

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

NUMMER 4

MAI 1974

ÅRGANG 3



Mai-74
Hansen

UTPOSTEN

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 347823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretærer:

Ulrik Malt
Ansgar O. Aasen

Tegninger og Lay-out:

Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 50,- pr. år.
Studenter kr. 25,- pr. år.

Trykk:

ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 Orkanger.

Røros-seminaret

Det synes å være enighet om at et samarbeid mellom lege, helsesøster, sosialarbeider og trygdekonto i den primære helsetjeneste kan komme pasienten til gode. Et slikt samarbeid har kommet i faste former mange steder i landet. Mange er enige i at lokaler for helse- og sosialarbeidere i en kommune bør bygges rimelig samlet, slik at et samarbeid mellom etatene er mulig.

I første omgang skulle det derfor synes opplagt at alle de helse- og sosialfunksjoner som en liten eller midtstors kommune disponerer, burde plasseres i et helse- og sosialsenter.

Men allerede etter at man så vidt har smakt på tanken, begyner invendinger å melde seg. Hva med pasientens krav på taushet omkring sine forhold? Hvor mye skal samordnes? Hvordan skal et slikt senter administreres, og hvem skal lede det? Hva med sentraliseringsproblemer i allerede tynt befolkede strøk?

Det er avgitt en rekke offentlige innstillinger omkring helsetjenesten utenfor sykehus siden 1970. De synes å peke mot en lov som foreslår helse- og sosialsentra for befolkningsenheter fra 3 000 til 10 000 innbyggere.

Den offentlige lege har hovedansvaret for helsetjenesten innen sitt distrikt, først og fremst i kraft av sin stilling som helserådet, ordfører. Det folkevalgte sosialstyre har ansvaret for sin sektor. Etter hvert som helse- og sosialsenterplaner har tatt form i mange kommuner, er de offentlige leger trukket inn i planleggingen av slike. Styret i Offentlige legers landsforening har funnet at det vil være til hjelp for de offentlige le-

ger og til fordel for kommende helse- og sosialsentra om man kunne arrangere et tverrfaglig sammensatt seminar for å drøfte aktuelle sider ved slike sentra, og meddele de erfaringer man har pr. i dag. Seminaret som ble arrangert på Røros Turisthotell i tiden 9.-11.mai 1974, ble først avertert i fagtidsskrift for forskjellige kategorier personale som er engasjert i den primære helse- og sosialtjeneste. Det fikk en bred oppslutning fra alle kanter av landet, og deltagerlisten viste variert yrkesbakgrunn.

Mange ville etter seminaret konkludere med at man nå bare står ved begynnelsen av å definere de problemer man vil møte i fremtiden. Det er enda langt igjen før de blir løst. Likevel ansees det verdifullt å spre den informasjon som kom frem under seminaret ved et referat, i håp om at det kan være et nyttig diskusjonsgrunnlag for alle som vil arbeide videre mot en bedre primær helse- og sosialtjeneste. Referatet er tenkt distribuert til kommunenes sosialkontor, distriktsleger, trygdekonto og formannskap. Lesere som ønsker å bestille publikasjonen, kan gjøre det ved å skrive til UTPOSTEN. (Gjerne postkort med bilde).



Tanker om helse- og sosialsentra

Bjørn Øgar har arbeidet som psykiater i et helse- og sosialsenter i Oslo.

Første del av hans «Tanker om helse- og sosial-sentra» var tatt inn i «Utposten» nr. 3 1974.

De enkelte medarbeideres rolle i det tverrfaglige team:

Legen har vanligvis i rene medisinske samarbeidssituasjoner vært leder, og har også ofte vært pålagt det administrative ansvar ved siden av det faglige. Dette har bakgrunn i tradisjon, utdanning og faglig kompetanse. I tverrfaglige team vil denne rolletildeling måtte vike plassen, og legen blir likestillet med andre yrkesgrupper. Dette er ikke alltid helt enkelt for en yrkesgruppe som har lært sin arbeids- og ansvarsrolle i en hierarkisk sykehusstruktur, som er formet etter den kirurgiske arbeidsform.

Helsesøster har gjennom lovverk og tradisjon etter hvert etablert en selvstendig rolle i forebyggende helsearbeid, og hun kan påvirke samarbeidet slik at den kurative virksomhet ikke blir ene- rådene.

Sykepleiernes rolle i primærhelsetjenesten er mer uklar. Til nå har de særlig vært legens medarbeidere i kurativt arbeid. Men nye oppgaver peker seg etter hvert ut som deres kompetanseområde, slik som hjemmesykepleie, eldreomsorg og omsorg for andre spesielle grupper.

Sosionomenes oppgave er først og fremst å ta hånd om den sosiale behandling og hjelp på det primære plan. Deres utdanning skiller seg på mange måter fra den medisinske modell, idet den tar utgangspunkt i samfunnsforholdene når det gjelder å forstå

sosiale sviktilstander. Men de er også utdannet til å forstå og behandle klienter på det individual-psykologiske plan. De klare kontrollfunksjoner sosionomene i sosialtjenesten er tillagt, kan lett komme i konflikt med deres behandlerfunksjoner. Dette er sikkert et sentralt punkt i denne unge og raskt ekspanderende yrkesgruppes situasjon, og kan bidra til å gjøre det vanskelig for dem å finne sin yrkesmessige og faglige identitet. Konflikten mellom det å være samfunnets kontrollinstans og administrere materiell og økonomisk hjelp samtidig som de skal være den enkeltes behandler, er kanskje det som gjør dem til den politisk mest aktive av yrkesgruppene. Det at de også direkte lærer om samfunnets klientskapende virkninger bidrar lett til å aktivisere dem politisk når de sitter så nedlesset i individuelle behandlingsoppgaver at de ofte tvinges til å gå på akkord med sine faglige prinsipper.

Trygdekontorenes medarbeidere står for den administrative formidling av medisinske behandlingstjenester og økonomisk hjelp. På grunn av sin utdanning og fordi de betjener et juridisk/rettlig, hetsorientert trygdesystem, har de en mer klar kontrollfunksjon enn sosionomene.

Andre medarbeidere.

Den samarbeidsmodell som er skissert i Sosialreformkomiteens og andre innstillinger, er sterkt preget av hensynet til eksisterende institusjo-

ners og lovers behov (Folke-trygden, Lov om sosial omsorg osv.). De helse- og sosialarbeiderne som ikke arbeider med trygdesaker og sosial omsorg, men med alle de sykdommer og plager, og sosiale og interpersonelle hjelpebehov folk legger frem, er lite berørt i de aktuelle innstillinger. I en nylig avsluttet praksisundersøkelse hvor over 50 leger og 13 000 pasienter deltok, fikk ca 20% av pasientene diagnostisert en skjelett/muskellidelse og ca 25% en psykiatrisk lidelse, mens det hos bare 20% ble registrert sosiale og familiermessige problemer som kunne ha betydning for helsen. Selv om problemer av sistnevnte kategori ofte ikke blir tatt opp av legen, antyder denne undersøkelsen at pasientene kanskje har et like stort behov for at legen har kontakt og praktisk samarbeid med fysioterapeuter og det psykiske helsevern (skolepsykologisk kontor osv.) som med trygde- og sosialkontor. Fysioterapeutene er en av de store grupper helsepersonell i "førstelinjetjenesten", og man har vel etter hvert erfaring for at samarbeidet med dem på mange måter er mindre komplisert enn med sosial- og trygdepersonell. Ved slikt samarbeid kan en også gi en stor del pasienter et meget bedre totalt behandlingstilbud, og det ville også åpne portene for mye ugjort forebyggende helsearbeid innen den primære helsetjenesten.

I dag er det ca 1600 leger, ca 1400 fysioterapeuter, ca 1000 helsesøstre og ca 700-800 saksbehandlere (hvorav

halvparten er sosionomer). Andre yrkesgrupper i den primære helse- og sosialtjenesten er det vanskelig å få eksakte tall for. Man har her i landet ingen registrering av omfanget av samarbeidsbehovet mellom den primære helse- og sosialtjeneste. I Sverige har man fra helsesiden registrert et behov for sosial bistand hos under 10% av pasientene, mens sosialkontorene trengte medisinsk bistand i over halvparten av tilfellene.

Disse tall kan tyde på at presset mot samordning av helse- og sosialtjenestene i helsesentra skriver seg fra administrativt hold og fra visse faggruppers politiske aktivitet, og at behovet for slik samordning ikke umiddelbart springer ut etter de respektive tjenestene

Hva er god primær helse- og sosialtjeneste?

Hvem skal avgjøre dette? Pasienten og klienten? Politikere eller fagfolk? For å svare på dette trenger vi målsetting på ulike plan og metoder til å måle hvordan disse realiseres. Men ved en evaluering er det en viss fare for at vi legger større brett på det vi virkelig kan måle enn på andre faktorer som er vanskelige å måle, men som kanskje likevel betyr mer ut fra en totalvurdering og i det lange løp.

Vi har et svært mangelfullt kjennskap til registrering og forskning om de behov vi skal dekke på dette området, og om hvordan vi best dekker dem. For helsetjenesten har vi ikke en gang en brukbar diagnoseliste, langt mindre metoder til å beskrive pasientenes funksjonsevne, noe som er langt viktigere. For sosialsektoren er forholdene enda dårligere. Både Stortingsmelding 85 og Sosialreformkomiteen pekte på at det var et behov for forsøksvirksomhet og vurdering av denne innen den primære helse- og sosialtjenesten. Sosialdepartementet nedsatte et prosjektutvalg som skulle utrede disse spørsmål. Det avga sin innstilling 27. september 1973. Utvalget angir 3 områder for slik evaluering:

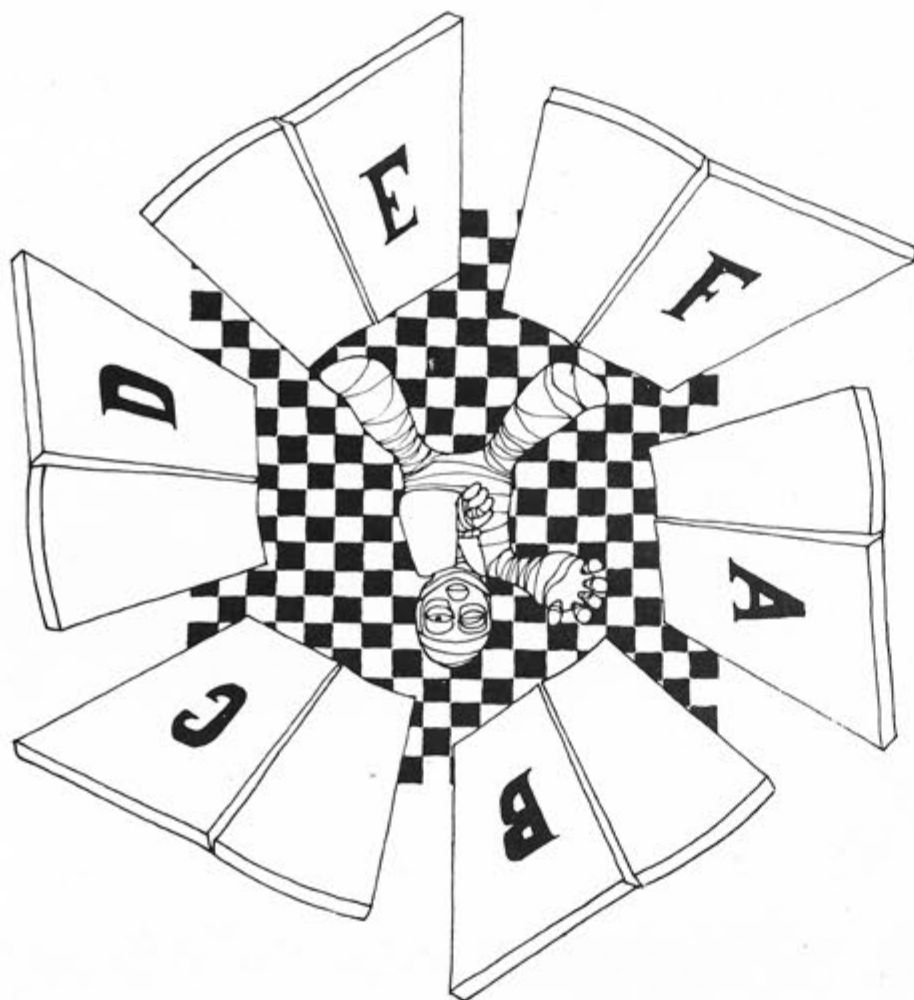
1. Hvordan fungerer helse- og sosialtjenesten internt?

2. Hva presterer helse- og sosialtjenesten i form av ulike ytelser (kvalitativt og kvalitativt) sett i forhold til bemanning og andre ressurser?
3. Hvilke virkninger har helse- og sosialtjenestens ytelser på befolkningens helse og sosiale atferd?

For å få svar på disse spørsmål foreslår utvalget seks modeller for forsøksvirksomhet; tre konstruert for små kommuner og tre for større kommuner, eller områder bygget opp etter samme prinsipp. Funksjonsmessig opererer man med tre modeller:

1. En med organisert samarbeid mellom tre selvstendige etater.

forsøksvirksomheten. Dette har utvalget gjort på en klar og oversiktlig måte. De forslag til evaluering som fremmes, følger en eksperimentell epidemiologisk modell med forholdsvis få variabler etter mønster av metoder for utprøving av nye medikamenter. Det hele skal være sentralt styrt. Utvalget mener at forsøksvirksomheten bør strekke seg over tre år. Når det gjelder mer konkrete forslag til metoder og definisjon av variabler som skal gi svar på de oppstilte spørsmål, er innstillingen heller tynn. Det sies at graden av vanskelighet forbundet med vurderingene øker fra punkt 1 til 3 i problemområdene ovenfor, og at det må utarbeides egne skjemaer for innsamling av informasjoner om diagnoser, problemområder, samarbeidsformer,



2. En med bygningsmessig fellesskap og felles registreringskartotek.
3. En utformet som Sosialreformkomiteens forslag.

Man har satt opp en oversikt over problemstillinger og spørsmål som bør belyses ved

behandlinger osv., så mange variabler som mulig ved hjelp av nøye oppsatte rutiner, skjemaer og EDB, slik man bl.a. har gjort enkelte steder i Sverige. Dette vil imidlertid kreve et meget større teknisk og administrativt apparat enn det som er forutsatt i prøve-

prosjektene, og dette vil ved sin blotte tilstedeværelse endre sentrenes struktur og funksjon. Ved slik registrering kan man få en god oversikt over "harde" data. Det verdifulle ved prosjektutvalgets innstilling er at det kan stimulere til registrering og gi svar på viktige delspørsmål innen den primære helse- og sosialtjenesten. Men for å vurdere mange sentrale spørsmål om samarbeidsformer, om punktuks opplevelse av sentrene og om hvordan tjenesten som helhet fungerer, vil den type forskning som her foreslås være lite egnet. Disse forhold beror på subjektive vurderinger og er av sammentatt natur. De må belyses ved "soft" dataforskning, idet personlige og interpersonelle forhold når alt kommer til alt vil være avgjørende for hvordan de ulike formene vil fungere i praksis. En kan saktens plukke ut representative distrikter eller kommuner, men uten å ta personalet som er eller blir ansatt med i beregningen, og også deres motivasjon og holdninger til de nye samarbeidsformene, vil enhver evaluering bli ufullstendig. Mindretallet i komiteen foreslår da også mer frie eksperimenter i form av en aksjonsforskning, hvor ansvar for gjennomføringen av evalueringen desentraliseres og legges på de ansatte ved sentrene. En vil tro at man når lengst ved å anvende begge modeller, både den tradisjonelle som systematisk samler inn "harde" data fra de forskjellige prosjekter - og kan være sentralt styrt, og en mer aksjonspreget forskning som fanger opp og beskriver med "soft data" det som kjennetegner det enkelte prosjekt og dets funksjon og utvikling, forhold som ikke kan fanges opp av harde, objektive data og beskrives pr. distanse av utsendte forskere.



Oppsummering.

Helse- og sosialsentra er en foreløpig teoretisk modell for lokal koordinering av primære medisinske og sosiale tjenester. Vi vet ennå ikke

med sikkerhet hvilken form de får og hvor utbredt de blir. Den faglige begrunnelse for disse sentra er at det finnes en stor gruppe pasienter som har behov for sammensatte hjelpetjenester. Rent ideologisk understøtter disse sentra en tendens til å likestille samfunnets ansvar for sykdom og sosiale problemer, og ta dem opp til behandling på en likeverdig måte. Det står tilbake å vise om denne likestilling har livets rett.



Politisk er et slikt fremstøt fristende, idet man innen medisinen har hatt en meget rask utvikling av behandlingsmulighetene. Samtidig har vi fått en rask økning av sosiale og sosialmedisinske problemer som mange mener henger sammen med samfunnsendringer (fratflytting, sentralisering, urbanisering, pendling, drabantbyproblemer, osv.), problemer man står mildest talt

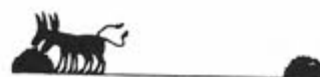


tafatte overfor. I denne situasjon er det fristende å prøve å løse dette ved å koble de sosiale tjenestene til de medisinske. Tydeligst ser vi dette i psykiatrien, hvor mange har trodd at en kan løse sosiale problemer som kriminalitet, rusmiddelmisbruk og generell mistilpasning ved hjelp av det



psykiske helsevern. Med ved ureflektert sammenslåing av typer av hjelpetjenester som i bunn og grunn er forskjellige, kan man forkludre vel innarbeidede ansvars- og kompetanseforhold. Mye tyder på at helse- og sosialsentra har pekt seg ut til å bli hjørnesteinen i helse- og

sosialtjenestene på lokalplanet. For at disse skal fylle sine funksjoner best mulig overfor pasienter og klienter, er det nødvendig med en klargjørende debatt om de ideologiske, administrative/politiske og praktiske problemer denne nykomlingen i helsevesenet reiser. Det kan vise seg at innstillingen i befolkningen og i de berørte profesjoner enda ikke er moden for å gjennomføre i praksis den likestilling av de to typer tjenester som i teorien fortøner seg ønskelig. Det kan videre vise seg at en samordning av de to typer tjenester bare kan bli vellykket dersom den underbygges av en tilsvarende likestilling og likeverdighet av det lovmessige og økonomiske grunnlag for de to typer tjenester nå hviler på. Bedre kjennskap til og trening i samarbeide med de berørte profesjoner må inngå i utdannelsen.



Viktigst blir det på det lokale plan å legge opp til konkrete smidige samarbeidsformer avhengig av befolkningens behov og tilgjengelige ressurser. Hvem av annet fagpersonell som er tilstede i det enkelte lokalsamfunn bør legen ha "felleskontor" eller annet nært samarbeide med for å yte best mulig service til pasienter og klienter? Samarbeidet må ikke bli en belastning, men en avlastning hvor man bedre utnytter de totale ressurser i lokalsamfunnet.

Under dette må vi blant annet være villige til å diskutere vårt betalingssystem som må gjøre det lettere for våre almenpraktiserende leger å gå inn i profylakse og tverrfaglig samarbeid slik som de offentlige leger er pålagt og har mulighet for.



Vi intervjuer:

Hans Olav Tungesvik

**Distriktslege,
ansvarlig for helseopp-
lysningsprogram i NRK**



(Foto: Helsenytt)

I en tid da helseøkonomi blir diskutert og helseopp-lysning kommer ut som den form for helsearbeid som gir størst avkastning, er det grunn til å interessere seg for det helseopp-lysningsarbeid som pågår i landet vårt.

Distriktslege Hans Olav Tungesvik har siden 1970 stått for helseopplysningsprogram i NRK, og skilt seg meget hederlig fra denne oppgaven. Selv sier han at han assosier-erte med Klara Klok og andre lignende institusjoner da ideen først ble lagt frem for ham i 1969, men leserbrev og kolleger har senere gitt ham en nesten 100% positiv feed back på program-mene. Selv har han følt det som en engasjerende og in-spirerende oppgave.

UTPOSTEN har spurt dr. Tun-gesvik om hvor mange program han til nå har vært med på:

HOT: Tilsaman nærmar det seg no 100 program. I desse fire åra har det jamt over vore eit kvar 14.dag, med stutte avbrot i samband med feriar. Me har vore innom alle spesi-alitetar, og det ser ut til at emneområdet er uuttømme-leg. Stadig har eg lange lister med aktuelle tema.

U: Velger De selv innholdet i programmene?

HOT: Eg står heilt fritt når det gjeld tittel og innhald i programma. NRK har gjeve

meg heilt frie hender. Det einaste som er fastslått, er at kvart program skal vare i 15 minuttar, og at det skal gå kvar 14. dag. Elles har eg vide fullmakter og står heilt fritt.

U: Tar det lang tid å forbe-rede programmene?

HOT: Etter kvart går dette svært greitt. Til kvart pro-gram lagar eg ei skisse el-ler ei ramme, og denne blir tilsendt den kollega som skal vera med. Han lagar så sine svar stort sett i sam-svar med dei spørsmål innan-for ramma som eg har sett opp. Dette førebearbeid-det tar meg 1-2 timar. Så møtest me ein halv time før

me skal gå i studio, og dermed kan ein seia at det konkrete arbeidet med kvart program ikkje går noko utover tre timar til vanleg.

U: Har De ikke litt kalde føtter av og til når De må uttale Dem om ting som ikke er avklart innen skolemedisinen, og attpå til må gi det en populær form?

HOT: Stundom kan ein nok kjenna på at ein streifar kontroversielle tema, og ikkje alltid kjenner ein seg like trygg på kva som bør seiast eller ikkje bør seiast. Men no har eg nesten alltid den store føremon å ha ein kollega med i programmet, og han veit som regel noko meir om dei subtile og kontroversielle ting enn eg veit. Dei aller fleste syner stor varsemd med å ta opp slike ting og eg kan ikkje seia at eg minnest me har kome bort i spesielle problem eller vanskar av den grunn.

U: Hvorfor gjør De dette?

HOT: Først og fremst fordi eg synes det er moro, derest fordi eg har ei viss tru på at det er nyttig, og for det tredje fordi eg får ei utruleg stor kontaktflate med menneske frå alle landsdelar, alle samfunnslag, menneske med alle slag problem. Dette er stimulerande og inspirerende.

U: Hvor langt når Deres opplysning?

HOT: Etter mi røynsle er det svært mange menneske som høyrer desse programma, og NRK sit med same inntrykket. Særleg i dei eldre aldersgrupper er oppslutnaden sterk, og stadig når eg er ute på farten, møter eg menneske som har høyrte programma. Slett ikkje så få høyrer kvart einaste eitt, og dei skriv for å få manuskripta dersom dei har gått glipp av

eit. Menneske som søker kontakt, er også ofte å møte mellom brevskrivarane. Det er ikkje minst folk midt i storbyane dette gjeld.

U: Har De fått mange reaksjoner på Deres program?

HOT: Ja, eg har fått gledeleg mange reaksjonar, og dei har til denne tid vore bortimot 100% positive. Også ein god del kolleger har sponstant kontakta meg for å gje uttrykk for sin glede over serien, og einskild-program.



UTPOSTEN ønsker å gi distriktslege Hans Olav Tungesvik honnør for hans program, og ønsker ham lykke til med det videre arbeidet.

drikk mindre



- styrk ditt hjerte
LANDSFØRENINGEN FOR
HJERTE- OG LUNGEKY

stump røyken



- styrk ditt hjerte
LANDSFØRENINGEN FOR
HJERTE- OG LUNGEKY

ta det rolig



- styrk ditt hjerte
LANDSFØRENINGEN FOR
HJERTE- OG LUNGEKY

få frisk luft



- styrk ditt hjerte
LANDSFØRENINGEN FOR
HJERTE- OG LUNGEKY

Annonse

Lege, interessert i almenpraksis, søkes til distriktslegekontor. Moderne, lettdrevet praksis med godt utstyr og hyggelig personale. Velordnet vaktordning, ca. 6-delt. Hyggelig kommune med rike muligheter for friluftsliv både på sjøen, i fjellet og ute på Senja.

Henv. distriktslege Gunnar Kavli, 9300 Finnsnes, tlf. 355.

la bilen stå



- styrk ditt hjerte
LANDSFØRENINGEN FOR
HJERTE- OG LUNGEKY

trim selv



- styrk ditt hjerte
LANDSFØRENINGEN FOR
HJERTE- OG LUNGEKY



Dr. Bruusgaard har bedt redaksjonen gjøre oppmerksom på at artikkelen "Ikke bare fravær av sykdom eller lyte" var bare en del av den opprinnelige utredning. Hele arbeidet kan fåes ved henvendelse til: Dag Bruusgaard, Inst. for alm.med., OSLO.

Vedlagt følger en vurdering av endel problemer innen primær helsetjeneste slik jeg har sett fra et forholdsvis typisk utkantdistrikt.

Jeg har fungert i distrikt i nesten 3 år etter at jeg kom hit som turn.kand. i særplasing. Dette distriktet har i meget lang tid nu vært ut-satt for gjennomtrekk av leger. Funksjonstid stort sett 3 år. Jeg kjenner ikke mine forgjengere og vet ikke eksakt hvilke beveggrunner de har hatt for å flytte herfra, men jeg skulle anta

at stor arbeidsbyrde, isolasjon faglig og generelt overskredet frustrasjonsterkel har vært medvirkende. Befolkningen oppfatter denne gjennomtrekk som den normale tilstand. Vanlig bemerkning ved tiltredelse: "Ja-ja. Dokker blir vel ikkje så lenge."

Personlig har jeg lenge følt at frustrasjonsterkelen er et for lengst tilbakelagt stadium. I denne situasjon har jeg søkt og er blitt innvilget permisjon. Jeg skal arbeide innenfor sykehus

igjen, og hvis primærhelsetjenesten fortsetter i sitt gamle spor er det tvisomt at jeg våger meg ut igjen. Det er synd. For primærvirksomheten burde kunne være et svært givende arbeidsområde, dersom man ble budt arbeidsvilkår med sjanse til å oppleve 50-års dagen.

Jeg er glad for å ha funnet Utposten. Jeg tror den har en mulighet til å bedre primærhelsetjenestens vilkår. Håper redaksjonen har helse til å fortsette ved siden av sin primærvirksomhet.

Distriktslege Kjell Borthne: Vurdering av en del problemer innen primær helsetjeneste

I) Funksjonsbeskrivelse.

Den totale helsetjeneste utgjøres av et system av enkeltfunksjoner. Dette system skal forutsetningsvis utgjøre en funksjonell enhet. For å oppnå en optimal utnyttelse av systemet er det viktig at de forskjellige enkeltfunksjoner er avstemt i forhold til hverandre og i forhold til den endelige målsetning for helsetjenesten. Det er med andre ord viktig at man oppnår en funksjonell oppfatning av den totale helsetjeneste. Pasientstrømmen flyter gjennom dette system etter bestemte regler. Den første kontakt pasienten har med systemet, er den primære helsetjeneste, og herfra styres pasientstrømmen gjennom forskjellige sekundære, tertiære osv. nivåer. Et hovedtrekk ved overgang fra nivå til nivå, er økende spesialisering og økende omkostninger pr. pasient. Målet for helsetjenesten er å føre pasienten tilbake til et lavest mulig omsorgsnivå. Underordnede målsettinger som følger av dette er:

- a) Lavest mulig effektivt behandlingsnivå for en pasient i systemet.
- b) Kortest mulig behandlingstid på et gitt nivå.

- c) Raskest mulig nedtrapping til det lavest mulige effektive omsorgsnivå.

Dersom man skal kunne oppfylle en slik målsetting, er det sannsynligvis nødvendig å forutsette en total og enhetlig styring av helsetjenesten. Det er neppe realistisk å anta at en stor grad av selvstyring på de enkelte ledd vil føre til at alle krefter virker i samme retning. Det har hittil vært vanlig å skrive og snakke om en helsetjeneste innenfor sykehus, og en helsetjeneste utenfor sykehus. Dette er sannsynligvis en uheldig synsmåte som oppfatter helsetjenesten statisk istedenfor funksjonell. Det har så vidt jeg kan forstå, ført til en ensidig forholdsvis høyt oppdrevet medisinske-teknologisk sykehus-service med en akseptabel grad av samfunnsmessig styring. Jeg vil imidlertid med styrke hevde at den primære helsetjeneste utenfor institusjoner på en lang rekke punkter er uhenksiktsmessig organisert, lite styrbar og dårlig tilpasset en helsemessig helsetjeneste. Det er neppe til å unngå at dette gir en lav utnyttelsesgrad av helsetjenesten. Det er sann-

synlig at den totale funksjonsproduksjon og avkastning i større grad begrenses av minimumsfaktorer enn av maksimumsfaktorer. Det sier seg selv at dette gir en dårlig helseøkonomi.

II) Helsetjenestens enkeltfunksjoner.

1) Primærhelsetjenesten:

Denne er tradisjonelt basert på et nett av distrikter bestyrt av distriktsleger, de fleste distrikter med én distriktslege. Hertil kommer en del private almenpraktikere. Videre er primærhelsetjenesten i større eller mindre grad bestyrket med annet fagpersonell som helse-søstre, jordmødre, hjemmesykepleiere, folketannrøkt, privatpraktiserende tannleger, fysioterapeuter, psykologer, trygdekontor, sosialkontor. Integrering og koordinering av disse delfunksjoner står nu sentralt (Sosialreformkomitéens innstillinger). I tillegg til de nevnte enkeltfunksjoner kommer primærinstitusjoner som sykestuer, fødestuer, sykehjem/aldershjem, legevakter og endel polikliniske sykehusfunksjoner.

2) Sekundære og høyere grader av helsetjenesten:

Disse funksjoner utgjøres for en mindre del av privatpraktiserende spesialister. Hovedandelen utgjøres av institusjoner som laboratorier, lokalsykehus, regionsykehus, sentralsykehus, universitets-sykehus og en rekke andre spesialiserte institusjoner.

Innen helsetjenesten er primærhelsetjenesten den kvantitativt viktigste, idet den berører flest pasienter eller klienter. Opp gjennom det funksjonelle system øker så graden av spesialisering. Trolig har en gjennom flere dekader gitt spesialitetene en for høy status i relasjon til primærhelsetjenesten, og dette lider systemet under i dag. Den sekundære og høyere former for helsetjenestes forhold til den primære, er at den skal ta seg av de oppgaver den primære helsetjeneste ikke kan løse tilfredsstillende nok. I så måte er den et supplement til og en utvidelse av den primære helsetjenestes ydelser.

III) Målsetting for en primær helse-politikk.

- 1) Best mulig forebygging av sykdom på alle plan.
- 2) Rett for enhver til behandling for sykdom uten hensyn til status og økonomi og uten unødig tap av tid.
- 3) Størst mulig stabilitet og kontinuitet i helsearbeidet.

Disse målsettinger er det trolig forholdsvis bred enighet om i dag, og jeg ser ingen grunn til å gå nærmere inn på målsettingene. Jeg vil senere komme tilbake til hvordan helsetjenesten fungerer i forhold til en slik målsetting.

IV) Distriktslegens plass i primærhelsetjenesten.

Distriktslegen innehar fortsatt en sentral plass i primærhelsetjenesten. I de fleste utkantdistrikter er distriktslegen et styrende ledd i den lokale helsetjeneste. Denne stilling har sin hjemmel i Lov av 26. juli 1912 om utførelsen av de offentlige lægeforretninger. Loven setter distriktslegen i en eierdommelig dobbeltstilling. På den ene side pålegges distriktslegen en rekke spesifikke offentlige legeforretninger av hovedsaklig fore-

byggende, kontrollerende og styrende samt statistisk art. På den annen side påhviler det distriktslegen å yde befolkningen vanlig legehjelp for trykdekontorets regning. Denne plikt er meget vagt utformet, men går sannsynligvis noe ut over den generelle legeplikt. Distriktslegen er med andre ord både offentlig statsansatt lege samt privatpraktiserende lege, trolig med plikter noe utover den generelle legeplikt. Denne dobbeltstilling fører til en særdeles dårlig samfunnsmessig styring av et av primærhelsetjenestens viktigste ledd. Distriktslegens tvetydige status fører til en pulverisering av ansvaret for legetjenesten i distriktene. Oppbyggingen av den lokale helsetjeneste overlates kritikkøst til den enkelte distriktslege uten at noen instans vurderer de enkelte tiltaks virkning i en større sammenheng.

V) Endel feilfunksjoner i relasjon til helsepolitisk målsetting.

- 1) Best mulig forebygging av sykdom på alle plan. Denne siden av den offentlige primære helsetjeneste er ofret størst oppmerksomhet i den forstand at en her har en lang rekke lover, forskrifter og regler. En har her sørget for en relativt god styringsmekanisme, men effektororganet lider sterkt under manglende personell og ressurser.
- 2) Rett for enhver til behandling av sykdom uten hensyn til status og økonomi og uten unødig tap av tid.

Dette kan bare oppfylles dersom distriktslegen har tilstrekkelig gode kontorforhold, medisinsk, kontorteknisk og kommunikasjonsmessig utstyr, og dersom distriktene har tilstrekkelig bemanning av leger og hjelpepersonale. Det er lite trolig at disse premisser kan ventes oppfylt overalt dersom det skal overlates til den enkelte distriktslegens initiativ, vilje og evne til å løse oppgaven slik det er nu. Etter hvert vil legetjenesten i distriktene bli meget store bedrifter med hensyn til økonomiske og menneskelige ressurser. De fleste distriktsleger har ingen skoloring utover det selv lærte til å styre denne side av saken. Det synes også lite hensiktsmessig å

tillegge legen en økonomisk-administrativ funksjon som stjeler tid fra hans egentlige arbeid, når andre trolig kan løse oppgaven langt bedre. Befolkningen i utkantdistriktene vil få et langt dårligere tilbud enn andre deler av befolkningen p.g.a. manglende kapasitet i det lokale helsevesen.

3) Størst mulig stabilitet og kontinuitet i helsearbeidet.

Den helsepolitikk eller mangel på helsepolitikk som har vært ført, har i sterk grad virket utkantsfiendtlig. I endel tilfelle virker myndighetenes tiltak direkte eller indirekte utkantsfiendtlig, i andre tilfelle vil mangelen på effektive tiltak ha samme virkning. Jeg skal gi endel eksempler på dette.

Efter visse kriterier vil endel distrikter av legene klassifiseres som utkantsdistrikter og være lavprioriterte, mens andre distrikter vil klassifiseres som sentrale og være høyt prioriterte ved søknad om ansettelse. Dersom ingen tiltak iverksettes, vil der naturlig gå en strøm av leger fra utkantdistriktene til de sentrale distrikter. Det vil ofte være slik at utkantsstillingene betraktes som springbrettstillinger til bedre og mere sentrale stillinger. Myndighetene bidrar til å forsterke denne tendensen ved å gi øket ansiennitet for leger som tjenestegjør i lavprioriterte distrikter. At myndighetene bruker dette bevisst for å skaffe bemanning i slike distrikter, fremgår også av økonomiske stimulerings tiltak som f.eks. dekete flytningsutgifter fra distriktet etter en viss tjenestetid. Sannsynligvis er tankegangen at en labil og avbrudt bemanning er bedre enn ingen bemanning.

Denne uheldige strøm av leger fra periferi til sentrum medfører også en informasjons- og erfaringsstrøm i samme retning. Leger sitter perifert og lærer ved prøving og feiling på en rekke områder, og tar de verdifulle erfaringer med seg når de flytter. Så utsettes befolkningen og distriktet igjen for det samme.

I tillegg til denne informasjons- og erfaringstapping vil der gå en økonomisk strøm fra periferi til sentrum. Her får skattelovene



Vanlig sykdomsbilde fra distriktet

til fremme av distriktsutbygging en paradoks virkning. Legene etablerer seg perifert ved hjelp av skattefrie fondsavsetninger og overprisavskrivninger. Etter kortere eller lengre tid flyttes så driftsmidlene med til sentrale distrikter. Dette gir en langt større total-investering i driftsmidler enn det distriktet nyter godt av samtidig som distriktet fratras skatteinntekter. Dette er med andre ord en klart distriktsfiendtlig politikk.

Mangel på samfunnsstyring fører til at distriktslegens arbeidskraft og kapasitet i stor grad går med til ikke-medisinsk arbeid i et forsøk på lokal styring av en rekke funksjoner. Dette gir en forverring av arbeidssituasjonen i en slik grad at en distriktslege, selv om viljen til å arbeide perifert er til stede, etter en tid er nødt til å søke arbeidsmessig bedre distrikter for å bevare sin egen og sin families helse og integritet. En stor del av arbeidskraften går med til å admi-

nistrere og styre helsebedrifter med omsetning på fra 100.000,- til 500.000,- kr. årlig, og ofte flere ansatte. Samfunnet ville trolig være langt bedre tjent med en fastlønnsordning for legene, hvis arbeidskraft så kunne rettes bedre mot de problemer legene har utdanning for og erfaring i å løse.

Det synes svært uheldig at legene skal bruke tid på prøving og feiling i sin streben for å gi sine kontorer et best mulig medisinsk-teknisk og kontor-teknisk utstyr. I tillegg til at legenes tid, som ofte er den begrensende faktor i primær helsetjeneste, beskjæres, vil en total kostnadsvurdering av helsetjenesten trolig vise at en kan innrette seg mere hensiktsmessig. Ved at Fylkeskommunale eller Statlige organer overtar det administrative og økonomiske ansvar for legestasjonene, vil f.eks. innkjøps- og service-sentraler kunne etableres. Selvfølgelig fordelene med dette vil være at utstyr kan kjøpes inn standardisert og i

store partier, hvilket vil falle rimeligere. En annen og åpenbar fordel er at man gjennom en enhetlig utrustning av legestasjonene kan gjennomføre kontroll- og service-tiltak med det kontortekniske, og i særlig grad det medisinsk-tekniske utstyr. Videre vil en slik organisering åpne veien for en helhetsvurdering av primærhelsetjenesten mot de høyere grader av helsetjenesten. Det utstyr som bør finnes primært, må ses på bakgrunn av den sekundære helsetjenestes muligheter og vurderes mot samspillet mellom primær og sekundær helsetjeneste. En slik oversiktsfunksjon kan en ikke forvente på lavere organisatoriske plan innen helsetjenesten.

I tillegg til de nevnte administrative, organisatoriske og tekniske endringer innen primærhelsetjenesten bør myndighetene treffe tiltak som er egnet til å bevare legene i de perifere distrikter på en mere permanent basis. Dette kan gjøres en-

ten ved restriksjoner eller positive stimulerings tiltak. De restriktive tiltak er trolig ikke så effektive på lang sikt, idet de vil vekke betydelig motstand.

Når stimulerings tiltak skal settes ut i livet, er det en forutsetning at situasjonen på forhånd er analysert slik at en vet hvor problemer finnes. Stimulerings tiltak som skal oppfattes som gode og riktige, må søke å fjerne reelle problemer og ulemper og erstatte disse med fordeler. Jeg vil ikke her gå inn på noen dyptgripende analyse, men nevne noen iøyenfallende slike problemstillinger:

a) Underbemanning med arbeidsmessig overbelastning. Dette kan i noen grad rettes ved en fastlønnsordning med overføring av administrasjon og økonomi av legestasjonen til fylkeskommunalt eller statlig regi.

b) Sette i system en ordning som garanterer etter- og videreutdanning.

c) Avskaffelse av tjenestemannslovens bestemmelser som gjør at ledighet i et distrikt nærmest automatisk belastes nabodistriktet.

d) Faste regler om arbeids- og fritid, alik at ihvertfall en tilnærming til normal arbeidstid kan skje.

e) Opprettelse av vikarservice som kan bidra til dekning i distrikter som er ledige p.g.a. avskjed, sykdom, permisjon, ferie etc.

Stimulerings tiltak som utelukkende tar sikte på økonomisk gevinst, vil neppe være særlig interessante på lengre sikt. Nærmest latterlig i den forbindelse virker Lov av 28. desember 1970 om brenselstilskott.

Tiltak for å stimulere tilgangen på offentlige leger til Nord-Norge og til særlige distrikter i Trøndelag og på Vestlandet i henhold til brev av 28. desember 1970 fra Helsedirektoratet, har trolig også en meget begrenset verdi. Reglene fastslår 2 ukers ekstra ferie pr. år. Videre adgang til 4 mndrs. ekstra tjenestefrihet hvert 3. år. Det er imidlertid en alvorlig hake ved det hele, og det er at distriktslegen selv pålegges å skaffe vikar. Dette fører trolig til ofte til at distriktslegen i virkeligheten tar kortere ferie enn 4 uker for å slippe å bestyre nabodistriktet i

tilsvarende tid. Den totale arbeidsmengde blir så likevel den samme idet nabodistriktet pålegges en betydelig ekstra arbeidsmengde, og en god del arbeid hopper seg opp i ens eget distrikt mens en er borte.

VI) Feilfunksjoner i relasjon til helsetjenestens funksjonelle målsetting.

1) Lavest mulig effektivt behandlingsnivå for en pasient i systemet. Idag blir ikke de diagnostiske og behandlingsmessige muligheter som foreligger på primært nivå utnyttet av primærlegene av flere grunner.

a) Arbeidsoppgavene overstiger langt arbeidskapasiteten. En må prioritere oppgavene hårdhendt og ta seg av det aller mest nødvendige. Endel pasienter sendes videre i systemet fordi en ikke har tid og overskudd til å løse problemene lokalt.

b) Inadekvat medisinsk-teknisk og kontor-teknisk utrustning gjør at en ikke kan løse problemer og oppgaver rasjonelt og effektivt nok. Den labile bemanning i utkantsdistriktene gjør at disse får en stadig skiftning i utstyr og hjelpepersonell. Dette følger nemlig ofte distriktslegen personlig. Hver ny lege må bruke atskillig tid på å bygge opp en ny service-enhet.

2) Kortest mulig behandlingstid på et gitt nivå. Manglende arbeidskapasitet og manglende organisering fører til ventetid. Det vil også tendere til å gi for lav effektivitet i kontroll tiltak med mulighet for lengre behandlingstid enn nødvendig.

3) Raskest mulig nedtrapping til det lavest mulige omsorgsnivå.

Manglende eller dårlig organisert kommunikasjon mellom primær og sekundær helsetjeneste tenderer i retning av lengre behandlingstid enn nødvendig innen sekundær helsetjeneste. Ofte vil der gå langt mere tid enn nødvendig fra en pasient er overført fra sekundær nivå til primær nivå før de nødvendige opplysninger når frem til primær nivået i form av epikriser. Konferer forøvrig med de langt strengere krav til opplysninger når pasienten skal overføres fra primært til sekundært nivå. Her er regelen at pasienten ikke mottas før etter at

opplysninger er mottatt. Senest skal opplysningene foreligge samtidig med pasienten. Denne åpenbare svikt i kommunikasjonen skyldes trolig en manglende forståelse for alle enkeltledds betydning i den samlede helsetjenestes funksjon.

VII) Forslag til tiltak.

1) Opprett et offentlig legegeves med heltidsansatte leger på en fastlønnsordning med plikt til å utføre såvel preventiv som kurativ medisin. En umiddelbar følge av dette vil være mulighet til en ordnet arbeids- og fritid og ordnete vaktforhold. Videre vil man måtte forsøke å tilstrebe tilstrekkelig bemanning. Dette vil gi en langt bedre sikring for at befolkningen i utkantsdistriktene får en helsetjeneste som kan oppfylle konkrete helsepolitiske mål.

2) Offentlig (fylkeskommunalt eller statlig) oppbygging av primærhelsetjeneste. Dermed vil også primærhelsetjenesten økonomisk-administrativt få samme status som høyere nivåer av helse-tjeneste. Dette vil igjen gi mulighet til sentrale innkjøps- og serviceorganer samt rådgivningstjeneste av såvel faglig som medisinsk-teknisk og kontor-teknisk art. Dette vil kunne sikre en mere homogen primærhelsetjeneste og vil trolig på lengre sikt føre til en bedre forståelse på alle plan innen helsetjenesten for hvilke oppgavetyper primærhelsetjenesten kan og bør løse.

3) Ordnet system for en bedre kommunikasjon mellom de forskjellige nivåer innen helsetjenesten. Et grelt eksempel på hvordan dette idag fungerer perifert, er at jeg nu i nesten 3 år har fungert i mitt distrikt og i denne tid har jeg hatt anledning til å overvære et eneste faglig møte ved det lokale sykehus! Dette er trolig ikke enestående. Min kontakt med det lokale sykehus er pr. brev og telefon, og det er klart at en slik kontakt ikke er egnet til å gi en dypere bilateral forståelse av samarbeidsproblemer, og andre problemer.

4) Garantert og strukturert opplegg for etter- og videreutdanning for primært helsepersonell, eventuelt med særlige tiltak for vanskeligstilte utkantsdistrikter.

Per Wium:

Norges største helserådsmøte

Dette ble avholdt i Skien 28. og 29. mars og innbudt var helserådspersonell fra Østfold, Vestfold, Buskerud og Telemark. I tillegg til helsepersonell herfra var det innbudt en del fra andre kanter av landet, og undertegnede hadde fått anledning til å følge dette helserådsmøtet.

Den offisielle tittel på møtet var "Seminar i teknisk hygiene", og det forundrer vel ikke mange at det var fylkeslegen i Telemark, Hans H. Tjønn, som også er formann i Norsk Forening for Samfunns- og Miljømedisin, som hadde tatt initiativet til dette. Og i balkongsalen på Ibsenhuset satt benket rundt bordene fylkesleger, statsleger, distriktsleger, kontrollveterinærer, byveterinærer, helsekontrollører, sunnhetstjenester, legekonsulenter, helseinspektører og statsveterinærer. Man savnet vel kanskje helse-søstrene, man har blitt så vant ved de og føler seg ille til mote når de ikke er tilstede.

Som et meget godt prinsipp for seminaret gjalt at vi må daglig selv ta stilling til disse sakene, vi har liten nytte av å høre på høyt spesialiserte folk innen bransjen. Vi må arbeide praktisk med de forliggende lover vi har. De fleste har for liten trening og opplæring i ren administrativ saksbehandling og føler seg også mange ganger på gyngende grunn når det gjelder faglig dekning for begrunnelser og vedtak i helserådene.

Nå skal det tilføyes at en del teori ble fremført, men det ble fremført på en sjarmerende måte av folk som sitter eller har sittet i

helseråd, og som har kjent problemene på kroppen.

En utmerket innledning av ass.fylkeslege Olav Røynealand hvor det ble gjennomgått selve helserådsmøtet med saksforberedelse, innkalling, annonsering, protokoll og utskrifter, fylkeslegens bistand og helsedirektoratets bistand.

På en like sjarmerende måte ble forvaltningsloven og offentlighetsloven belyst i helserådets saksramme. Konklusjonen på den diskusjonen som foregikk meget livlig, var vel at en del av innholdet i disse lover skjønner man ikke, men man må bruke lovverket som et kart selv om det er enkelte hvite flekker. Spesielt var det vanskelig for ikkejurister å skjønne forskjellen på vedtak og enkeltvedtak i forvaltningsloven, og Utposten er takknemlig om en habil leser kan gi oss råd i denne sak, det må imidlertid være en som har kjennskap til helserådsarbeidet.

Jeg skal ikke her gjengi møtets innhold, det fører for langt, og det må arbeides på en helt annen måte for å få mere opplysning om helserådsarbeidet. Jeg synes møtet i Skien var et mønster på hvordan det skal gjøres for å få praktisk grep på helserådsarbeidet, samtidig som man har med en del erfarne folk som hjelper de yngre litt uerfarne på riktig vei. Det kan imidlertid tilføyes at en del av de såkalte erfaringene på en hel rekke områder røpet at de grunnleggende var så erfarne. Dette er jo også en meget nyttig erkjennelse.

Men tilbake til Norges største helserådsmøte og jeg skal bare her referere sakskartet. Vi skal i "Utposten" i et annet nummer ta med en av sakene in ext.

SAKSKART.

1. Søknad om konsesjon fra N-fabrikker for installasjon av oljefyrt dampkjele.
2. Disposisjonsplan for hytteområde.
3. Planlegging av ny søppelplass i kommunen med søppelkvern og tilsetting av kloakkslam.
4. Søknad om bygging av en hytte.
5. Vurdering av et veiprosjekt
6. Vurdering av Gulltun Institusjon for handikappede.
7. Søknad fra NN om endring - tilbygg, innlegging av bad og klosett, klagesak.

Disse sakene ble fremlagt for helserådet slik det hadde kommet til et av landets helseråd, og hverken mer eller mindre bakgrunnsmateriale enn det helt realistiske lå på våre bord.

Det var med glede man merket at hele salen var med da vi etter oppdeling i små helseråd kom sammen i plenum for å drøfte våre konklusjoner og svar på en del spørsmål som var stilt på forhånd.

Jeg vil sterkt anbefale dette tiltak til også andre fylker, og vil anmode fylkeslegene om å ta opp denne saken eventuelt i samarbeid med SMM, som så vidt jeg skjønner er villig til å hjelpe til med arrangement andre steder i landet. Jeg tror også dette kunne være en ting for helsedirektoratet å få inn som et løpende etterutdannelses tilbud for personellet i helserådene.

LEGE ANNE NYBORG:

Behandling av håndeksem

Astma- og allerginytt nr. 2 for 1974 inneholder en artikkel av ass. overlege Andreas Espedal om håndeksem. Forfatteren hevder her: "En anser det som en selvfølge at hudlege konsulteres i et hvert tilfelle av håndeksem,"

Jeg er dypt uenig i denne påstanden.

For det første er det urealistisk og uoppnåelig. I 1972 hadde vi 86 hudspesialister i Norge, halvparten (44) bodde i Oslo-området, og en eneste var bosatt nord for Trondheim.

For det andre kan de fleste tilfeller av håndeksem behandles med godt resultat av

de almenpraktiserende leger. I Norge har vi en primær helsetjeneste hvor distriktslegene og de øvrige almenpraktiserende leger står sentralt. Vi ønsker å beholde dette systemet, med en moderne versjon av tidligere perioders huslege. Vi ønsker ikke et system med overveiende spesialister, hvor pasienten må gå til lege for å kontrollere blodtrykket, til en annen for sår hals, til en tredje med håndeksem osv. Vi ønsker å beholde vår relativt godt utbygde primærlegetjeneste først og fremst for pasientens skyld. Primærlegen vil oftest kunne vurdere pasientens totale situasjon bedre enn en spe-

sialist.

Det er imidlertid viktig at befolkningen har tillit til de almenpraktiserende leger. Dette avhenger selvfølgelig av oss som driver almenpraksis, men det avhenger også av våre kolleger på sykehus, og av spesialistene, hvis uttalelser tillegges stor vekt blant publikum.

Jeg tror jeg kan trøste de av Astma- og Allerginytts lesere som ikke har en hudspesialist i nærheten: Dere kan trygt oppsøke almenpraktiserende lege for håndeksem, og regne med god behandling.

KLIPP UT!

KLIPP UT!

PLAKAT TIL LEGENS VENTEVÆRELSE

Legene og trygdevesenet har inngått avtale om at pasientenes betaling til leger skal kontrolleres med stikkprøver for å få en oversikt over hva pasienter samlet betaler til legene.

Noen pasienter kan således vente å få forespørsel fra trygdekontoret om hva de har betalt til legen, og pasienter bes derfor oppbevare kvitteringer for innbetalt mellomlegg.

KLIPP UT!

KLIPP UT!

Brev fra heltidsansatt kommunal lege til det lokale trygdekontor:



Til N.N. TRYGDEKONTOR.

Honorar legeerklæringer.

Jeg tillater meg med dette å søke om å slippe og motta honorar for legeerklæring til folketrygden vedr. attføring og uførhet.

Begrunnelse:

Pasientene undersøkes og erklæringene skrives i kommunens arbeidstid. Erklæringer blir forøvrig diktert, og skrevet av assistent ved kontoret her. Hele prosessen skjer altså i regi av sosialkontorets vanlige virksomhet.

Ganske visst hender det nok at jeg arbeider lengre enn svarende til kommunal arbeidstid. Men de klienter dette gjelder, mottas alltid i ordinær arbeidstid, og erklæringene blir skrevet i ordinær arbeidstid. Jeg har viss rett til privatpraksis, men disse klienter utgjør ikke noen egentlig privatpraksis, og dertil kommer at privatpraksis skal henlegges til ikke ordinær arbeidstid.

Som kjent mottar jeg heller ikke klienter for slike erklæringer som ikke i forveien har en form for tilknytning til sosialkontor. Hele dette arbeide utgjør et supplement til den service kontoret i sin helhet forsøker å yte.

Brevet er ikke besvart, og vil vel heller ikke bli besvart. Dertil er byråkratiet for innviklet.



Innleggelsesskrivet enda en gang

Av Nils Stangeland, ØNH-spes.

Jeg håper UTPOSTEN også kan ta inn et innlegg fra en sykehuslege om nevnte problem.

Etter å ha lest innlegget fra LTH i nr. 1/74, får en følelsen av at distriktsleger og sykehusleger skal sitte på hver sin høye hest og motarbeide hverandre. Det er altså ikke nødvendig for journalskriveren å vite annet enn diagnose fra innleggende lege. Etter 7 år som journalskriver, også nordpå, vet jeg å sette pris på et utførlig innleggelsesskriv, og man sender en vennlig tanke til vedkommende kollega, ja, for vi er vel kolleger, eller ikke? som har tatt seg tid til å sende opplysninger som ellers ikke kom frem i journalen. Eller hva har så LTH å si til "jeg bruker en hvit, stor tablett, og to små røde." Eller det kommer fram etter flere dager at pasienten har vært innlagt psykiatrisk avdeling

men dette vil pasienten helst fortie. Eller pasienten henvist til utredning med et rødt kort med diagnosen: Vertigo. Intet mer.

Samtidig forlanger LTH at epikrisen skal sendes samme dag pasienten forlater sykehuset, og inneholde alt om pasienten og det videre opplegget. Jeg er selvsagt enig i det siste, men vi bør da kunne innse at dette er et gjensidig forhold og samarbeid, ikke minst det siste.

LTH nevner "hierarkinevroser i norsk helsevesen". Jeg ser dette som et uttrykk for LTH's manglende evne til samarbeid med sine sykehuskolleger som OGSÅ har meget å gjøre på sine vakter, men LTH har kanskje glemt sin tid som en noe usikker turnuskandidat. Innlegget fra AL i nr. 3/74 ga iallefall meg noe av troen på samarbeidet oss leger imellom tilbake.

Hadde det bare vært mulig å få de forskjellige leger til å kunne forstå at det er pasienten som vi alle undersøker og prøver å hjelpe. Derfor er et utførlig innleggelsesskriv for pasienten et viktig dokument, og fører også i sin tid til en utførlig epikrise.

Jeg vil ellers anbefale LTH å rasjonalisere sitt arbeid, blant annet er det også mulig for ham å anskaffe diktafon dersom det er behov. Fremdeles er det mange sykehusleger som må skrive sine epikriser fra polikliniske pasienter selv, også på overtid, og dette gjøres av meg til kolleger som ikke sender opplysninger med pasienten, med STOR ulyst.

Oslo, 20.4.74

A propos innleggelsesskrivet

AV JON B. REITAN, RES.LEGE

Distriktslege Lunde svarer i UTPOSTEN 3/74 på distriktslege Hansens hertesukk over innleggelsesskrivet. - La det være tillatt en "fra den andre side" å ytre et par kommentarer.

Dr. Lunde luftet synspunkter som man fullt ut må kunne slutte seg til. Men jeg savner et par vesentlige tilleggsmomenter. På sykehus vil utredning av en pasient uten innleggelsesskriv ofte bli å begynne på nytt med Adams skapelse. Innleggende lege som jo kjenner pasienten, vet ofte betydelig mere

enn pasienten selv. - "Det var noe med vannet" er lite å bygge på. Vet man derimot at pasienten hadde nefritt, urolithiasis eller annet, kan man komme frem til et meget bedre og sikrere resultat. Stadig tilbakevendende problemer som "er digitalis seponert, og i tilfelle når?", "er den høye SR kommet akutt, eller er den av eldre datum", "jeg bruker noen små hvite tabletter" kan medføre at vurdering, behandling og epikrise kan bli mystiske. Innleggelsesskrivet kan her sikre at undersøkelsene penes inn i riktig spor.

La oss være enige om at primærlegen kjenner pasienten best, men behøver opplysningene å være en hemmelighet? Skal man gi pasienten det best mulige utgangspunkt, er innleggelsesskrivet ofte essensielt, ikke for å tilfredsstille hovne sykehusleger som mener de har greie på sakene. Det er for pasientens skyld det bør skrives noen ord.



En tablett i kveld kan forebygge allergi i morgen

Phenergan[®]

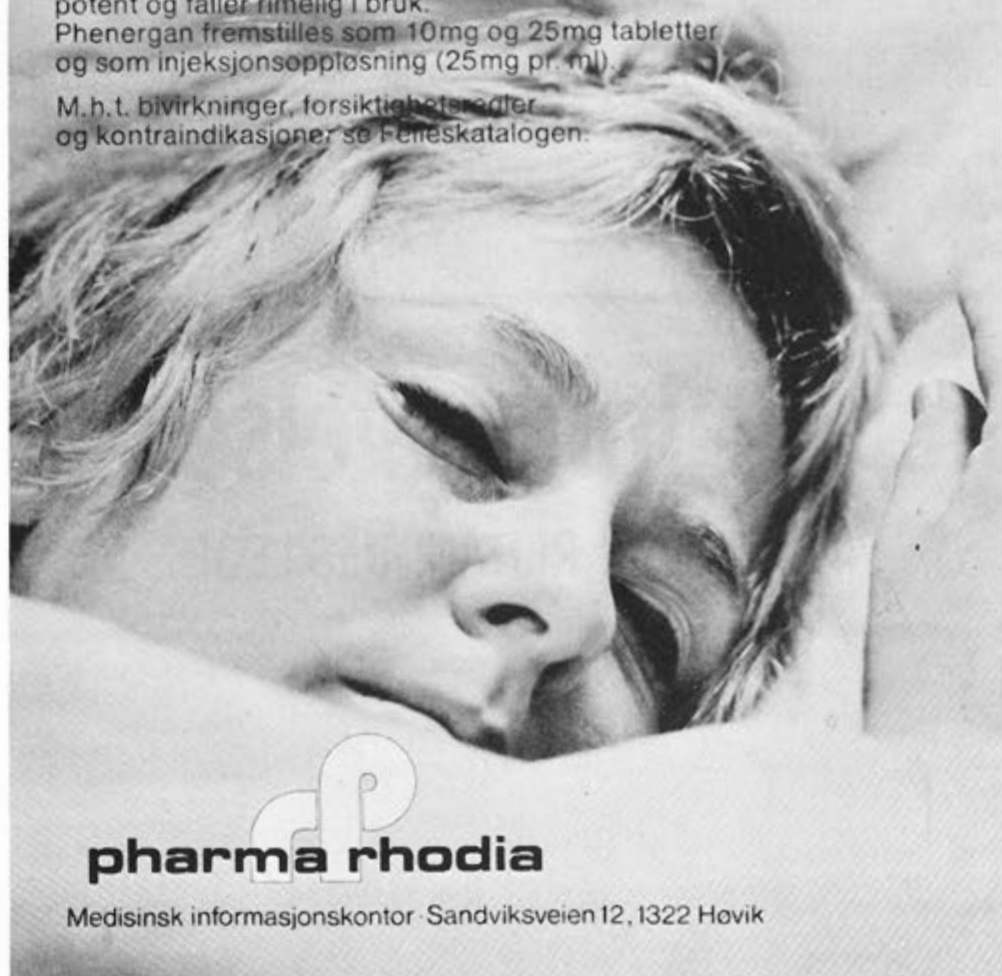
Promethazin

Phenergan ved sengetid gir i de fleste tilfelle god søvn og frihet fra symptomer den følgende dag. Phenergan har vært brukt i mer enn 20 år, og erfaringen bekrefter stoffets spesifikke antihistamineffekt.

Phenergan har også sederende effekt, er meget potent og faller rimelig i bruk.

Phenergan fremstilles som 10mg og 25mg tabletter og som injeksjonsoppløsning (25mg pr. ml).

M.h.t. bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner se Feneskatalogen.




pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik