

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 5

JUNI/JULI 1974

ÅRGANG 3



Til distriktshelsetjenesten

AV INNHOLDET:

- | | | | |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|---------|
| — Helsedirektørens møte | side 2 | — Enelegen | side 8 |
| — Kan vi forebygge Nitter-saker? ... | side 3 | — Fra Finnmark til Saigon | side 10 |
| | | — Studiekritisk grammofonplate | side 14 |

UTPOSTEN

Redaktorer:

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.

Helsedirektøren sa på sitt møte 6. juni 1974 med de offentlige legene –

at vi står inne i et betydelig reformarbeid. Fagfolkene utarbeider alternativer så langt det er faglig mulig. De folkevalgte avgør prioriterting. Fagfolkene får så igjen ansvaret for å få sette ut i livet de folkevalgtes beslutninger.

at det forebyggende helsearbeid må settes inn utenfor det tradisjonelle helsevesenets felt, f.eks. i nærmiljøutforming. Derved oppstår problemer med faglig kompetanse og prioritering av ressurser. Det vil kreve en personellmessig opprustning av distriktslegetaten, hvilket undervisningsmessig vil bli en utfordring til våre universiteter. "Man" må sørge for en kontinuerlig videre- og etterutdannelse av den offentlige lege.

at målene for helse- og sosialarbeidet i fremtiden vil bli å skape en helhet av helsetjenesten i og utenfor institusjonen, en rimelig geografisk spredning av helsetjenesten og arbeid med å integrere helse- og sosialarbeidet. Desentralisering og optimal utnyttelse av ressurser er nøkkelord.

at helsevesenet har hatt en vekstrate på 20 - 25% de siste 5 år, helsesektoren

er gjøkungen i samfunnsreiret. Etter landets helseinstitusjoners ønske om nye stillinger i 1975 kommer man til tallet 7280, mens et optimistisk kalkyle av brutto tilgang på arbeidskraft i Norge samme år er ca. 10 000. Konklusjonen av dette er at vi må økonomisere og utnytte de foreliggende reserver maksimalt. Vi må også klargjøre for befolkningen hva moderne medisin kan yte, og hvilke valg vi egentlig står overfor.

at distriktslegetjenesten blir fundamentet i den fremtidige helsetjeneste. Institusjonene vil være hjelpelementer.

at Odelstingsproposisjon nr. 44 om planlegging og forsøk av helsetjenesten utenfor institusjon, ble fremlagt 5.april. Den gir hjemmel for planlegging av helsetjenesten utenfor institusjon. Den haster, for det første fordi man ønsker en rasjonell utbygging, og utbygging er allerede i gang, for det annet fordi man nå har en stor tilgang på nye leger, mens sykehustillinger er begrensede. - Man frykter en etter hvert ukontrollert plassering av

LEON-PRINSIPPET:

Lavest Effektive Omsorgs Nivå –
Grunnlag for dagens helseplan-
legging. Distriktslegetjenestens
utfordring og brekkstang.

gruppepraksis i tettsteder. Fylkeslegene på Østlandet har lange lister av yngre leger som ønsker å opprette gruppepraksis. Noen tilsvarende har fylkeslegene i Vest- og Nord-Norge ikke. I dag har man ingen vakanser i distriktslegetjenestene utover det som kommer av skifte i stillinger, tvert imot, det er en påtakelig tilgang av antall søker. Stortingets sosialkommitté vil vente med å behandle Odelstingsproposisjon nr. 44 til Stortingsmelding om Sosialreformkommitéens innstilling nr. 2 har vært fremmet, eller i det minste til kommitéen er kjent med innholdet i en slik melding.

at det pr. i dag opprettes ca. 15 nye distriktslegestillinger pr. år, og at man antakelig kan vente en opptrapping av dette i fremtiden.

at finansiering av den fremtidige helse- og sosialtjeneste foreløpig ikke er avklaret.

at man i nærmeste fremtid kan vente seg en omlegging av den polikliniske virksomhet ved sykehusene,

Forts. side 13.

Henrik Seyffarth:

Kan vi forebygge nye Nitter-saker?

AVD. FOR
UHELBREDELIGE



I "Utposten" nr. 2, 1974, står en utmerket redaksjonell artikkel om behandling av kreft-pasienter. Jeg håper det kan være av interesse å kommentere denne sak som det den er, nemlig en historie som stadig har gjentatt seg i medisinen opp gjennom årene, så som jeg også kan tale med om p.g.a. personlig erfaring. Vi må regne med flere slike saker kan oppstå, bl.a. fordi vi lever i målevitenskapens tid, og at empiriske arbeider lett kommer i konflikt med det som er oppmålt og vedtatt. Hvis det er så at det er en viss lovmessighet i den måten det reageres på når det gjelder nye ting, skulle det også kunne gå an å forebygge nye Nitter-saker. Er menneskeheten kommet så langt at dette lar seg gjøre?

I en artikkel i "Utposten" står at "der har vært for liten meningsutveksling hit-til". Jeg tror vi kan si at dette gjelder for store deler av vårt vitenskapelige miljø. Oppdager to forskere at de er uenige om et problem, møtes de ikke for rolig å diskutere gjennom problemet.

Langt mere vanlig er at man graver seg ned i en skyttergrav slik at motsetningen utvides. En saklig uenighet ender ofte med uvennskap.

Årsakene til disse forhold ligger kanskje delvis i ordningen med doktorgraden, da det særlig før i tiden ble lagt vekt på at man arbeidet selvstendig.

Mangel på evne og vilje til å samarbeide hemmer i høy grad forskning, - men dette stikkes ofte under stol, slik som f.eks. i en debatt i fjernsynet for en tid siden.

Men selv om vi blir mere klar over disse forhold, må vi antagelig regne med at der dypt i menneskenaturen ligger en trang til å være uenig, - at der er innebygget i oss et Babylons tårn. I denne forbindelse er det av interesse å se hva dr.phil. Peter Skagestad skriver om en bok av filosofen Karl Popper (Aftenpostens kronikk 25/2-1974): "Fordommer og feiltagelser er for Popper ikke hindringer for erkjen-

nelsen, men tvert imot essensielle komponenter i erkjennelsens fremskritt. Den kritiske metoden, hvorved alene erkjennelsen kan gjøre fremskritt, forutsetter nemlig forutgående fordommer og feilgrep for at den i det hele tatt kan tre i kraft. Så lenge vi er redde for å ta feil, kan vi aldri lære noe."

Dette er en vis manns ord. I praksis heter det stort sett: "Den som gjør en feil, skal henges."

De konflikter vi møter i medisinen, støter vi også på i andre faggrupper. Her kan nevnes historien om det nuværende spiralbørr. Først flere år etter at det var godtatt i U.S.A., begynte man å bruke det i oppfinnerens hjemland, Tyskland, hvor det opprinnelig ble forkastet.

I artikkelen i "Utposten" står det om Nitter-saken at "prinsipielle motsetninger er årsaken til den debatt som er kommet i stand". Jeg tror det er nærmere sannheten det som skrives senere i

artikkelen, nemlig at "konsentrasjon av anerkjente spesialister lett skyver andre ut av lyset på en uanständig måte, fordi deres verdinormer ikke passer i mønsteret." Det er altså ikke en debatt mellom to likeverdige motstandere, men på den ene side dem som sitter med makten og representerer den herskende oppfatning, og på den annen side den ene forsker som kommer med det nye som ikke passer inn i mønsteret. Istedentfor å ta det nye opp til full undersøkelse, og så bedømme det, viser historien at det som er de makthavendes hensikt, er å undertrykke det nye, fordi det nye gjør at makthavernes egen posisjon blir mere usikker. Om den historiske utvikling av en slik konflikt kunne vi forresten lære meget av Ibsens "En folkefiende". Lignende konflikter er fremstillet f.eks. i Johan Torgersens bok "Fra Hippokrates til Darwin", Gyldendal 1958, eller boken "Kirurgiens seierstog" av Jürgen Thorwald, Aschehougs forlag 1957. Om den siste boken skrev jeg i "Syn og segn" 1959:

"Her får vi vite at hver gang en forsker hadde funnet noe nytt gjennom praktisk erfaring, f.eks. narkose, anti-septikk (Lister) eller aseptikk, ble han møtt ikke bare med mistro, men direkte med hån og forfølgelse. Da jeg hadde lest boken, skammet jeg meg over å være lege."

De generelle trekk ved en Nitter-sak.

Man har et mønster, og her i Norge er det uten tvil sykehuslegene som bestemmer dette mønsteret. Av og til kommer der unge mennesker med idéer som bryter med mønsteret.

1. stadium.

Det som da ofte skjer, er at man dysses ned med et overbarende smil. Men ikke alle lar seg dysse ned. Enkelte er sikre på at de gjør noe godt, og tror også at bare andre får øynene opp for deres innsats, vil de bli møtt med anerkjennelse. Fra medisinens historie kan nevnes folk som Kneip og Semmelweis. Men der kommer ingen anerkjennelse, men en taus krig. Ikke en åpen, ærlig diskusjon, men en

stille kamp i det skjulte.

2. stadium.

Noe av det første de makt-havende gjør, er å sikre seg at ikke "profeten" får for mange tilhengere. Som eksempel kan nevnes at professorene ved Universitetet i Paris fikk de franske studenter til helt å boikotte forelesningene til professor Laennec som innførte stetoskopet. Der utvikles en meningsterror da det medfører ubehag å ta parti for profeten. - I skile tilfeller gjør de fleste av oss som apostelen Peter før hanen galte. Eller vi "tåler så inderlig vel den urett som ikke gjelder oss selv".

De meninger som består blant de norske leger, har på meg virket skremmende ensrettet. Den feighet som oppvises er ofte utrolig. Således hører det til mine såreste minner hvorledes tidligere elever har skrevet artikler som helt sløyfet det nye kontroversielle de hadde lært av meg, og som tidligere hadde begeistret dem.

Mønsterets tilhengere går med verdige skritt inn for å trekke profetens arbeide i tvil. Istedentfor å gå til profeten selv, foretrekker de på avstand å fordomme ham. De fremhever bare de svake sider, som forøvrig de fleste vitenskapelige arbeidet har. Hvis "profeten" bygger sin oppfatning på erfaringer, kritiserer de hans arbeidsteori fordi han ikke har klart å bevise sin oppfatning.

(I virkeligheten kan vi som regel ikke komme lenger enn til en arbeidsteori, - og "sannheten" består ikke i så svært mange år.)

Et vanlig brukt kampmiddel er å tillegge profeten meninger han slett ikke har. (Om Nitter ble det sagt at han mente at hans kur kunne erstatte den vanlige kreftbehandling.)

3. stadium.

Nu er krigen gått over i et hissigere stadium, da man tar person istedenfor sak, og her er det ofte at en fjær blir til fem høns. Jeg kjente således en nybrottsmann i et av våre naboland, et av de klokest og fineste mennesker jeg har kjent. Men da kampen

raste på det verste, fikk han ad omveier vite at han ble ansett som delvis sinnsyk, (noe lignende hørte jeg om dr. Nitter.)

Det gjorde i sin tid et sterkt inntrykk på meg da jeg hørte et foredrag av den tidligere Oslo-kirurgen Asbjørn Nilsen, hvor han fortalte om hvorledes man hadde satt ut onde rykter om hedersmannen Lister - anti-septikkens far. Han ble senere adlet.

Ett kampmiddel er å ta fra "profeten" en offentlig stilling. Er der muligheter, blir han avsatt. Dette kjenner jeg til av egen erfaring, - men kan ellers henvise til Arne Garborg og historikeren Sars. Man går også løs på profetens omgivelser, det fikk assistenten til Semmelweis erfare. Han ble behandlet av politiet på en slik måte at han fant det tilrådelig å reise til sitt hjemland. Ved å skandalisere hans assistent, håpet man altså å ramme Semmelweis selv i det alminnelige omdømmet.

4. stadium.

Almenheten kommer inn.

Og så er vi kommet til det stadium da almenheten er kommet med i diskusjonen, slik som det også gjaldt med Nitter-saken. Og her tror jeg professor dr.med. Per Sundby, Institutt for Sosial-Medisin, november 1971, har sagt det rette:

"Dessverre er det så at kjennsgjerninger sjeldent overbeviser noen om annet enn det de allerede av andre grunner er modne for, og derfor er det også nødvendig å gå til opinionen med uløste sosiale anliggender. De "ansvarlige instanser" lar seg sjeldent påvirke av forskning før opinionen krever det av dem. Derfor anser jeg det personlig av stor viktighet å øve opinionspåvirkning med den type forskning som ofte er aktuelle på det sosialmedisinske felt."

Og så skjer det at leger som er utenfor sykehusets doméne får det moralske mot at de står frem og forsvarer Nitterkuren. Det er blant annet som talerør for disse krefter i folket som vil

forbedring, at "Utposten" har en av sine store oppgaver i fremtiden. Og kanskje kan bladet da være med på å forebygge "Nitter-saker", idet de i sine spalter har en åpen dialektikk på et tidlig stadium.

Tillitskrise mellom almenheten og forskning.

Efter dr. Nitters foredrag i Medisinsk Selskap i Oslo 6/3-74, var det en av hans motstandere som fremhevet hvor uheldig det var med denne publisitet omkring Nitter-kuren. Den gjorde at folk forlangte å få denne behandling, og skapte en tillitskrise til den ordinære medisin. At der skjer uheldige former for opplysning og at ikke alt som hender er like bra, må vi vel alle være enige i. Men for øvrig er en tillitskrise mellom folk og leger allerede nokså vel utviklet, f.eks. går jo folk til kiropraktor før de søker lege i mange tilfeller. I Nordisk Medicin vol. 88, april 1973, står en redaksjonell artikkel om Medicinsk forskning och samhället. Jeg siterer:

"Lekmannen värderar forskningen främst efter resultatens praktiske tillämpning. Arbets- och trafikolycker, stress och andre yrkesäkommor, psykosomatisk belastning etc. är väsentliga problem för allmänheten, men den medicinska forskningen har knappast interesserat sig för detta - än mindre agerat för att förebygga problemen. Järför är det berättigat att tala om en förtroendekris mellan allmänheten och den medicinska forskningen".

Alle nye idéer kan fremkalte en åpen tillitskrise til de makthavende. Ofte har den i virkeligheten eksistert allerede på forhånd, om enn ikke så kjent. Hvorledes var det ikke da gynekologen Semmelweis arbeidet på hospitalet i Wien. Alle kvinnene ville ligge på hans avdeling, for der døde man ikke. Jeg skulle anta at noe lignende var tilfelle med Listers antiseptikk-metode, idet han ble utskjelt før han ble godtatt. Den som finner det nye, har valget mellom enten å la det bli undertrykket eller å offentliggjøre det, selv om den etablerte medisin derved kommer noe i miskredit.

Historien viser at dette ofte har vært nødvendig, og at det har vært riktig. Hvis det nye viser seg å være galt, vil det hurtig falle tilbake fordi det viser seg å være juks. I så tilfelle vil da legestanden øyeblikkelig bli rehabilert og vel så det.

Men trenden blir i alle tider den samme. Der kommer en sterk mann som holder på synspunkter som er fremmede for legestanden. Legestanden undertrykker dette synspunkt så lenge som mulig, men til slutt brister det, idet den som kommer med de nye synspunkter, må appellere til folkemeningen. Dermed føler naturligvis legestanden seg toucheret. Men folkets helbred må vel være den øverste lov.

Er vitenskapsmannen mere objektiv enn andre når han kommer utenfor sin forskning?

Som unge studenter er vi noget mere idealistiske, og vil gjerne tro på den herskende mening. Som eksempel på hvorledes religiøs tro på vitenskapen kan ytre seg, vil jeg nevne en svensk kollega, senere en meget fremtredende professor i medisin, som sa: "Men de virkelig store forskere kan vi alltid vite på."

Da måtte jeg minne ham om den store celleforsker Wirckhoff, som vi studenter fikk servert med sukker på. Men selv Wirckhoff hadde i mange tilfeller en lite vitenskapelig holdning, og greide ved sin autoritet å hemme megen sann erkjennelse. Han motarbeidet således Darwins lære, derefter satte han sin autoritet inn i å motarbeide den mann som oppdaget at tuberkulosen var smittsom, Willmin, og tilslutt også Semmelweis, som fant ut at barselfeberen var en smittsom sykdom. Han hindret også Robert Koch i å få lov til å arbeide ved Universitetet i Berlin. Wirckhoffs store innsats var jo å vise at alle celler kommer fra celler, og andre medisinske fremskritt motarbeidet han altså etter evne. Hvorfor fikk vi ikke vite dette som studenter? Vi må i det hele tatt bort fra den oppfatning at konflikter innen medisinens oppstår først og fremst på grunn av forskjellig syn bygget på vitenskapelige iakttagelser. Dette fremgår så tydelig av det geniale

dikt Ivar Aasen har skrevet.

Digt og Sanning.

Det hender tadt, naar ukjend sanning dagast,
at hennar ljós er inkje alle kjært.

Dei ottast, at dar skal ei møda lagast
med nye ting, som inkje dei ha' lært;
dei undrast paa, at nokon skulde vite
ein veg, som inkje dei ha'
kunntat sjaa
dei harmast paa, at nokon skulde gita,
at det var rangt, som dei ha'
trutt uppaa.
So gjeng dat til, at mang ei gamall drøsja
kan vera lengje trudd og havd
so kjær
og fyre-stridd og vard med
slik ei øsa,
at d' er eit vaagespel te
koma nær.
So gjeng dat til, at sanningi
maa strida
so tadt imot ein stor og
herdug hop
at ho maa stundom fare stilt
og bida
til dess at hopen tagnar med
sitt rop.

Ut fra ovenstående vil jeg hevde at almenheten ikke har lov til å gå ut fra at vitenskapsmenn gjør det rette, hverken overfor hverandre eller når det gjelder den tredje part i saken, nemlig almenheten.

Vi bør få en egen ombudsmann for forskere.

Under Nitter-saken ble det svært ofte fremhevet hvor mange mennesker som hadde kommet til å lide, hvis ikke Nitter-saken var kommet til almenhetens og legenes kunn-skap, bl.a. gjennom ukeblad.

Slike situasjoner bør ikke gjenta seg, og jeg tror at en ombudsmann kan være med på å forebygge nye Nitter-saker.

I anledning Nitter-saken foreslo jeg i Aftenposten 30/1-1974 at man skulle ha en egen ombudsmann for vitenskapsmenn. Når der er uenighet angående andre forhold, eiendomsforhold, skilsmisses osv., har man adgang til å søke sine advokater. Når det gjelder vitenskapelige nyvinninger derimot, står den "profeten" som jeg har kalt ham, temmelig hjelpelös. Vi

burde i hvert fall ha en institusjon tilknyttet Universitetet som påtok seg å undersøke alle slike konflikter så snart de ble innanket for ombudsmannen. Ombudsmannen skulle så utvelge to sakkyndige for hver part, som så nøyte kunne gjennomgå sakens dokumenter.

Her er vi ved et springende punkt, idet jeg også ut fra egne erfaringer kan vise til at man dømmer på avstand og simpelthen nekter å gå til bunns i de problemer det dreier seg om - selv om det gjelder fakta som alle kan iaktta.

Jeg tror en ombudsmann delvis vil virke som riset bak speilet. Men enda viktigere er det at de fire sakkyndige blir tvunget til å sette seg

inn i motpartens argumenter. Efter min egen erfaring å dømme, tror jeg at bare det at man får klarlagt meningsforskjellen, vil være nok til at saken får en verdig løsning.

Vi leger er vel like bra som andre, men vi nærer en stor uvilje når det gjelder å si imot den kompakte majoritet. Jeg minnes således den gang jeg av makelighetshensyn i begynnelsen godtok kollegers fordømmelse av ultralyd, for senere å finne at det ofte var en meget nyttig behandlingsmåte.

La oss få en ombudsmann for Universitetet som sørger for at nye tanker får anledning til å spire. Orginale tanker er sjeldent vare.

En ombudsmann kunne også medvirke til at en universitetsklinik tok opp til prøve f.eks. de omstridt behandlingsmåte. Når det gjelder Nittekuren, har den ingen bivirkninger, og kan appliseres uavhengig og uten fortrengsel for andre metoder.

Til slutt vil jeg hevde at hvis vi leger fikk vite mere om oss selv i studietiden, og også om medisinens historie - så kom vi til å bli litt mere tolerante. Hvorfor får vi ikke vite mere?

Jeg spurte en kjent psykiater om dette, og han svarte uten å blinke: "Jo, det skal jeg si deg med en gang," sa han, "det skyldes at mennesket er redd for det ukjente i mennesket."

Bokanmeldelse:

Karl Løken: **KARJOL-** **DOKTER'N**

J. W. Cappelens forlag A/S
140 sider

Anmeldt av A. O. Aasen

Fra 1888 til 1936 virket Karl Løken som distriktslege i Brumunddal, og det er om ham hans sønn skriver i denne boken.

Imidlertid kan tittelen virke misvisende, idet boken for en stor del gjør rede for forfatterens slektsforhold. Denne redegjørelse er meget utførlig, samt at boken forteller om en tid på Østlandet som bar preg av overgang fra den gamle tradisjonelle naturhusholdning til den utvikling vi står midt oppe i i dag. Hva distriktslegevirksemheten på den tid innebar, forteller boken imidlertid langt mindre om. Den nøyter seg stort sett med å fortelle at dist-

rikslegen var opptatt med epidemier av difteri såvel som skarlagensfeber, sjeldnere forekom tilfeller av sykdommer som botulisme og poliomyelitt. Forfatteren holder seg på god avstand når det gjelder å beskrive sin fars virke. Betegnende er det f.eks. der han beskriver en episode hvor mannen må operere en mann for blindarmbetendelse i et gammelt forhenværende posthus. Moren fungerer som assistent og lysmester. Selv beskriver forfatteren sin deltagelse således: "Vi gutter fant en sprekk som vi etter tur kunne kikke gjennom, men vi så ikke annet enn fars rygg, og gikk snart hjem."

Boken presenterer Karjoldokter'n på en opphøyet måte som ikke bidrar til å komme ham eller hans situasjon inn på livet. Boken presenterer også blodmer av kategorien overmenneske, f.eks. lar forfatteren sin far si like etter at han var operert for en ondartet tumor: "Jeg stillet riktig diagnose, og var nokså sikker i min sak. Hadde jeg tatt feil, ville det vært første gang på 50 år."

Boken streifer således noe inn på det å være karjoldokter, men er hovedsaklig en blanding av samtidshistorie anno 1900 og forfatterens slektshistorie.



Nye momenter til turnuskontrakten fra skattedirektøren

ANGÅENDE BEREGNING AV ARBEIDSGIVERAVGIFTEN TIL FOLKTRYGDEN NÅR EN TURNUSKANDIDAT SELV SKAL OPPEBÆRE INNTEKTNEN AV SIN LEGEVIRKSOMHET HOS DISTRIKTSLEGEN

I de fleste turnuskandidatavtaler som går ut på at kandidaten selv skal oppebære inntekten av sin legevirksomhet hos distriktslegen, må kandidaten være med å dekke sitriktslegens kontorutgifter m.v. på en nærmere omforenet måte. Videre må kandidaten i alminnelighet godtgjøre distriktslegen den arbeidsgiveravgift som distriktslegen må betale av den nettopgodtgjørelse som kandidaten skal oppebære av sin virksomhet hos distriktslegen. Med den nå gjeldende sats for arbeidsgiveravgift på 16,7%, vil arbeidsgiveravgiften komme til å utgjøre a. 14,32% av kandidatens inntekt, slik at denne fremkommer etter at det fra bruttoinntekten er gjort fradrag for den del av kontorutgiftene som kandidaten skal dekke.

Et talleksempl vil vise fremgangsmåten:

Kandidatens bruttoinntekt i perioden januar-februar utgjør

kr. 28.500

Herfra trekkes den andel av kontorutgifter som kandidaten ifølge avtalen skal betale, f.eks.

" 4.220

Inntekt før betaling av arbeidsg.avg.

kr. 24.280

+ arbeidsgiveravgift 14,32% av
kr. 24.280

" 3.476

Kandidatens godtgjørelse for virksomhet hos distriktslegen utgjør altså

kr. 20.804

Distriktsvikariat på Aukra

— i tiden fra medio august til medio desember dette år. Velordnet, moderne praksis. Strukturert samarbeid med nabodistriktslegene. Høns og hesterøkt er knyttet til vikariatet.

Henvendelse, helst skriftlig, til Distriktslegeren,
6420 Aukra.

Det er dette beløp distriktslegen skal svare arbeidsgiveravgift av med 16,7%.

Det er å merke at den mulige nettofortjeneste eller det mulige netto tap som kandidaten måtte komme til å få på den reisegodtgjørelse han oppebærer fra trygdekassen i anledning sykebesøk hos pasienter, ikke berører av-

giftsgrunnlaget.

Videre er å merke at de inntekter kandidaten måtte oppebære f.eks. ved såkalt legevaktkjøring, formodentlig i alminnelighet ikke kan sies å være oppebåret i tjeneste hos distriktslegen. Slike inntekter blir å anse som næringsinntekt for kandidaten, og kommer altså



heller ikke inn i grunnlaget for beregning av arbeidsgiveravgift. Hvis det ikke foreligger eksakte opplysninger om størrelsen av de inntekter som i henhold hertil skal holdes utenom avgiftsgrunnlaget, må det foretas en skjønnmessig fordeling.

LIGNINGSAVDELINGEN,
den 20.5.1974

CES

Per Fugelli:

ENELEGEN

Jeg føler trang til å lire av meg en hymne til solo-legen. Jeg har selvfølgelig ikke tid, men skal det gjøres må det gjøres nå før rasen hører den medisinske historie til. "Vi må regne med at familiedoktoren har utspilt sin rolle", - heter det i utredningene. "Alminnelig praksis etter det gamle huslege-mønster er på vei ut", - fastslår komitéene. Det er vel kan hende slik. Jeg er ikke så sikker. I noen av dødserklæringene fornemmer vi en smule sorg. Andre begraver huslegen med tynt tilslørt frys og lyst. Det legges frem en rekke tunge grunner for at huslegen måtte dø og for at mulige gjenlevende eksemplarer må avlives. Det tyngste argument er som vanlig i komité-logisk tenkning: "Utviklingen". Utviklingen umulig- og overflødiggjør solo-legen. Utviklingen nemlig, - den går mot "integrert helse-service ydet i helse-sosialcentra". I slike medisinske supermarkeder skal det spilles dagspill. Her skal -ister og -loger og -nomer jobbe i takt og tenke i kor. Klart huslegen står frem som en fossil einstøing i slike team-tider. Dessuten er solo-legen urasjonell og det er det anstøtelig å være når vi betenker nødvendigheten av en "effektiv ressurs-disponering innen moderne helse-tjeneste". Joda, - vi skjønner dette også. Domus og Bonus selger

melk og makaroni mer reasjonsnelt enn fortidens krambu og kvartalets kolonial på hjørnet. Slik også med helse, - det medisinske landhandlere og doktoren på hjørnet kan umulig overleve i et samfunn som på alle andre felt rasjonaliserer, sentraliserer og effektiviserer. Eller hva? Kan hende tar utviklingen og komitéplanrederne feil. Jeg tror av og til det. At folkevettet og den medisinske fornuft skal sørge for at "sentraliseringslinja" som har spilt falitt på så mange andre områder ikke skal få innlemme helsetjenesten i sitt konkursbo. Det er håp fordi det denne gang håndfast og direkte dreier seg om godtfolks trivsel og helse. Det er ikke noen alminnelig vare som skal selges ei heller en verdinøytral tjeneste som skal ytes. Makaroni smaker like frastøtende enten den er kjøpt i krambu eller i supermarketet. Rørleggerregningen vil gi samme liter mavesyre enten gjerningsmannen svindler på egen hånd eller er utsendt fra et større syndikat. Med doktoren blir det noe annet. Det er snakk om tillit, om trygghet, om kontakt og om kontinuitet i forholdet mellom legen og hans pasienter. Jeg har en mistanke om at godtfolk flest ser disse verdier som så vesentlige at de vil foretrekke å beholde sin medisinske krambu fremfor å dra til et sentralt marked. Er det ikke noe

av dette vi har sett i Rjukan og i Vardø, - at befolkningen har tro på og tillit til sine lokal-sykehus. At de ikke lar seg bløffe av sentraliseringsprofetenes skremslør om at det egentlig bare er det teknisk velutstyrtte sentralsykehus som kan yde fullgod service. Det er en opplyftende seier til folkevettet når denne propaganda avvises. Det viser at folk flest stoler på at lokal-sykehuset gjør forsvarlig arbeid innen den begrensede ramme små-sykehusene tillater og at pasienten sendes sentralt når så er påkrevet. Slik også med primærhelse-tjenesten. Godtfolk foretrekker å beholde solo-legen i lokalsamfunnet tross viten om at han knapt kan yde så avanserte biomedisinske tjenester som det moderne helse-senter kan. Og dette gjør godtfolk fordi de i hverdagen føler og erfarer det komité-planrederne har tungt for å forstå, - at god helsetjeneste krever mer enn avansert teknisk biologisk service.

d helsetjeneste krever først og fremst nærhet. Nærhet gir trygghet. Nærhet gir lokal- og personkjennskap. Nærhet gir kontakt og tillit, - begge veier. Jeg leter etter andre ord, - nærhet, trygghet, tillit, - det må skurre som forblommet svada i rasjonelle sentraliseringsører.

Men slik er det, - fordi vi har med noe annet enn makaroni og rørleggere å gjøre.



Paul Klee - 74.

Dr. Børre Midtlid, distriktslege fra Tana i Finnmark, har de siste årene engasjert seg i internasjonalt hjelpearbeid. Først arbeidet han for den internasjonale Røde-Kors-ligaen i Bangladesh, det siste året har han vært Røde-Kors-delegat i Saigon for Røde Kors Indochina Operational Group.

UTPOSTEN har hatt et eksklusivt intervju med dr. Midtlid i Saigon, 17.5.74.

FRA FINNMARK • TIL SAIGON

UTPOSTEN: Hva er det som får en norsk distriktslege til å reise til fjerne land og lete etter oppgaver?

BØRRE MIDTLID: Det hele startet nærmest tilfeldig i forbindelse med Bangladesh, krigen, flyktingproblemet etter krigen og all den elendighet som ble rapportert i den forbindelse. Det kan vel sies slik at jeg synes det var for ille å se så mye elendighet, uten å kunne gjøre noe med det, mens vi hjemme stort sett utfører luksusmedisin, i hvert fall i 30% av vårt arbeid.

UTPOSTEN: Det er altså sterke idealistiske krefter som ligger bak?

B.M: Nei, jeg er ingen flamende idealist, kanskje en svært realistisk idealist, men det ligger en god del eventyrlyst bak, lyst til å se andre forhold, lyst til å lære andre skikker å kjenne etc. Opprinnelig hadde jeg dog ingen planer om annet enn et relativt kort opphold i Bangladesh. Da jeg reiste fra Bangladesh, var jeg innstilt på aldri å komme tilbake, men etter kort tid hjemme, ble det klart at jeg var blitt "habituated", og da Norges Røde Kors spurte om jeg ville dra ut igjen som teamleder for et "Mother and Child Health Center" som

skulle bygges i Bangladesh, var det ikke nei i min munn. Tilsammen tilbrakte jeg vel ca. 14 mndr. i Bangladesh. Jeg kom hjem derfra i september 1973, og reiste hit til Vietnam i oktober samme år.

UTPOSTEN: Går det an å sammenligne distriktslegearbeidet hjemme med det du gjør nå?

B.M: Nei, dette er nesten ikke mulig. Forskjellen er for stor. - På den annen side tror jeg det kan sies absolutt at en distriktslege fra utkant-Norge har mange fordeler nettopp i slikt arbeid. Man er vant til å klare seg selv med enkle hjelpemidler, man er jevnt over allsidig, og de fleste kan til og med klare en enkel bilreparasjon. Dette er viktig, mitt kjennskap til leger fra Mellom-Europa viser at de neppe kan skifte ut en tennplugg. Vanligvis trenger en kanskje heller ikke å kunne det. - Men jeg har her ute ofte sett spesialister som har hatt store vansker, noen har vært nærmest ubrukelige fordi de ikke har hatt sitt store hjelpeapparat til disposisjon, slik som røntgen, laboratorium o.lign.

På den annen side så er det hele selvsagt avhengig av

nva slags prosjekt man går inn i. Generelt mener jeg at for avanserte prosjekter skal man helst unngå. Det kan gå bra så lenge det drives av utenlandsk personell, men når de lokale krefter skal overta, faller det hele i fisk fordi prosjektene er for avanserte i forhold til utdannelse- og utviklingsnivå, for dyre å drive og vedlikeholde. - I mange tilfelle er det f.eks. også umulig å skaffe reservedeler til innført komplisert utstyr. Alt for mange gode velmenende prosjekter er blitt ødelagt fordi man ikke har tatt hensyn til disse enkle basale forhold.

UTPOSTEN: Hvordan går det egentlig med ullaokkene vi strikker for negre i Afrika og 10-ere vi river av oss på postgiroblankettene som jevnlig strømmer inn?

B.M: Interessant er det å se hvordan enkelte prosjekter og varer vekker sympati og fremkaller "nestekjærligheten" hjemme. Ofte burde helt andre ting vært prioritert. Disse tingene er dessverre ikke så følelsesmessig engasjerende. Et eksempel: Det er meget lett å skaffe penger til medisiner, f.eks. ved en koleraepidemi. Det er vesentlig mye vanskeligere å skaffe penger til pumper og



brønner så folk kan få rent drikkevann. I sistnevnte tilfelle vil man unngå kolera i stor grad, og samtidig unngå en masse andre sykdommer. I visse områder her nede er ca. 30% av sykdommene fremkalt av forurenset drikkevann.

UTPOSTEN: Hvordan klarer du å tilpasse deg til fremmede forhold her nede?

B.M: Livsforholdene her nede er jo ganske forskjellige fra hjemme. Det hele er dog kun et spørsmål om tilvenning. Man bør vel være relativt psykisk avbalansert og ha god helse, men ellers kan de fleste tilpasse seg, tror jeg. Varmen kan være plagsom, og man må ikke forvente å ha den samme arbeidskapasitet som hjemme. En liten siesta i den varmeste periode av dagen, er en god vane. Dessverre er ikke det alltid mulig.

UTPOSTEN: Hva med mat og helse?

B.M: Maten venner man seg til etter en tid. Det gjelder å være forsiktig. Alt som ikke er koka, bør betraktes med den største mistanke, om man ikke vil tilbringe den følgende natt på toalettet, i beste fall. Man må regne med å få "intestinal worms" av forskjellige slag, i hvert fall ankylostoma og ascarias. Sjansen for amoebiasis er også stor. Jeg anbefaler alle å ta en kur for dette etter hjemkomst. - Man skal ikke være for sikker på at en hjemlig kontroll avslører alt, idet det er få sykehus hjemme som har den nødvendige erfaring i disse undersøkelser (og hvordan skulle de få det?).

De største problemer møter man vel helst på det mellomfolkelige plan. Det er ikke nok at man snakker forskjellig språk, men man snakker også med forskjellig tunga. En vietnameser sier f.eks. praktisk talt aldri nei, men han har uendelig mange måter å si et negativt ja på. Før man oppfatter dette blir man gjerne litt forvirret. Før man har tilpasset seg for-

holdene har man også ofte lett for å være for sikker i sine hjemmelagde meninger. Dette kan ødelegge et samarbeid for lange tider. Asiatene er oftest meget stolte, og godtar ikke utlendingenes meninger uten videre. - Det har de heller ingen grunn til, da mye av det vi medtar fra hjemlige forhold ikke kan overføres til disse forhold. Dette gjelder også i høy grad medisinske prosjekter, men å gå i detaljer her vil føre for langt. Hittil har vel ikke UTPOSTEN noen føljetong?

UTPOSTEN: Jo, vi har faktisk kjørt en føljetong om sykehus i Kina, og tar gjerne imot tilsvarende beretning fra Syd-Vietnam. Men det får bli til en annen gang. Vi ville være interessert i på tampen å vite litt om situasjonen i Sør-Øst-Asia.

B.M: Som Røde-Kors-delegat, har jeg ikke stor anledning til å uttale meg om det aktuelle forhold i Vietnam. At vi er nøytrale, er avgjørende både for vårt arbeid i

fremtiden og også for vår sikkerhet. Det er dog fortsatt krig her, og det merkes. Det er ikke så store mengder nye flyktninger lenger, men uhyre store mengder flyktninger som har vært mer eller mindre flyktninger i lang, lang tid. Disse lever under elendige forhold i de fleste tilfeller. Det er for denne gruppen at Røde Kors prioriterer sin innsats nå. Etter min personlige mening begynner problemet mer og mer å helle over i retning av behov for development, og de typiske relief-actions bør avtrappes til fordel for development-projects. I det lange løp er dette også bil-

ligere og mer effektivt.

UTPOSTEN: Vil du anbefale oss andre til å ta på seg et lignende engasjement?

B.M: Ja, så absolutt. Jeg tror de fleste ikke vil angre på det. Faglig får man ikke så mye som man har bruk for hjemme senere, men man får i alle fall utvidet sin personlige horisont, og det kan ofte være av det gode. Dessuten er det avgjort en forandring fra den hjemlige rutine, og sannsynligvis vil man komme hjem med følelsen av at problemene ikke lenger er så store der. Men en advarsel må gis, du risikerer

å bli bitt av "basillen", og da stopper det ikke med en utenlandstur.

UTPOSTEN: Til slutt, dine fremtidsplaner?

B.M: Jeg kommer hjem i juli, og blir da hjemme i 2 mndr. Hvor jeg senere skal, er usikkert, muligens blir det tilbake til Vietnam, muligens til Bangladesh igjen. Andre muligheter er Nord-Jemen, Etiopia og Tanzania. Verden er stor, jeg har tenkt å fortsette ute et par år til. Så skal jeg slå meg til ro hjemme for godt.

Leiv Tormod Hansen:

«Innleggelsesskriveriet» — nok en gang

Jeg ser med glede at min første artikkel om samme emne har satt flere penner i gang. Det er tydelig at en så kort artikkel som mitt første innlegg, ikke var i stand til å avverge noen misforståelser.

Jeg vil for det første understreke at når jeg omhandler innleggelsesskrivet, så mener jeg ikke henvisnings-skriv til spesialist. Jeg er helt enig med distriktslege Anders Lunde i at en mangelfull spesalisthenvisning "fortjener" et mangelfullt svar. ØNH-spesialist Stangeland, Oslo, har oppfattet min artikkel dithen at "det ikke er nødvendig for journalskriveren å vite annet enn diagnose fra innleggende lege". Dette er ikke min mening, og det står heller ikke i min artikkel.

Hensikten med min første artikkel var følgende: Vedrørende innleggelsesskriv ved innleggelse på sykehus kan det - og bør det - skje en forskyvning av den arbeidstakten som finnes i dag. Dette kan jeg bedømme etter at jeg selv har vært turnuskandidat på sykehus og etterpå vært primærlege. - Jeg vil at man i innleggelsesskrivet må komme bort fra sykehusjournalen som modell.

Jeg er ingen "turnuskandidathater", men jeg vet at primærleger vanligvis har en mye lengre arbeidsdag enn det er vanlig for turnuskandidater. Man må derfor ut fra kollegiale hensyn vente at turnuskandidaten må ta på seg arbeidet med å fremskaffe de opplysninger som "Mangler" i innleggelsesskrivet.

La meg nevne ting som må kunne sløyfes:

1. Funn ved tidligere innleggelses i samme sykehus.
2. Sykdommer i slekten.
3. Sykdommens subjektive kjennetegn, dvs. symptomer.
4. Mye av status presens, og ved negativ status presens kun opplysningen "negativ status presens".
5. Naturlige funksjoner og stimulantia.

I tilfeller hvor det bør være en minst mulig avkortning av henvisningsskrivet er ved poliklinisk henvisning til spesialist, og vel også ved innleggelse i spesialavdelinger som ikke har turnuskandidatordning.

Dette mener jeg bør være en hovedregel. Og jeg kan ikke forstå at pasienten skal bli lidende om man innen helseforet kommer fram til mest mulig rasjonelle ordninger.

Gravdal sykehus, 13.6.74

Forts. fra side 2.

Helsedirektøren sa . . .

man vil muligens få ambulerende spesialistvirk somhet i tråd med det ovenfornevnte syn at distrikthelsetjenesten skal være grunnelementet og institusjonen hjelpelementet i den fremtidige helsetjeneste.

at den psykiske sektor er forbilde for en utvikling hvor de somatiske spesialiteter må komme etter. Barne- og ungdomspsykiatrisk arbeidsmønster er forbildelig. Poliklinisk virksomhet på det psykiatriske sykehus har ført til at ventelister har blitt borte, og ledige plasser foreligger.

at det offentlige tannhelsevesen i dag synes å være en suksess. Det har vært opp til 40 sikere på en enkelt distriktstannlegestilling. Det ble henvist til Stortingsmelding om folketannrøkta.



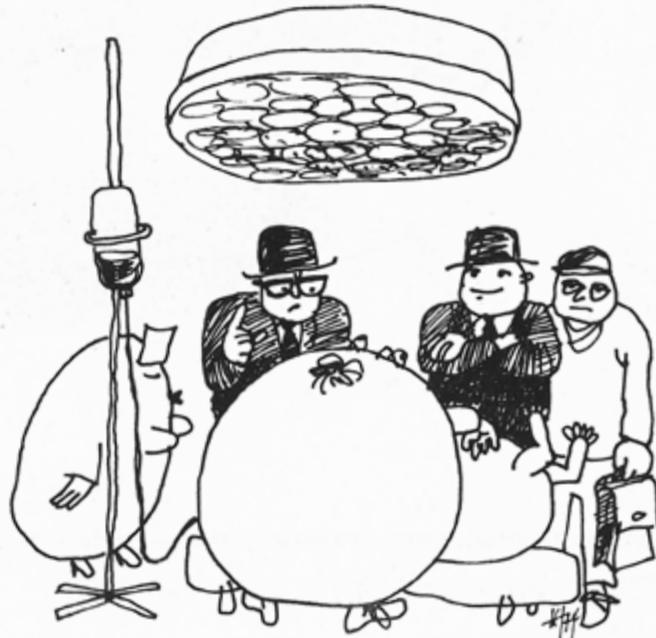
at i debatten om den fremtidige sykehusutbygging bør man mene at moderne medisin ikke er avhengig av et antall senger nær pasientens bosted, men det medisinske miljø som forefinnes. Et slike miljø er avhengig av at et større antall spesialister kunne arbeide innenfor samme institusjon.

at man i den nærmeste fremtid i Helsedirektoratet vil ta seg av Stortingsmeldingen om fremtidig ernæringspolitikk, helseopplysning og narkotika-problemer.

at Juul-kommittéen foreløbig har måttet avslutte sitt arbeid med desentralisering og klarere avgrensning av de offentlige oppgaver innenfor Sosialdepartementet. Kommittéen har som siktet mål å få gjennomført forandringer som gir de folkevalgte større innflytelse på arbeidet som foregår.

at det tidligere bebudete nye husblad, Meddelelsesblad fra Helsedirektoratet, nå snart var klart til å sende sitt første nr. til trykkeriet.

at den såkalte kokeboka, eller Veileder for distriktsleger, er klar til å sendes til trykkeriet.

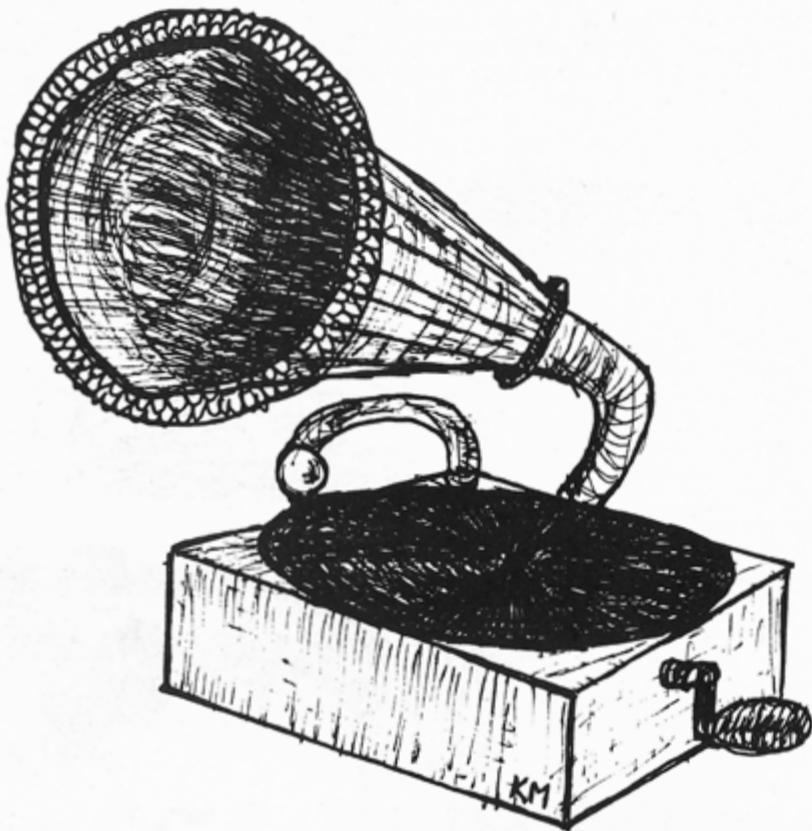


at enten man i fremtiden vil få en statlig eller fylkeskommunal forankring av det offentlige legevesen, vil man i alle fall øke å sikre at det blir opprettholdt som én etat.

at man har et utvalg som arbeider med omlegging av undervisning på Kurs for offentlige leger på Bygdøy og også videregående utdannelse for offentlige leger i Göteborg.

Helsedirektøren avsluttet med å si at mye kunne vært gjort bedre i Helsedirektoratet, han var takknemlig for den "feedback" han får fra den ytre etat, og det samarbeid han har hatt med OLL som ble oppfattet som usedvanlig nyttig og konstruktivt. Dette samarbeid må fortsette, da de store reformer som ligger foran oss, vil føre til en betydelig usikkerhet for oss alle.





Stud.med. Kirsti Malterud, Bergen:

Studiekritisk grammofonplate med hakk i eller: Hva slags leger trenger vi?

Samsvarer legeutdannelsen med det behovet folk har for helsetjenester?

I januar 1972 hadde vi i Norge 5690 yrkesaktive leger. Elementær divisjon forteller at dette blir 1 lege pr. 660 innbyggere - men likevel er ikke på langt nær befolkningens behov for helsetjenester dekket. Tallene gir et falskt positivt bilde av situasjonen, idet 183 leger var sysselsatt i administrativ/preventiv medisin, 313 arbeidet med forskning og undervisning, 50 leger hadde annet "ikke-kurativt" medinsk arbeid, og 9 arbeidet på andre fagområder enn medisin. Ev de gjenstående 5135 praktiserende leger hadde 2690 arbeid i helseinstitusjon, 546 var praktiserende spesialister og 1333 (ca.23%) var almenpraktikere (distriktsleger eller privatpraktiserende). Disse

siste 1333 ivaretar den primære helsetjenesten og møter den medisinske hverdag på en helt annen måte enn sykehusleken og spesialisten. B.G. Bentsens verdifulle registreringer av sin virksomhet som almenpraktiker viste at av 20.776 konsultasjoner førte 8% til spesialisthenvisning, og 6,8% til innleggelse i sykehus. Hele 93,2% av de tilstander almenpraktikeren møter, kommer aldri til sykehus. Befolknings behov for helsetjenester dekkes altså vesentlig av almenpraktikeren. Jeg minner om at bare 23% av norske leger driver almenpraksis.

I hvilken grad gjør vår undervisning oss kvalifisert til å virke som almenpraktikere etter endt utdannelse? Er det virkelig almenpraktikere vi utdannes til?

Målsettingen for den kliniske delen av studiet både i Oslo og i Bergen er utvetydig: Vi skal faktisk være stand til å utøve virksomhet som alment praktiserende leger ifølge studieplanen.

La oss først vurdere rammen omkring den kliniske undervisningen - nemlig sykehuset. Jeg minner om at 93,2% av Bentsens primærmedisinske problemstillinger aldri fant veien til sykehus. Denne store andel av almenpraktikerens hverdag får vi ikke sjansen til å møte gjennom en utdannelse som finner sted bare på sykehus.

Så tar vi for oss undervisningens innhold. Et blikk på studieplanen viser at viktige områder som vi vil møte ofte i almenpraksis, overhodet ikke omfattes av undervisningen. Begrepet "almenpraktiker DNLF" er for lengst anerkjent av Legeforeningen.

Det er opprettet institutter for almenmedisin ved alle våre 3 medisinske fakulteter. Likevel inkluderer studieplanen vår ingen undervisning i dette faget. Geriatri er også et sørgetlig forsømt kapitell. Jeg minner om at 11 % av Norges befolkning idag er 67 år eller eldre.

Vi må også sette søkelyset på de fagene som tilfredsstillende undervisningsmessig dekning, men hvor undervisningen foregår på et plan som gjør kunschapene mindre anvendelige til bruk i almenpraksis. Spesialistene formidler kunnskap på spesialistnivå, - men snakker bare rent unntakvis om hvordan problemerne tar seg ut for almenpraktikeren. Han møter dem ute hos pasienten, der reisen til nærmeste sykehus kan være både langvarig og strabæs. Det sier seg selv at man må anvende andre typer vurderinger i en slik situasjon enn når man befinner seg på universitetsklinikker med allslags avanserte ressurser og utstyr tilgjengelig.

Her følger noen eksempler som illustrasjon:

Eks. 1. Om pasienter med dyspepsi lærer vi at diagnostisk utredning er ufullstendig og kritikkverdig uten gastroskopi. Gastroskopiservice forutsetter kostbart utstyr og spesialtrenete folk, en situasjon som de færreste perifere sykehus kan tilby foreløpig. Skulle vi idag sende alle dyspeptikere til gastroskopi, ville vi pålegge våre pasienter en ofte urimelig reise, samt fravær fra jobb og hjem, videre ville vi ruinere trygdekassene som skulle refundere reise og opphold, og endelig ville vi overbelaste den nåværende kapasitet slik at den i løpet av kort tid ville bryte sammen. Gastroskopi bør således ikke fremheves som eneste akseptable utredningsform sålenge slik service ikke er tilgjengelig for store deler av befolkningen.

Eks. 2. Almenpraktikeren påviser som tilfeldig funn en sikker hypertension. Pasienten har ingen subjektive besvær. Universitetsmedisinens

nesten problemstilling er utredning av mulig årsak, - mens almenpraktikerenens vanligste og viktigste oppgave overfor pasienten er en helt annen, nemlig: hvordan skal jeg best motivere pasienten for en livslang medikamentell behandling for noe som i øyeblikket slett ikke plager ham? Hvordan kan man best presentere hvilke komplikasjoner og prognose som venter en ubehandlet hypertoniker, uten å skape unødig engstelse og frykt hos ham?

Eks. 3. Utgiftene til medikamenter er en økonomisk faktor av dimensjoner: utgiftene til offentlig refusjon av medikamenter (på "blå resept") var i 1971 på 145.193.000,- kr. I tillegg kommer utgifter til medisin som pasienten selv betalte uten refusjon. Takket være den norske Spesialitetsnemnda, har vi her i landet heddigvis bare ca. 1.200 registrerte spesialpreparater. (Til sammenligning: Vest-Tyskland har ca. 25.000) Likevel har vi tallrike synonympreparater øed varierende navn og pris. Av to ellers likeverdige alternativer bør vi selvsagt velge det rimeligste preparatet til våre pasienter. Slike økonomiske vurderinger har liten plass i studiet - oftest godtar vi ureflektert det preparatet vi har hørt navnet på oftest. Vår kliniske utdannelse har dessuten i liten grad pekt på hvilke tilstander som kvalifiserer for "blå resept". For pasienter med langvarig sykdom kan unødige medikament-utgifter bety et økonomisk være-eller-ikke-være. Vi bør derfor ha tilstrekkelige kunnskaper om regelverket til å informere pasienten om hans rettigheter.

Eks. 4. Avstanden mellom hverdagsmedisin og sykehusmedisin er stor når det gjelder gradert vurdering av ø.hj.-situasjoner. I utkant-Norge må kriteriene for dette være atskillig mer nyansett enn ved universitetsklinikken - skal man f.eks. rekvirere helikopter til ambulansetransport (7000 kr/time), eller kan pasienten vente til lokalbåten går 12 timer senere?

Vi vender så tilbake til målsettingen for studiet som bl. a. skal skaffe oss de praktiske ferdigheter som er nødvendige for almenpraktikeren. Idag har studiet en massiv teoretisk slagside på bekostning av de praktiske ferdigheter. Behovet for slike ferdigheter illustres ved at Bentsen i en 4 års-periode suturerede 532 sår, inciderte 686 abscesser og gjorde 2590 injeksjoner. Rutine i ferdighetene får vi liten sjanse til å tildele oss i løpet av studiet.

Almenpraktikerenes viktigste funksjon og priviliegium er å få behandle mennesket, ikke bare de symptomer og funn som vedkommende presenterer når vi møter ham som pasient. I stedet opplever vi stadig i vår kliniske undervisning at interesse for detaljer og spissfindigheter premieres med prestisje og gode karakterer, mens det banale, alminnelige får liten eller ingen plass.

Vi kan ikke være tjent med at den kliniske utdannelsen som skal kvalifisere oss til almenpraktikere i sin neihet foregår på universitetsklinikker i sykehusmiljø.



**En tablett i kveld kan
forebygge allergi i morgen**

Phenergan®

Phenergan ved sengetid gir i de fleste tilfelle god sovn 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, forsiktighetselementer og kontraindikasjoner se Felleskatalogen:



pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor Sandviksveien 12, 1322 Høvik