

noen større legesentre. Så ringte han dem og fortalte at han nettopp hadde fått avbud på et møte og satt igjen med 20 rundstykker. Han lurte på om han kunne stikke innom en halvtime så de kunne spise opp disse. Synd om maten skulle gå til spille... Svaret ble ja, og han hastet fornøyd inn på bakeriet og kjøpte det han trengte. Igjen.

Hvor mange sentre ble lurt med denne metoden til den ble utdatert? I dag hadde det selvsagt ikke nyttiget, lunsjavgiften er allerede opptatt, med maten avklart på forhånd. Han var med på å skape et behov med sine rundstykker og «avbudet». Nå får han enkelte steder ikke engang sitte sammen med legene mens de spiser rundstykkene hans. Han må levere dem i skranken, og når legene er ferdig med å spise, kommer de ut for å gi ham noen minutters oppmerksomhet. Takk for maten.

Er det dere eller legesekretærene deres som legger opp til dette? Er det stilltiende godtatt at sekretæren presser legemiddelkonsulenten til å medbringe mat, og så bare «blir det slik»? Så kan legene toe sine hender om problemstillingen kommer opp. Og før eller siden gjør den vel det, slik mediene jakter på økonomisk kriminalitet og enkelte grupperingers evne til å grafse til seg fordeler.

Jeg undrer meg over at dere ikke ser hulheten i denne servicen. Er preparatene mer effektive eller gunstigere for pasientene deres om dere får mat under besøket? Er det den dyreste maten som er mest effektiv for å få avtalen? Bli det neste varm lunsj eller sushi for å få adgang?

En annen kollega forteller at det tidligere skjedde helt unntaksvis at man snakket om mat for å få en avtale. Det var gjerne de mest aggressive firmaene, kanskje de med preparater som av en eller annen grunn ikke klarte å konkurrere med de beste, som fant på slike fremstøt for å smøre legene. I dag virker det som kravet nesten er regelen fra legens side. Da kan ikke informasjonskvaliteten være det viktigste ved besøket.

Legemiddelindustrien er blitt beskyldt for å drive hard markedsføring. Dette tok industrien på alvor, og gjorde mye for

å rydde opp i eventuelt grums. Ett av tiltakene var å få i stand en avtale med Den norske lægeförening om kjøregler. I den avtalen står det at legemiddelindustrien ikke skal tilby og legene ikke kreve servering av mat i forbindelse med informasjonsavtaler.

Akter Den norske lægeförening å gjøre noe for å få sine medlemmer til å respektere den avtalen föreningen har inngått? Eller skal föreningen også toe sine hender og si at det «bare ble slik»? Så hyggelig, da!

Registrert legemiddelkonsulent og snittebærer

Forfatterens identitet er kjent i redaksjonen, men på grunn av sakens karakter får vedkommende være anonym. *Red.*

De kollektive trygde- og forsikringsordningene er ikke for gode

I Tidsskriftet nr. 4/2003 gir Bengt-Lasse Lund i NOR Gjensidige Forsikring en oversikt over støtteordninger som kan tre i kraft ved uførhet (1). Lund er bekymret over forsikringsselskapenes utgifter til disse ordningene. Som eksempel viser han til at en ufør person kan få 4,6 millioner kroner i skattefri engangserstatning i tillegg til en månedlig bruttoutbetaling på ca. 65 000 kroner.

Private forsikringsordninger er en sak mellom forsikringsselskapene og dem som tegner forsikring. Mitt anliggende her er ansattes rettigheter ved yrkesskade, rettigheter som reguleres av folketrygdlovens kapittel 13 og lov om yrkesskadeforsikring. De summene Lund viser til, er hinsides det som er aktuelt for det store flertallet, som ved uførhet er avhengig av disse kollektive ordningene.

Lov om ykesskadeerstatning ble innført i 1990 for å utfylle rettighetene i lov om folketrygd for å sikre likhet og rettferdighet. Til sammen skal de to lovene kompensere for det økonomiske tapet som personer med yrkesskade og yrkessykdom ville lide uten

dem. Disse rettighetene gjelder likevel ikke for personer som blir uføre på grunn av muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser, selv om disse skulle være forårsaket av forhold i arbeidet. Disse to gruppene, som til sammen utgjør hovedtyngden av uføretrygdene, er henvist til en årlig trygdeutbetaling på ca. to tredeler av tidligere lønn, i gjennomsnitt anslagsvis 135 000 kroner per år.

De gunstigere ordningene for yrkesskadede gjelder bl.a. for personer med arbeidsbetinget lungesykdom (astma, silikose, kreft), toksisk hjerneskade eller alvorlig kronisk eksem. En person på 46 år som er 100 % arbeidsufør, vil få ca. 1,2 millioner kroner etter lov om yrkesskadeforsikring som kompensasjon for tapt fremtidig inntekt frem til pensjonsalder. Dette tilsvarer ca. 66 000 kroner per år. I tillegg kommer den årlige uføretrygden og en engangsutbetaling for medisinsk men. For en person med toksisk hjerneskade vil menerstatningen utgjøre ca. 70 000 kroner. Dette er andre tall enn dem Lund presenterer.

Fra mitt ståsted er ikke problemet at trygde- og forsikringsordningene er for gode, men at det er et betydelig underforbruk av dem, slik vi fant i en undersøkelse for noen år siden (2). Flere andre har vist at det er en betydelig underrapportering av yrkesbetingede lidelser, noe som taler for et underforbruk av rettigheter. Vi arbeider for tiden med en undersøkelse av personer meldt til Arbeidstilsynet med yrkesastma, og vi ser det samme der. Bare et fåtall slike skader blir erkjent som yrkessykdom, og mange som blir erkjent, fører med seg betydelige økonomiske tap uten at det blir søkt om å få skaden godkjent som yrkesbetinget.

Håkon Lasse Leira
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Lund B-L. Uførhet og pasientøkonomi – er trygde- og forsikringsordninger for gode? Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123: 508–9.
2. Bratt U, Leira HL. Lov om yrkesskadeforsikring – en forbedring for de skadelidte? Tidsskr Nor Lægefören 1997; 117: 207–11.