbygningen. av helsevesenet. Det er tydelig at Finnmarks lokal-politikere forventer seg meget av loven, måtte den bare komme.

På hjemmover-turen opplevde jeg forøvrig landets ringnotsflåte på Varangerfjorden håve inn årets loddekvote. Et fantastisk skue innrammet av hvite fjelltopper. Det gir penger til slunkne kommunekasser. Når det gjelder fastlønnsordningen er det vel opp til Nyhusutvalget å finne en ny vri for å fange de nødvendige midlene. Den eneste vri vi faktisk kan tenke oss i øyeblikket er å vri mere på finansdepartementet.

Aage Bjertnes

Forts. fra side 8.

med fast lønn til Nord-Norge derav 7 stillinger til Finnmark. I tiden som har gått har denne ordningen vært dårlig fulgt opp fra Sosialdep. side, bl.a. mangler fortsatt retningslinjer for budsjettering osv. Faktum er at man pr. i dag bare har 3 av 7 tildelte stillinger i drift, (fastlønnsordning i Loppa, Karasjok og Båtsfjord). Hele 4 stillinger står fortsatt ubruktes!

Skyldes dette at legene ikke vil ha fast lønn? Nei - vi som er distriktsleger i Sør-Varanger vil gjerne ha forsøksordning med fast lønn, men får det ikke!

Årsaken er snarere at Staten fører en slik økonomisk politikk overfor kommunene at de ikke har råd til å betale sin andel av utgiftene til denne ordningen (25%). Bl.a. har Måsøy og Sør-Varanger kommuner sagt seg interessert i ordningen, men har ikke nok penger i kommunekassa til å kunne gjennomføre den.

Dette stemmer dårlig med sosialministerens uttalelser i Dagsrevyen 9/11-78 der hun ga inntrykk av at fastlønnsordningen var forsøkt, men at legene ikke ville ha den.

Videre sa sosialministeren til NTB i et nyttårsintervju, gjengitt i Finnmarken 2/1-79.

"Jeg utelukker ikke at ordningen med 25 fastlønte distriktslegestillinger i Nord-Norge kan bli utvidet sier sosialministeren. Hun mener at stillinger med fast lønn er godt tilbud..."

Ja, sosialminister Ryste - det mener også vi tre som er distriktsleger i Sør-Varanger kommune. Vi ba kommunen om å medvirke til en fastlønnsordning i brev 14/7-78. Da kommunen sa fra at den gjerne ville ha en fastlønnsordning, men ikke hadde råd til å betale, skrev vi 9/11-78 et brev til sosialministeren hvor vi forklarte situasjonen. Vi ba sosialdepartementet om å sikre økonomien for fastlønnsordningen, slik at forsøket kunne gjennomføres. Vi regnet faktisk med at dep. ville satse noe ekstra for å sikre sin egen prøveordning.



Intet svar - intet initiativ. Regjeringens troverdighet ang. opprustning av distrikts-helsetjenesten svekkes kraftig når man erfarer at den ikke en gang gir økonomisk garanti for å sikre gjennomføringen av den prøveordning med fastlønn som ble fremmet i 1977. Etter snart 11/2 års "forsøk med fastlønn" står 4 av 7 stillinger ubruktes i Finnmark. Disse erfaringer har i allfall vi kunnet høste i Sør-Varanger kommune i Finnmark.

Dette viser at dep. i liten grad er villig til å satse noe - selv på sine prøveordninger.. Ved å føre en tilstramnings-politikk som gjør kommunene fattigere, samtidig som man tildeler kommunene 25% av utgiftene til en slik ordning og samtidig som man ikke gir klare retningslinjer for budsjettering av ordningen, saboterer man i virkeligheten en prøveordning som mange leger vil ha.

Det er derfor lite grunnlag for å legge skylden på legene for at dette tiltaket ikke fungerer.

Motstanden mot etableringsloven blant legene, også blant distr.legene, skyldes nettopp at loven ikke vil løse helseproblemene i distrikten. Så lenge det ikke blir tilført nye økonomiske ressurser og nye stillinger til distrikten vil ikke loven kunne virke.

UTPOSTEN vil følge den videre utvikling nøyne. Les forøvrig artikkelen side 11 om vår holdning til problemet.

Red.

**150 primærleger årlig er vårt krav
FØLG UTPOSTEN
— HOPP IKKE AV!**

Forts. fra side 4.

Jeg ville hatt stor forståelse for en politikk som tok sikte på å regulere besetting av det nødvendige antall fastlønnsstillinger, men jeg har liten forståelse for en lov som skaper så mange forestillinger som ikke kan innfri.

For å bedre forholdene i primærhelsetjenesten er det påkrevet at lov om distrikts-helsetjenesten framlegges snarest.



Denne loven har vi ventet på en årrekke, og slik situasjonen i primærhelsetjenesten utvikler seg, er det uforsvarlig å la tiden gå uten at den blir lagt fram. En etableringslov alene i den form den nå er vedtatt, løser ikke problemene i primærhelsetjenesten eller for utkantene. Bare i sammenheng med et skikkelig opplegg for primærhelse-tjenesten kan en vurdere eventuelle nødvendige reguleringsstiltak. For at loven ikke skulle bidra til å skape forventninger som ikke kan innfri og at frykt for at den skal bli en sovepute, foreslo som kjent Venstre at loven skulle utsettes til etter at en distriktslegelov er behandlet. Dette forslaget falt. Riktignok forsikret såvel statssekretær Per Nyhus (NRK-radio 18/2 og Aftenposten 20/2) som statsråd Ruth Ryste (Odelstinget 6/3) at lov om distrikts-helsetjenesten vil komme i løpet av våren -79. Desto mer påfallende er det jo da at behandlingen av etableringsloven ikke kunne utsettes slik at denne kunne bli sett i sammenheng med den totale primærhelse-tjenesten.

Et medisinsk debattblad

UTPOSTEN



UTPOSTEN



UTPOSTEN



UTPOSTEN



UTPOSTEN



UTPOSTEN



UTPOSTEN



Jeg er interessert i et abonnement på UTPOSTEN

Adresse: Boks 3616 Risvollen Legesenter 7001 Trondheim

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

8 utgaver årlig
Bladpenger, kr. 75.00 — med studenter kr. 25.00, sendes
postgiro 347 82 37, eller vedlagt krysset sjekk.

STYRETT AV: JØRGEN

Grunnen til at etableringsloven ble presset gjennom, nærmest som hastsak, frykter jeg er to-delt.

Distrikthelseloven vil fortsatt la vente på seg (hardnakke rykter fra flere hold forteller om ytterligere 1-2 år), og de partiene som støttet regjeringspartiet får i såfall bære sin del av ansvaret for at Sosialdepartementet har fått sin (etterlengtede?) sovepute.

Dernest frykt for økonomiske konsekvenser - Sosialdepartementet var som kjent meget skeptisk til Lægeforeningens forslag om forlenget turnus-tid i distrikt - bl.a. fordi dette ville kreve kontor-lokaler og boliger (Statsråden i brev til Sosialkomiteen). Derfor beklager jeg dypt at lovbehandling ikke ble utsatt - og særlig når en opplevet at politikere ikke engang var interessaert i å diskutere forslag om dette, med den begrunnelse

at det førelå for seint (5 dager før Odelstingsdebatten, 14 dager etter at Sosialkomiteen kom med SIN innstilling, som den hadde brukt flere måneder på - Venstre er som kjent ikke representert i Sosialkomiteen).

Dessverre - mange deler nok nå etterpå min følelse av oppgitthet, og sitter igjen med redusert tillit til Lægeforeningen såvel som til de politiske myndighetene. Å spå hvilke konsekvenser dette vil få for norsk helsevesen i årene framover kan vel ingen gjøre i dag.



150 primærleger årlig er vårt krav
FØLG UTPOSTEN — HOPP IKKE AV!



Var'n så snar dokter'n?

Åpent spørsmål til overlege
Aud Blegen Svindland
fra Utposten:

— Hvordan bør vår
primærhelsetjeneste
bygges opp — på
basis av bedrifts-
helsetjenesten eller
familielegeprinsippet?

Vi gjentar vårt spørsmål
i Utposten nr. 5/78

Til tross for at hun lovet
å svare har vi ikke hørt noe
fra henne

Vi venter på deg
til det kommer — —

Dopamet

l-a-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 pasien-
ter 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

Tenormin

ATENOLOL

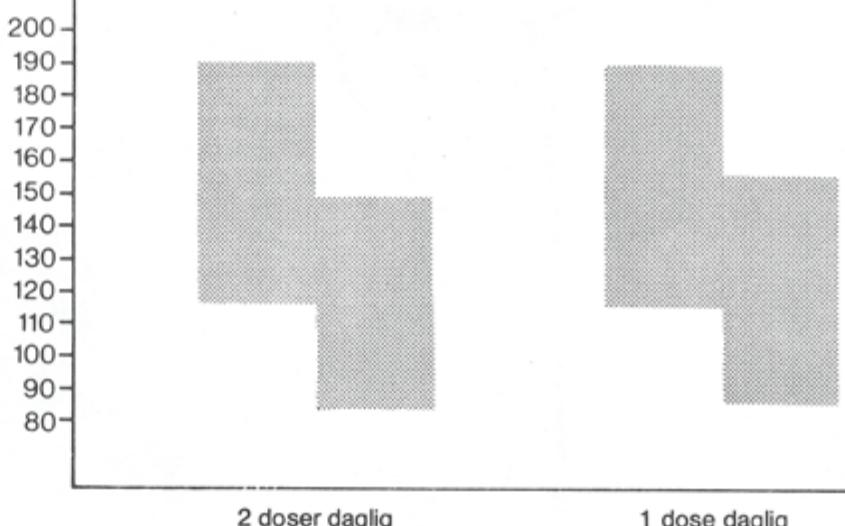
Pasientfeil i form av glemte doser opptrer hyppigere når et preparat må tas flere ganger daglig. Ved hypertonibehandling

som ved annen behandling bør man derfor tilstrebe å kunne gi dagsdosen som 1 enkelt dose.

Harris og medarbeidere har vist at 1 dose Tenormin daglig synes å gi den samme virkning på hypertensjon som 2 enkeldoser!

mm Hg

Fig. 1 Blodtryksreduksjon liggende etter Tenormin gitt 2 x, henholdsvis 1 x daglig. Gjennomsnitt for 9 pasienter.



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

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

Forsiktigheitsregler: Tenormin kan med forsiktighet gis til pasienter med obstruktive luftveislidelser. Man kan imidlertid ikke utelukke en økning av luftveismotstanden hos astmatikere. Bronkospasme kan motvirkes av beta₂-spesifikke bronkodilatatorer som f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol. Slike pasienter må kontrolleres nøy. Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebefatter alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt og obstruktiv lunghelidelse som tidligere ikke har gitt symptomer. Betablokkere virker uten å oppheve digitalis' positive inotrope effekt på hjertemuskelen. Imidlertid kan betablokkernes negative inotrope effekt motvirke digitalis' positive inotrope effekt. Betablokkerne og digitalis virker

additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrioventrikulære overledning øker når medikamentene gis sammen, slik at pasienten da må overvåkes nøye. I noen tilfelle uten holdpunkter for hjerteinsufficiens i anamnesen, har hjerteinsufficiens oppstått etter noen tids behandling med betablokkere. Forsiktighet bør utvises ved metabolisk acidose, til gravide og under eter- eller kloroformanestesi.

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

Dersom man ønsker å seponere preparatet før 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 sterre 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.

PAKNINGER:

Trykkpakkning 30 tabletter à 100 mg
100 tabletter à 100 mg

Litteratur:

1. Harris, A. M. et al: J. Int. Med. Res., 4: 347-351, 1976.



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

