

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 6

AUGUST 1975

ÅRGANG 4



AV INNHOLDET:

STATSSEKRETÆR KNUTSEN: Stortingsmelding 113 om de sosiale tjenester

Referat fra «Bygdømøtet»

BERIT TVEIT:

De «ukjente» faktorer i gruppepraksis

HARALD SIEM:

Bruk av kiropraktor

BERIT TVEIT:

Hvorfor skal en lege tjene penger?

ULF BORGEN:

«Vanskeligheter i gruppepraksis». Debattinnlegg

WILLY MATHISEN:

«Enurese». Debattinnlegg

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

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

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

UTPOSTEN

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.

BRUK AV TVANGSMIDLER VED GJENNOMFØRING AV HELSERÅDSVEDTAK

En er blitt bedt om å uttale seg om nevnte sak, foranlediget av Sosialdepartementets brev av 5. juni 1975 til fylkeslegene i samtlige fylker. Stortingets ombudsmann for forvaltningen har tatt opp med departementet spørsmålet om hvor vidt situasjonen er tilfredsstillende når det gjelder helserådenes muligheter for å få gjennomført sine vedtak, og om ikke helserådene burde gis bedre muligheter for så vidt.

Departementet ber opplyst hvor vidt det er vanskelig for helserådene innen fylket å få gjennomført sine vedtak. Det ønsker opplyst hvor vidt gjeldende tvangsmidler ansees tilfredsstillende eller hvor vidt, og i tilfelle på hvilke måter, gjeldende bestemmelser ikke strekker til, eller i praksis ikke er hensiktsmessige.

Det kan være vanskelig for en distriktslege å uteske sin mening om bruk av tvangsmidler generelt, og alle sider av bruk av helse rådets fullmakter i så måte.

Renovasjonssaken i vår kommune kan imidlertid tjene til illustrasjon av hvilken situasjon helserådet befinner seg i:

I rundskriv nr. 105/1970 H.5, skriver Helsedirektøren at det er på det rene at det rundt om i landet finnes både kommunale og private fyllinger som ikke på noen måte fyller rimelige hygieniske

krav. Helserådene må nå ikke lenger se mellom fingrene på at disse forhold fortsetter, og må gi rette vedkommende de nødvendige pålegg om å få fyllingen i skikkelig stand ".....Kommunen har samme plikt som enhver annen til å sørge for at pålegget blir etterkommet innen den frist helserådet fastsetter. En henvisning fra kommunenes side til at en ikke har budsjettmessig dekning for de utgifter pålegget vil medføre, er ikke gyldig grunn til å unnlate å etterkomme påbudet. Det minnes i den forbindelse om at renovasjonsavgiften kan settes så høy at kommunens renovasjonsutgifter, herunder utgifter til søppelfyllingen, blir fullt ut dekket."

Vårt helseråd fungerte nok dårlig fra 1957 til 1970, med bare få kortvarige møter. Derimot hadde kommunen nedsett en renovasjonskomité som foranlediget at kommunestyret innførte tvungen renovasjon i 1969. Den 27. oktober 1969 vedtok kommunestyret vedtekter og instruks og kontrakt med renovatøren for den offentlige renovasjon i kommunen. I vedtektene går det frem at den offentlige renovasjon skal benytte sekker som hentes hver uke, som hos brukeren er oppbevart i stativ, og som av renovatøren blir fraktet på hygienisk forsvarlig måte og anbragt på godkjent tømeplass i sanitær henseende forsvarlig måte i samsvar

med utarbeidet instruks. Kommunen anlegger søppelfyllplass, og den er pliktig til å holde denne tilgjengelig til enhver tid. Søppelfylling skal ordnes og behandles i samsvar med bestemmelser for kontrollert fylling.

Ca. 180 husstander søkte seg fritatt fra den kommunale renovasjon, og helserådet utarbeidet forskrifter for de som ønsket å ta vare på søppelet sitt selv. Det krevdes her inngjerding, overgraving minst hver 14. dag, det skulle være vanskelig tilgjengelig for barn og dyr, og ikke volde sjenanse for noen.

Etter at helserådet hadde inspisert ca. 160 husstander som hadde søkt seg fritatt for å delta i den offentlige renovasjon, ble det klart at bare 3 mindre private søppelfyllplasser i kommunen kunne godkjennes.

Så langt alt vel.

I instruks for søppelfyllplass og behandling av søppel i kommunen heter det: "Søppelfyllingen skal anlegges og drives som en kontrollert søppelfyllplass i samsvar med de regler som erfaringsmessig må følges for at det fra fyllingen ikke skal oppstå misligheter av sanitær og estetisk art. Følgende regler må nøye følges:

Forts. side 14.

Om helsestasjon for mor og barn

Det ble i år som flere år tidligere, arrangert et årlig møte for helsesøstre og offentlige leger i Møre og Romsdal. Disse møtene er blitt en tradisjon eller en foreteelse som vi ser frem til. Et omfattende faglig program krydret med lett selskapielig samvær, styrker etatsfølelsen og samholdet, og legger grunnlag for et godt samarbeide mellom helsetjenestens førstelinje-arbeidere og Fylkeslegens kontor.

Programmet for 1975 var preget av aktuelle problemer i den primære helsetjeneste. Helsestasjonsloven stod sentralt og budsjettarbeidet og planlegging av helsestasjonene ble viet stor oppmerksomhet. Budsjettet er det viktigste instrument man har for å få gjennomført aktuelle tiltak innenfor rammen av helsestasjonsloven.

Det ble nedsatt mindre arbeidsgrupper som hver for seg satte opp budsjettforslag for helsestasjonene. Posteringer av de forskjellige lønnsutgiftene til leger, hjelpepersonell og kontorhjelpepersonell ble avklart. Videre ble det diskutert budsjettering av poster innenfor forskjellig forebyggende arbeide som svangerskapskurs (fødselsforberedende kurs), tannhelseprofylakse, gratis utdeling av fluortabletter, tannlegens deltagelse i helsestasjonen, mødregrupper hvor man spesielt legger vekt på diskusjon av barns utvikling og vanlige vansker hos vanlige barn. Utstyrsinnkjøp ble nøye diskutert, og det synes ved de fleste stasjoner å være et stort behov for relativt om-

fattende innkjøp av lekeutstyr og medisinsk teknisk utstyr for at helsestasjonen skal fungere etter hensikten i Helsestasjonsloven. Lokalitets-spørsmålet ble også viet stor oppmerksomhet. Mange helsestasjoner er preget av mangelfulle lokaliteter. Det er på budsjettet anledning til å føre forrentning av lån til nybygg eller utbedringer av eksisterende helsestasjon. Med den ramme som er fastsatt for helsestasjonsbudsjettet, 60 kr. pr. barn under 5 år/ pr. år som statstilskudd, synes det umulig å få plass til amortisering av lån til nybygg og reparasjoner, på budsjettet.

De fleste budsjett som ble satt opp, sprenget den av Departementet fastsatte ramme, og dette medfører såfremt budsjettet blir godkjent, at kommunen må yte en relativt større andel enn det som først er antatt.

Etter selve budsjetttrunden ble programmet fulgt opp med diskusjon om selve det faglige innhold i helsestasjonsarbeidet. Et panel bestående av overlege Arnlfjot Drabløs, barneavdelingen ved Fylkessykehuset på Åse, barnepsykiater Gyrid Gylseth, Fylkessykehuset i Molde, og sjefpsykolog Kjell Lerang Svendsen, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Molde, innledet til diskusjon. I innledningene dekket de hvert sitt felt, fra den tradisjonelle somatiske undersøkelse til det mentalhygieniske forebyggende arbeid i helsestasjonenes regi. Overlege Drabløs ga en meget god og oversiktlig innføring i den somatiske un-

dersøkelse ved de forskjellige aldersgrupper og preiserte hvilke undersøkelser som er viktig ved de forskjellige aldre. Han presiserte spesielt viktigheten av grundige og gjentatte undersøkelser av sanseorganene på de forskjellige alderstrinn.

Psykiater og psykolog betonte mer helsepersonalets oppgaver i observasjon av mor og barn, og la spesiell vekt på de observasjoner som kan utføres på et dertil egnet venteværelse. Barnets aktivitet, initiativ til lek, evne til å oppnå kontakt med jevnaldrende, morens reaksjoner overfor barnet i forskjellige situasjoner på venteværelset, kan være viktige informasjoner når det gjelder å vurdere et barns utvikling og forholdet mor/barn.

For at disse observasjoner skal kunne utføres og nyttes i helsestasjonsarbeidet, kreves det for det første rent lokalitetsmessige og personellmessige resurser som dessverre ikke er innfridd ved mange av helsestasjonene, og som man vel ikke kan forvente vil bli innfridd fullt ut på en tid ennå. Videre ble det gjennomgått det lekeutstyr man bør ha på helsestasjonens venterom. Mengde lekeutstyr må avpasses etter antall barn og størrelse på rom; lekeskap/lekehylle, lavt lekebord og tilsvarende stoler, puttekaske i tre (kinesisk eske), ringpyramide, heisekran i tre, teddybjørn og dukker, evt. dukkevogn, tegnepapir og fargestifter, samt billedbøker, formbrett i tre med

Forts. side 13.

Stortingsmelding om de sosiale tjenester

STATSSEKRETÆR KNUITSEN I SOSIALDEPARTEMENTET

Denne stortingsmeldingen er laget ut fra sosialreformkomitéens 2. innstilling, og har vært et lenge etterlenget dokument helt siden sosialreformkomitéens avga sin innstilling i 1972. Statssekretær Knutsen kunne fortelle at Stortingsmeldingen ennå ikke var godkjent i statsråd. Dette gjorde, at han måtte legge en del bånd på seg, for ikke å offentliggjøre meldingen før den var godkjent.

Når Utposten kommer ut, er vel meldingen gått igjennom statsråd. Jeg skal her bare nevne noen stikkord for hva statssekretæren kom med, delvis på eget initiativ og delvis etter en ganske hard spørreunde.

Stort sett synes det som om sosialreformkomitéens 2. innstilling nå er plukket for sine mest åpenbare skjevheter. Statssekretær Knutsen mente at komitéen i 1972 gikk for langt når det gjalt integreringstanken. De enkelte etatene har på grunn av dette vært engstelige for å miste sin identitet, og dette har laget en del usikkerhet rundt i landet. Man ville nå prøve å få privatpraktiserende almenmedisinere og spesialister samt privatpraktiserende fysioterapeuter og privatpraktiserende tannleger integrert i offentlig helsetjeneste.

De som kanskje har vist mest vilje til dette foreløpig, er tannlegene.

Statssekretær Knutsen mente at det burde være minst et helsesenter i hver kommune. Stortingsmeldingen la opp til at det i hver kommune ble valgt en nemnd for helsesektoren, sosialsektoren og trykdesektoren.

Han kunne trøste oss med at helserådet fremdeles sannsynligvis ville bli opprettholdt når det gjalt teknisk/hygieniske oppgaver og epidemiske sykdommer.

Dette arbeidsområdet som helserådet har gjort tidligere, ville heller ikke bli lagt under den ovennevnte folkevalgte nemnd. Når det gjalt de saker i helserådet som er personorientert, d.v.s. klientorientert, gikk det nye forslaget ut på at dette skulle gå inn under det nye folkevalgte styre. Distriktslegen ville her bli en saksbehandler uten stemmerett, på samme linje som sosialsjefen og formennene i edruskapsnemndene og barnevernsnemndene. Han skisserte opp et mønster, godt hjulpet av medisinalråd Bjørnson som tegnekyndig, og provosert av dr. Emil Moe, som jo virkelig kan dette med å få frem det vesentligste.

Etter uttalelser i statssekretær Knutsens foredrag, blir det nok en vesentlig styrkning av sosialkontorene i fremtiden. Dette begrunnet han med at sosialkontorene sitter igjen med det vanskeligste klientellet. De har alt for lite personell, og får ikke tid til å drive profylaktisk virksomhet. Det ydes bare pengehjelp. Videre var det alt for stor forskjell fra kommune til kommune, når det gjalt sosialhjelp. Det ble anbefalt en sammenslåing av sosialstyre, edruskapsnemnd og barnevernsnemnd, da erfaringene med dette utover i landet er meget gode.

Etter foredraget ble det en lang debatt hvor det fra OLL ble understreket, at de signaler stortingsmennene og politikerne får fra Lægeforeningen ofte ikke stemmer overens med det som de offentlige leger innfor foreningen mener. Dette har gått igjen gang på gang og man skulle vel tro at Lægeforeningen i slike spørsmål, som gjelder offentlig helsetjeneste, primært skulle ta hensyn til det de offentlige legene mener, men så er ikke tilfelle.

På spørsmål kunne statssekretær Knutsen opplyse at både distriktsleger og fylkesleger fremdeles skulle være ansatt av staten. Kommuneforbundets forslag til kommunalt ansatte distriktsleger ville sannsynligvis ikke gå igjennom. Det kom mange spørsmål om selve organiseringen av primærhelsetjenesten. Spesielt samarbeidet mellom de forskjellige etater var mye fremme. Dette syntes å være størst problem for de større helseråd.

Statssekretær Knutsen mente at man måtte innordne seg slik forholdene på stedet best egnet seg, og at det ikke ville bli lagt opp noe fast mønster fra sentralt hold. På sosialkontoret skulle all klientbehandling foregå ved fagpersonell, og det nevnte helse/sosial trykdestyre skulle ha mere med planlegging og prioritering av oppgaver å gjøre. Det var en del uro i salen angående den sterke utbyggingen av sosialsektoren, og flere mente at dette nå ville bli en gjøkunge som kom til å spise opp en del for primærhelsetjenesten.

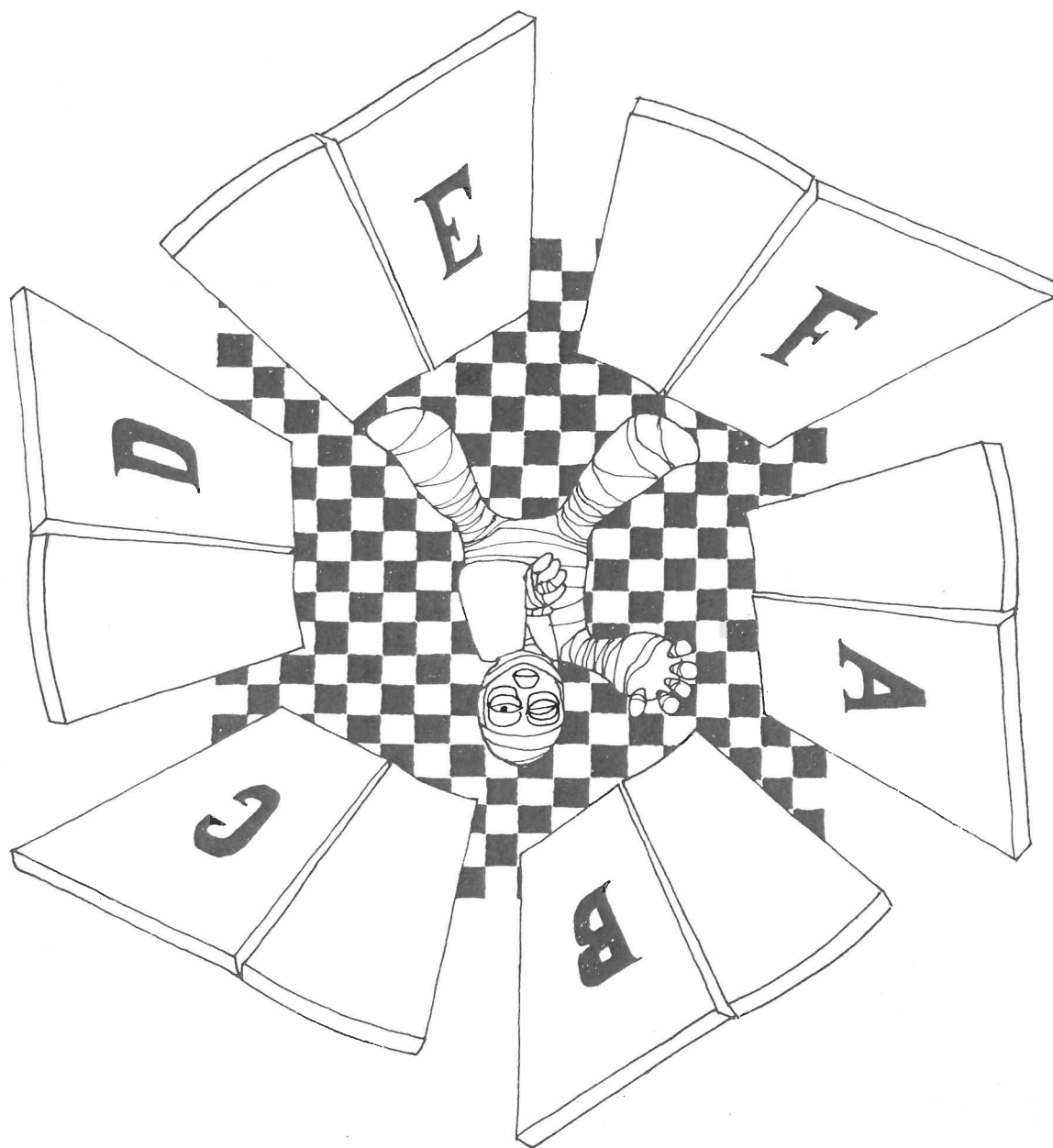
Som vanlig kom man inn på lønnsproblemer, og statssekretær Knutsen kunne fortelle at dette overhode ikke var tatt opp i meldingen. Helsedirektør Torbjørn Mork kunne i den anledning opplyse at ved siste tariffoppgjør ble det tatt med en protokolltilførsel som sa at innen neste 4 års periode, skulle det utarbeides et forslag om fastlønnsordning for leger som kunne være et alternativ ved neste tariffperiode. Fra flere hold ble det også uttalt skuffelse over at det ikke var tatt med noe om finansiering av de forskjellige tiltak i meldingen. Statssekretæren kunne da berolige med at dette vil måtte komme når man skal sette igang med prøvedrift, og prøvedrift vil måtte settes igang før hele landet

skal gå over til nyordningen. Han regnet med at dette måtte gjøres ved låneordninger over kommunalbanken. Det ble til slutt understreket at denne stortingsmeldingen var et

debattinnlegg nærmest, som krevet reaksjoner fra de det angikk. Fra statssekretærens side ble det understreket at man skulle ha relativt god tid på seg til å kunne yde

press på politikerne, i og med at han ikke regnet med at sosialkomitéen i Stortinget ville gi noe innstilling om Stortingsmeldingen før nyåret 1976.

Per Wium.



**Utposten anmoder sine lesere å komme med kommentarer til stortingsmelding 113 74/75. Da senere meldinger går ut på at Stortinget vil behandle meldingen i høst, er tiden knapp, og vi ber om innlegg innen september. Meldingen kan man få ved henvendelse til
Statens trykksakekspedisjon postboks 8169 Oslo dep. Oslo 1.**

De «ukjente» faktorer i gruppepraksis

I juni/juli-nummeret skriver Per Wium om vanskeligheter i gruppepraksis. Han nevner særlig omkostninger og administrasjon, og i en bisetning: "gruppepraksis må bli gjort mindre avhengig av det personlige samarbeid legene imellom."

Ja - så er det i alle fall sagt: At det som foregår mellom menneskene i en gruppe, betyr noe. Da det blir uttrykt en viss bekymring over legegruppene, kan det være hensiktsmessig å se litt nærmere - både på leger og grupper.

Vi var nokså optimistiske i 67-68. Gruppene var liksom selve løsningen på almenpraktikerens tekniske, faglige og økonomiske problemer. Selvfølgelig måtte man i en gruppe ta mere hensyn til hverandre enn solopraktikere gjør, men det går jo så bra på sykehusene, hvorfor ikke i praksis. Tenkte vi. Vi glemte helt å se nøyer på to faktorer: Forskjellen mellom sykehus og praksis, og alminnelige lover om gruppers utvikling og funksjon.

Forskjellen mellom sykehus og praksis.

Sykehusenes organisasjon er bygget omkring et hierarki. Overlegen delegerer oppgaver, men sitter med meget stor makt og absolutt ansvar, omtrent som kapteinen på en båt. Mange forhold kan selvfølgelig "demokratiseres" - diskuteres, delegeres osv., f.eks. økonomi, driftsplaner, arbeidsdeling. Men alle vet, og alle anerkjenner at klar kommandolinje er nødvendig. Det gjelder både i krisesituasjoner og for endelige avgjørelser i vanskelige saker. Det er sagt:

"Ved øyeblikkelig hjelp er det viktigere at en har an-

svaret enn at alt blir gjort perfekt."

Almenpraksis er prinsippielt et selvstendig yrke. Det er hyggelig og nyttig å samrå seg med andre. Men ansvaret for pasienten her og nå - er legens. Forsøk på å utvanne dette er dømt til å mislykkes, av samme grunn som for sykehusene: "Diskusjonen var fullkommen, men pasienten døde." Vi er overlege og assistentlege i en person. Et litt farlig system, vanskelig å kontrollere, lett å misbruke. Men med god utdanning og høyverdig etikk hos legene kan et samfunn ta risikoen, og få svært mye igjen for dette, både helsemessig og økonomisk.

Yrkesgrenen almen praksis trekker naturlig til seg personer som liker denne selvstendigheten og er villige til å bære ansvaret. En solid økonomisk godtgjørelse er ikke desto mindre nødvendig både for overleger og almenpraktikere.

Så laget vi grupper da, og økonomien sviktet. Der sitter vi - noen i en økonomisk saks tilogmed - og må se den annen faktor i øynene:

Alminnelige lover om gruppers utvikling og funksjon.

Vi glemte dem. De er kanskje for gamle. Ordtak som "Flere baner i samme hønsegård" og det kinesiske tegn for ufred:  "To kvinner i samme hus" - det gjelder liksom ikke for oss oplyste rasjonelle mennesker.

Vi stilte sammen prektige, dyktige almenpraktikere, tvang dem til økonomisk og funksjonell avhengighet. Og så blir vi fornærmet når samarbeidet knirker. Vi syns til og med det er litt lumpent at felles-funksjonene krever tid. "Sitt der i et møte og diskutere hvordan journalene skal føres og

hvilke prøver lab'en skal ta - bortkastet! Da er det bedre å være alene og bestemme selv og tjene penger i stolen for å diskutere."

Faglig utbytte i en gruppe er stort. Selv å diskutere journal-oppsetting er nyttig, og rasjonelt på lengre sikt. Men det er ikke risikofritt. Å påpeke andres mistak og få demonstrert sine egne - det er ingen selskapslek. Fagdiskusjonene tar også tid.

Almenpraktikeren i en gruppe må på en måte dele seg: Som lege overfor pasienten:

Selvstendig, en autoritet. Som gruppelem: Bare en av flere likestilte. Atskillig stolthet må svelges overfor fakta der. Gruppen vil ikke alltid det du vil. Noen administrerer og noen lar seg administrere, uavhengig av medisinske kvalifikasjoner. Maktbalanse. Maktbalanse - opprør - oppgjør - ny maktfordeling - ytre press som driver sammen og indre strid som løser opp, noen settes utenfor og noen innenfor -

alt dette skjer i en gruppe, enten vi vil eller ikke. Det er like nødvendig for veksten som trassalderen for et barns utvikling. Og intet barn lærer å gå uten å falle.

På et sykehus finnes vel innarbeidede normer og problemløsende mekanismer. Gruppene må lage sine egne. Det tar tid og krefter.

Proessen virker uhyre frustrerende, om man ikke er villig til å se dem som nødvendig, som selve prisen man må betale for faglig støtte og gjensidige vikariater. Lønnen er egentlig ennå større: Man kan få samarbeids glede. Når man har

"kranglet seg sammen", skapt et system som fungerer (iallfall stort sett) - da er man både stolt og glad, og har noen å dele gleden med.



Bruk av kiropraktor

Pasienter som oppsøker kiropraktor, har hittil betalt honorarene selv. En del av honorarene skal nå kunne refunderes fra folketrygden etter henvisning fra leger. Selv om refusjonsbeløpet, kr. 15,00, bare utgjør en liten del av kiropraktorens gjennomsnittshonorarer, vil det likevel føre til et betydelig press på legestanden fra publikum som ønsker henvisning til kiropraktor. Ikke minst reise og diett-penger kan ha stor betydning for pasientene. Den norske legeforening uttalte om kiropraktorer den 3.4.1975 bl.a.:

" Den kiropraktiske teori er ikke vitenskapelig underbygget. Den gir en altfor ensidig forklaring på sykdommers oppståen og for snever anvisning på deres behandling. Noen avgrensning av sykdommer, sykdomsgrupper eller sykdomsområder som kunne være egnet for behandling av kiropraktorer i selvstendig virksomhet, lar seg ikke foreta. Kiropraktorenes studietid er kort. Studentens kvalifikasjoner ved studiets begynnelse er gjennomsnittlig relativt svake. Lærerne ved kiropraktorskolen har stort sett ikke kvalifikasjoner for undervisning på et høyere nivå. Leger deltar ikke i undervisningen, selv ikke i rent medisinske disipliner. Der undervises ikke i kirurgi og indremedisin. Kiropraktorene savner helt forutsetningene for med noenlunde sikkerhet å kunne stille diagnoser (differensialdiagnoser), hvilket ansees som absolutt nødvendig før igangsetting av kiropraktisk behandling. Ingen kiropraktorskole er godkjent av de spesielle organer som i USA godkjenner

høyere undervisningsinstitusjoner - U.S. Office of Education og National Commission on Accrediting.

En autorisasjon av kiropraktorer "med rett til å utøve kiropraktisk manipulasjon av ryggrad", ville med utgangspunkt i den kiropraktiske teori - ha til følge at kiropraktorer - med teoretisk og praktisk få unntagelser - kunne behandle sykdommer i alle deler av det menneskelige legeme. I virkeligheten ville det innebære at det offentlige stort sett likestilte kiropraktorer og leger. En slik ordning ville være egnet til å gi inntrykk av at kiropraktorer av det offentlige var funnet kvalifiserte til å ta hånd om syke mennesker, mens deres kvalifikasjoner i virkeligheten ikke går utover det å beherske en bestemt behandlingsform."

Det er altså ikke legene selv eller den medisinske fagkunnskap som har invitert kiropraktorer inn i sitt samarbeid. Man har lagt opp til et slikt samarbeid på politisk grunnlag. En fremstående politiker skal visstnok ha hatt lumbago i et for kiropraktorne beleilig øyeblikk. Det blir derfor viktig etter hvert å klarlegge hvilke tjenester en kiropraktor kan tilby. Utover manipulasjon av konglutinerete hvirvelledd i sammenheng med låsninger ved akutt lumbago, er det vanskelig å se hva faget egentlig inneholder. Det foreligger ingen offentlig godkjennelse av kiropraktorer, den som blir opp tatt i kiropraktorforbundet, er kiropraktor. Denne anerkjennelsesmyndighet skal, merkelig nok, fortsatt bestå. Det er kjent at kiropraktorer kommer fra svært forskjellige læresteder med en

meget stor variasjon i utdannelsen.

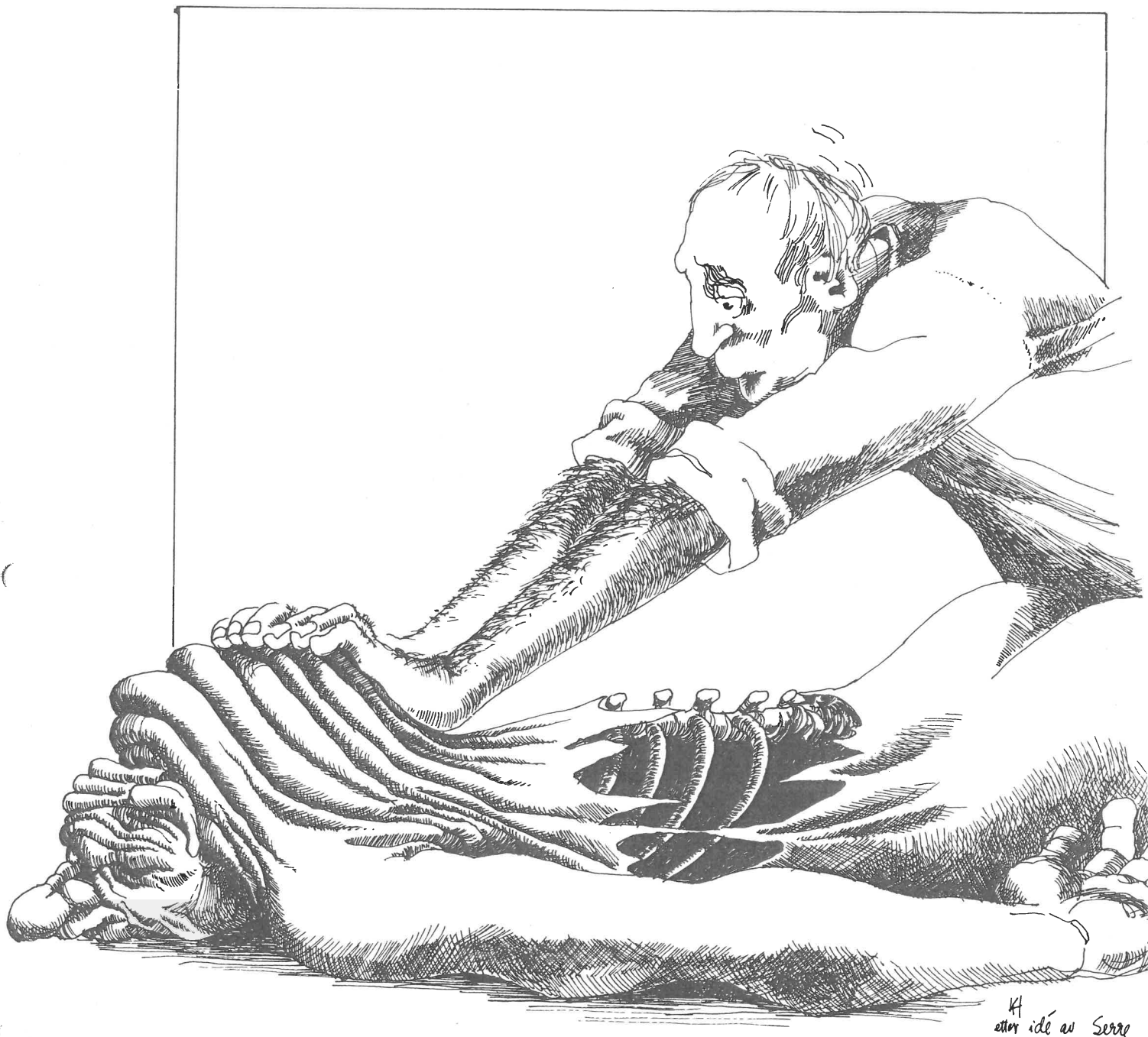
Det synes å være forskjell på hva de forskjellige kiropraktorer gjør, mitt noe ubegrunnede inntrykk er at jo bedre utdanning de har, jo mer forstår de å holde seg til sin lest. Til tross for at kiropraktikk har vært do-

sert og utøvet i mere enn 80 år, foreligger det ikke undersøkelser som kan underbygge riktigheten av den kiropraktiske sykdomslære. Man får dertil stadig høre om kiropraktorer som har omgitt seg med en aura av mystikk, og som trekker pasienter til seg med de mest forskjellige artete lidelser.

Lidelsene er gjerne kronisk residiverende lidelser, og det er ofte karakteristisk at bedring etter manipulasjon ikke loves umiddelbart etter behandlingen, men innenfor et intervall av noen uker.

Enhver statistisk analyse ville avsløre at de oppnådde resultater skiller seg lite fra sykdommens naturlige utvikling.

Kiropraktorer bygger utvilsomt sin popularitet på manipulasjonsbehandling av akutt lumbago. Også fysioterapeuter og leger har interessert seg for manuell behandling av rygglidelser, og kan bekrefte at man kan ha slående effekt ved akutte låsninger. I en nylig publisert undersøkelse fra England (British Medical Journal 26.april 1975 p. 161) har man undersøkt 456 pasienter med smerter i lumbal-regionen som enten ble behandlet med manipulasjon, eller fysioterapi, eller korrsett, eller smertestillende tabletter. Resultatene ble bedømt klinisk etter 3 ukers behandling, etter 6 ukers behandling, og spørreskjema ble sendt ut etter 3 måneder



og 1 år etter påbegynnelsen av behandlingen. Det var ingen vesentlig forskjell i de fire gruppene. Noen pasienter ble fort bra etter manipulasjon, men det var ingen påvisbare kriterier som kunne bidra til utvelgelse av pasienter som ville ha nytte av manipulasjon. En konkluderer med at det ikke er noen viktige grunner for å anbefale manipulasjon fremfor fysioterapi eller kor-

settbehandling. Henvisning til kiropraktor vil i fremtiden sikkert bli en aktuell lege/pasientkonflikt. Et arbeid som i aller beste fall kan karakteriseres som reparativ medisin, er av politikerne blitt bevilget betydelige summer. Yrkesgruppen selv bør nå føle det som en utfordring å klarlegge omfanget av sitt felt, presisere indikasjonsstillingene for

manipulasjonsbehandling og dokumentere nytten av slik behandling.

H. Siem

P.S. Etter at dette ble skrevet har en mottatt fortegnelse over 48 kiropraktorer som har fått departementets tillatelse til å yte kiropraktisk behandling for trygdens regning. De vil alle få tilsendt et eksemplar av dette nr. av UTPOSTEN.

D.S.

Hvorfor skal en lege tjene penger?

Den første setningen i dialogen er sann - men omstendighetene tillot ikke noe svar da -:

"Legene tjener for mange penger, - det er galt, og man skal ikke tjene på andres ulykke."

"Hva med brannmenn?"

"Jaja, - leger skal selvfølgelig ha lønn, men de skal ikke tjene så mye."

"Hvorfor ikke?"

"Fordi man ikke skal berike seg på andres ulykke."

"Beriker legene seg da?"

"De er i de høyeste inntektsklassene overalt."

"Javisst. Arbeidstiden deres er også lang - kan det ha noe med saken å gjøre?"

"Hm. Ja - Skjønt den arbeidstiden tror jeg ikke stort på. De har tatt med alt - skru i lyspærer på kontoret, skrive regninger og kjøre bil -"

"Er ikke slikt arbeid da? Nødvendig for driften av et kontor?"

"Pøh - han kunne få en kontordame."

"Javisst. Og en sjåfør. Hven skulle betale det da?"

"Legen selvfølgelig. Så ville arbeidstiden gå ned, men ikke inntekten - jo, selvfølgelig noe, men ikke så mye. Likevel ville han sitte igjen med en sinnsvakt høy inntekt. I forhold til andre."

"Hvilke andre?"

"Ja - lærere for eksempel -"

"Det er ikke noe dårlig sammenligningsgrunnlag. Lærere har også en ansvarsfull jobb, direkte med mennesker."

"Lærere tjener mye mindre!"

"Gjør de? Jeg kjenner en lærer - og en lege. De er like gamle og begge har bra anseelse innen sitt særrområde."

"Da burde de tjene like mye!"

"Det gjør de faktisk. I 1975 ca. 78 kr. pr. time. Men man kan jo diskutere om en klokke time almenpraksis er å likestille med 45 min. undervisning - personlig tror jeg det."

"Jeg tror det ikke - den legen må ha en kjempedyr praksis."

"Tja - hun har det omtrent som du ville en lege skulle, hjelp til lyspærer og regninger og alt det der. Utgiftene er omtrent 50% av bruttoen. Mange praksiser har større utgifter."

"Legen tjener ekstra på vakter og slikt."

"Ja. Du - husker du da begge ungene dine hadde magesjau forleden?"

"Ja - bank i bordet, jeg ville ikke hatt den natten om igjen for mye. - Men hva har det med leger å gjøre, jeg klarte meg uten noen lege da - selv om det kunne vært godt, - jeg tenkte på å ringe -"

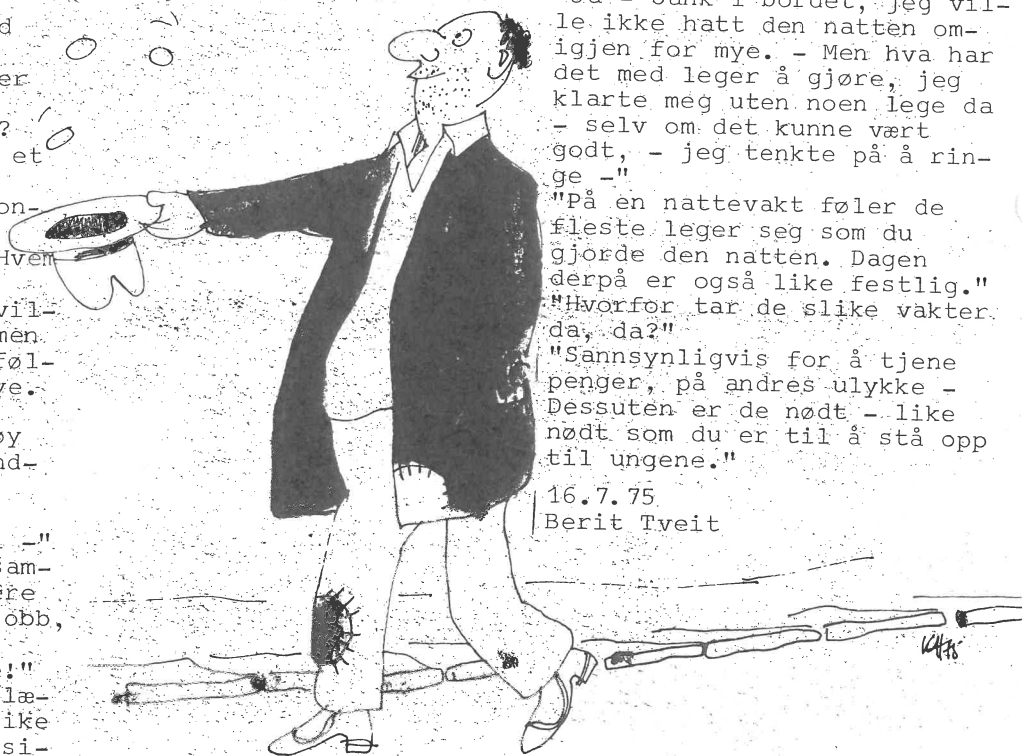
"På en nattevakt føler de fleste leger seg som du gjorde den natten. Dagen derpå er også like festlig."

"Hvorfor tar de slike vakter da, da?"

"Sannsynligvis for å tjene penger, på andres ulykke - Dessuten er de nødt - like nødt som du er til å stå opp til ungene."

16.7.75

Berit Tveit



Blålampe og skilterier

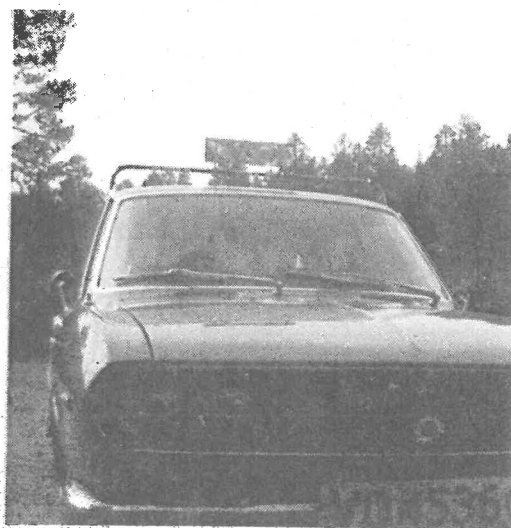
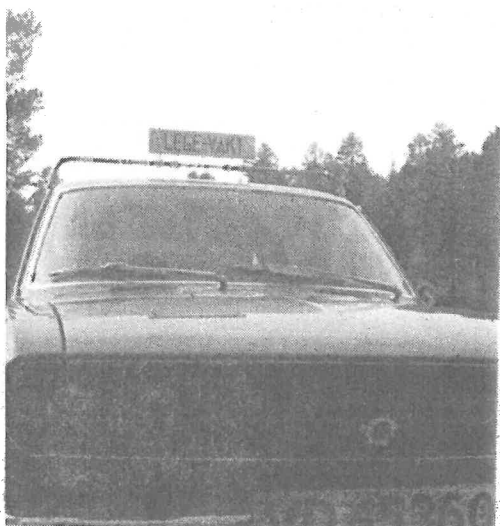
Hjemfallen til straff er den lege som bruker blått, blinkende lys på sin bil, selv om han har det aldri så travelt. Ifølge legeforeningens regler har vi heller ikke lov til pr. skilt eller annen annonsering å opplyse "all verden" at man er "verdens beste lege". Men heldigvis er det intet forbud mot at man kan opplyse om at man er lege, og det er heller ikke forbudt å opplyse at man har vakt. Dette har jeg benyttet ved å få laget et skilt på min bil. Som bille-

det viser, forteller skiltet at den som kjører, er lege på vakt. Skiltet er teksten på begge sider, skiltet er laget av en ganske alminnelig blikkplate som er festet på to stiftklammer. Stiftklammene er festet til skistativet (takgrinden) med vingmuttere. Det kan lett skrues av når man er ute i privatkjøring. Skal jeg i vanlig sykebesøk som ikke haster, så dekkes skiltet av en tynn, brettet aluminiumsplate som igjen er festet med et par strikker. Skiltet

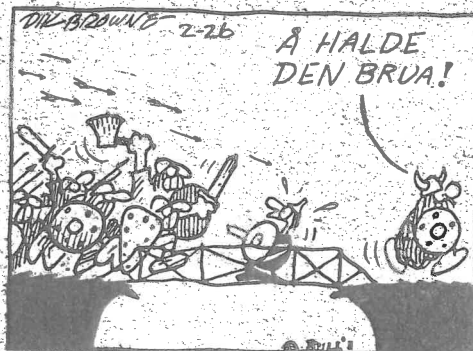
er laget av stedets rørleger, og teksten er påmalt av en av stedets malere. Dette skilt har jeg nå brukt i over ett år, og jeg har fått erfaring for at det virker bra. Jeg har sluppet sint bruk av lyskastere og horn, og som regel er det så mange norske bilturister i ferietidens og fellesferienens tidsrom at jeg har fått gode forbikjøringsmuligheter og tilstrekkelig lange luker i bilkøene.

Rindal, 21.juni 1975

Glør Halvorsen



Uten/med aluminiumsplate



Den almenpraktiserende lege i 60-årene

Herr redaktør:

I UTPOSTEN nr. 5 har Per Wi-
um et innlegg med overskrif-
ten "Vanskeligheter i grup-
pepraksis".

Med korte penselstrøk og kosten dryppende av svartma-
ling gir han oss et bilde av
landets gruppepraksiser i
full oppløsning på vei mot
stupet. Utgiftene i gruppe-
praksis skal lide av ele-
phantiasis, legene skal
drukne i administrative sor-
ger og tenke mer på penger
enn på pasienter.

Imidlertid er virkeligheten for mange av oss helt anderledes. Som deltager både i planlegging, utforming, bygging og drift av en livskraftig, blomstrende og voksende gruppepraksis gjennom 5 år, vet jeg at gruppepraksis i privat regi er et brukbart instrument til å løse en rekke problemer for befolkningen og for legene.

La meg kort skissere en del av vår løsning for å understreke at man i gruppepraksis kan leve og arbeide i harmoni med seg selv og omverdenen.

I vår kommun med 15.000
 innbyggere har man fått en
 legevaktordning med ett te-
 lefonnummer man alltid kan
 ringe, og med utrykningsklar
 ambulanse.

Kommunen har dermed fått en viss medisinsk trygghet for sine innbyggere uten annet vederlag enn å selge en tomt, samt garantere for 1. og 2. prioritets pantelån.

Legene har fått en meget inspirerende arbeidsplass, hvor man ikke får dø i faglig synd. Legene har en helt avgjørende innflytelse på sin egen arbeidsdag, idet de ansetter både hverandre og hjelpepersonellet og har de andre fordelene som følger med et fritt yrke. Videre er det et faktum at administrasjonen tar lite av vår tid, mye mindre enn om vi skulle drevet for oss selv, som f.eks. distriktsleger eller privatpraktiserende leger. Timelister, regningskort, journaler, labo-

ratorieprøver, dikterte
brev etc. tas hånd om av
velkvalifiserte hender.
Legene kan helt og holdent
vie seg til sine pasienters
medisinske problemer.

Et viktig poeng i vårt samarbeid synes å være at alle legene har samme inntekter og deler alle utgifter likt, dvs. det foreligger bare ett regnskap. Det kan også nevnes at vi er 5 leger, hvorav bare 4 er i arbeid til enhver tid. Dette betyr at det blir tid til kurser og ferier uten dårlig samvittighet og med full lønn. Man slipper også å overbelast kollegene, slipper vakanser i nabolagene.

Takstsystemet har vist seg meget fleksibelt. Vi tjener mindre enn om vi satt hver for oss, men har det igjen i en human vaktordning, faglig miljø, ordnet fritid, spesialbygde kontorer, velutstyrt laboratorier.

um, samt skadestue/røntgen,
veltrimmet og velutdannet
hjelpepersonell osv.

Wium ivrer i sitt innlegg for at stat og kommune skal overta driften av gruppepraksis i Norge, dette på grunn av de påståtte økonomiske vanskeligheter. Man må etter artikkelen tro at dette er det eneste motiv.

Imidlertid har vi - og andre - gjennom mange år vist at økonomiske problemer i gruppepraksis lar seg løse. Det foreligger således ingen grunn til å gi slipp på vår yrkesmessige frihet og uavhengighet. Disse kostbare goder må vi verne om, både for vår personlige integritets skyld og for bedre å kunne være upartiske rådgivere for våre pasienter.

Med hilsen
Ulf Borgen
Nedre Eiker Legesenter

Referat fra Røros-seminaret

130 sider, illustrert

Peter F. Hjort
Petter Kristensen
Fredrik Mellbye
Jacob W. Nordan
Rasmus Tveterås
Nils Petter Pedersen
Jan-Ivar Kvamme
Sissel Haaland
Line Sønneland
Åsbjørghaugland
Ella Neerland
T. Møller Hansen
Kjell Bohlin
Inger Haldorsen
Eva Astrup Haugli
Kjell Bjartveit
Arthur Hertzberg
Helge Hofsten
Sverre Moen
Mark Solvoll
Kåre Tønnesen
Arne Victor Larssen

Restopplag:
Pris kr. 10,- pr. eks. ved
bestilling av minst 5 eks.
Ellers kr. 25,- pr. eks.



Symposium om helse- og sosialsentra

Redigert av
Harald Siem

Ansvar: O. Aasen og Vegard Omdal

Herr redaktør:

Nylig fikk jeg tilsendt et nummer av UTPOSTEN, inneholdende en artikkel undertegnet Per Wium om ENURESE. Han refererer der et intervju med meg, trykket i "Alle Kvinner", og han gjør hva han kan for å leve opp til UTPOSTEN's intensjoner uttrykt på tittelbladet: "Uvederheftig referatnummer".

Olve artikkelen er av en god kvalitet at den neppe kan gjøre krav på oppmerksomhet, men det er et par punkter jeg allikevel gjerne vil kommentere.

Per Wium mener at medisinske problemer skal utelukkende debatteres i den medisinske fagpresse. I så fall ville de neppe ha vært til stor glede eller informasjon for Per Wium, da han øyensynlig ikke leser fagtidsskrifter. Hadde han gjort det, ville han neppe ha unngått å se at nettopp Enuresis har vært omtalt og diskutert flere ganger i løpet av de siste 10 år, både i Nordisk Medicin og i Tidsskrift for Den norske legeforening, senest 1973.

synsmåter og behandlingsprinsipper ved Euresis som

vi har hevdet de siste 10-12 år, synes nå å ha slått gjennom også hos pediaterne. Som eksempel på dette, vedlegges et referat fra et møte i America Academy of Pediatrics 1975, hvor eksakt de samme retningslinjer doseres.

Når det gjelder medisinsk informasjon, så er medisinen ingen monopolvare, hverken for leger som på en eller annen måte har fått en medisinsk eksamen eller for den medisinske forsker eller spesialist. I hele den vestlige verden drives utstrakt medisinsk informasjon, både gjennom dagspressen og ukepressen. De fleste større blader har sine medisinske konsulenter. I vårt land har det vært sparsomt med medisinsk opplysning. Fremdeles treffer vi den gamle attityden legemøtte pasienten med, kanskje særlig på enkelte sykehus. Når den såkalte "Visitten" passerte, skulle pasienten ligge nystrøken og stum, og alvoret i de passerendes ansikter oppmuntret neppe til konversasjon. På en kirurgisk avdeling ble pasienten ofte kjørt inn på operasjonsstuen uten å ane hvorfor, og hvis man skulle

treffe ham igjen senere, hadde han intet kjennskap til hva som var gjort med ham. Dette er forhold vi fremdeles kan treffe på.

Det er pasientens kropp og liv vi stiller med, og han har naturligvis krav på å få vite hvordan situasjonen er, og han må også ha adgang til å godkjenne eller avslå de behandlingstilbud han får. Både for hans personlige situasjon og for hans fremtidige disposisjoner kan dette være av stor betydning.

Forutsetningen for at pasienten skal kunne forstå hva vi snakker om, er et visst kjennskap både til kroppens anatomi og til medisinen generelt. Det er dette som er hensikten med den medisinske informasjonsvirksomhet, gitt i en saklig og ikke alt for popularisert form.

Om nyere synsmåter av og til går på tvers av egne og gamle hevdvundne oppfatninger, er dette naturligvis ikke uttrykk for noen form for nedvurdering av disse.

Oslo, 11.8.75
Willy Mathisen

Om helsestasjon . . .

Foris. fra side 3.

utstemplede former.

Forholdet mellom helsestasjonens personell og spesialistservice i pediatri og barnepsykiatri ble grundig diskutert. Det ble presisert at spesialistenes plass ikke er i selve helsestasjonen, men at de skal fungere som rådgivere og veiledere overfor helsestasjonens personell, samt ha til oppgave å stimulere de lokale helsearbeidere til å arbeide videre med mentalhygienisk arbeide.

Det ble videre påpekt at det allerede nå eksisterer et omreisende fagteam fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Molde, og at man etter hvert som de personellmessige forhold tilsier det, kan benytte seg av dette team til å drøfte spesiell og generell problematikk. Å inndelegge barn i risikogrupper i samsvar med hva som er gjort i Enebakkprosjektet ("Helsestasjonen i støpeskjeen"), ble anbefalt. Det ble videre presisert at plassering av et barn i en av ri-

sikogruppene ikke er endelig, og at disse opplysninger ikke blir brukt i annen sammenheng enn ved helsestasjonen.

Første dag var som nevnt, viet både den administrative og faglige del av helsearbeidet. Et nyttig team på riktig tidspunkt og med opplegg som ga stort rom til utveksling av erfaringer mellom de enkelte helsearbeidere.

Eggesbønes, 10.7.75
Bjørn Martin Aasen

1. Fyllingen anlegges i striper eller banketter i ikke over 2,5 m høyde og med så stor bredde som det er praktisk av hensyn til fyllingsarbeidet og tilkjøringen. Den daglige fylling må konsentreres på så lite areal at det snarest mulig, og helst hver dag, kan fylles til full høyde (med synkningsmonn). Når den ene bankett er ferdig, legges neste bankett enten inntil foregående eller hvis det ansees praktisk, i bankettbreddes avstand. Etter en tid kan ny fylling legges ovenpå det allerede utfylte, og således kan fortsette inntil den ønskede høyde er nådd.
2. Sjøpøpelen må behandles og pakkes tettest mulig. Større gjenstander og kvist legges i bunnen av fyllingen, og sjøpøpel pakkes tett i og rundt gjenstandene for at det ikke skal oppstå hulrom i fyllingen. Trekasser, pappkartonger, glass, leirvarer og liknende skal helst slås i stykker og dekket med sjøpøpel. Organisk avfall som matavfall, fiskeavfall og avfall fra slakterier skal legges ned i fyllingen og dekket med sjøpøpel.
3. Overflate og sideskråninger skal dekket med et ca. 15-20 cm tykt lag dekkmateriale av jord, sand, grus eller leire. Annet egnet materiale som sten og bygningsavfall - begrenset til ren fyllmasse - kan også benyttes. Fronten dekket ikke hvis det neste dag skal fylles ny sjøpøpel. Den åpne fyllingsfront skal dekket med nettingskjermer (netting spant på rammer av trelekter), presenninger, sekkefiller eller lignende, slik at fugler og andre dyr hindres i å komme til avfallet. Fylling som blir liggende åpen fordi det samme dag ikke har kunnet fylles til full høyde, skal dekket på samme måte. Under tømmingen stilles nettingskjermer opp rundt tømmestedet for å hindre at papir blåser utover.
4. Varm aske, olje og lett antennelig avfall må ikke legges i fyllingen. Det skal ikke brennes eller gjøres opp ild på eller i nærheten av fyllingen. Oppstår det brann i

fyllingen, skal den brennende masse straks graves ut og slukkes med vann.

5. Fyllingens overflate skal være jevn. Det skal påsees at glass og skarpe gjenstander som kan ødelegge bildekk, ikke ligger på fyllingens overflate. Av hensyn til setningen som er størst i det første døgn, må det hver dag fylles med overhøyde.
6. Hvis rotter eller andre skadedyr viser seg i fyllingen, må det øyeblikkelig da settes igang utrydding. For å hindre utvikling av fluer, kakerlakker og andre insekter, må det i sommer halvåret jevnlig

ble det fylt etter grus over de forkullede sjøpøpeler, avsig av olje og lignende var til sjenanse, selv om plassen lå på et isolert sted. Det kom klager til helserådet på røyk, og en gang oppstod det lyngbrann. Plassen ble ikke gjerdet inn, ikke regelmessig gravet over. Helserådet hadde gått med på at voluminøst avfall som planker og papp kunne brennes, uavhengig av sjøpøpelfyllplassen, men pekte i tre vedtak på at instruks for behandling av sjøpøpel måtte følges. I 1972 fikk kommunen frist på et år til å sette opp gjerde eller komme med forslag til sjøpøpel-forbrenningsanlegg som man da muntlig meddelte at man hadde



Kommunal sjøpøpelplass

- foretas sprøyting eller strøing med insektdrepende midler. Sprøytemidler og eventuelle giftstoffer skal, når de ikke er i bruk, oppbevares i låsbar bød eller i låsbar kasse.
7. Uvedkommende må ikke oppholde seg på fyllplassen. Utsortering av gjenstander i sjøpøpelen må ikke finne sted.
8. Areal som er fylt opp med sjøpøpel, skal ikke bebygges før etter at fyllingen er helt mineralisert og all setning opphørt. Før arealet tas i bruk til bebyggelse, skal overflaten rives opp og luftes.

Kommunen fulgte ikke opp instruks for sjøpøpelfyllplasser. Sjøpøpelet ble helt utover en skrent og tent på. Av og til

under utredning.

På tross av at formannskapet ble gjort oppmerksom på klager og helserådets vedtak, ble ingen ting gjort i sakens anledning. Man vedtok derfor å oversende hele saken til fylkesmannen til uttalelse, idet det var klart at kommunen ikke ville etterkomme helserådets pålegg, ei heller sine egne vedtak fra 1969.

Fylkesmannen forespurte seg ved formannskapskontoret om de hadde uttalelse til saken, og i brev av 20. juni 1975 svarer ordføreren følgende:

"Denne saka har fleire gonger vore drøfta i formannskapet på bakgrunn av henvendingar frå helserådet. I skriv av 1.mars 1974 vart

det overfor helserådet beklaga at ein enno ikkje hadde kome fram til ei avklaring i dette spørsmålet. Ein gjorde i same skrivet greie for kommunens planer om å flytte bossplassen ut i grustaket så snart ein hadde fått hand om denne eigedomen.

Nå er kommunen eigar av dette området og renovatøren har fått beskjed om å flytte bossplassen til grushola så snart han har fått til ei naturleg avslutning av eksisterande fylling. Vi reknar med at med dei høge barane det er kring denne hola, skulle ei inngjerding vere unødvendig. Til dei einskilte merknadene i Dykkar skriv skal vi få uttale følgjande:

- Klagene til teknisk etat frå einskildpersonar over røyk frå søppelfyllplassen er svært få.

- Klager på lukt har ikkje førekome.

- Etter vår meining har både noverande og tidlegare renovatør tatt hand om bosset på ein forsvarleg måte. Vi må ta avstand frå påstanden om at overdekkinga er mangelfull. Det har vore ein del problem med private som legg frå seg boss utan å betale for seg eller seie frå til renovatøren. Vi ser det slik at ei inngjerding av boss-plassen ikkje vil bøte på dette, då det her er store områder der ein kan "slengje" frå seg avfall. Nyttan av ei inngjerding ville, etter vår meining, ikkje stå i høve til dei store kostnadene, og ville påføre abonnentane ei unødig avgiftsauke.

3. begge renovatørane hevdar at ved å brenne ein del av avfallet dei dagane veret tillet det, held dei fyllinga fri for utøy. Samstundes sparer ein med dette mykje overdekkingsmasse, noko som igjen fører til at vi kan halde renovasjonsavgifta nede på eit rimeleg nivå. Etter vår meining har tilhøva ved bossplassen heile tida vore tilfredsstillande, og ein ser gjerne at representant frå fylkesmannen med fylkeslegen tek seg tid til å inspisera søppelfyllplassen vår. Når vi er komne i gang med å deponere bosset i grushola, skulle ordninga bli enno betre enn den har vore til nå."

Som vedlagte avisutklipp viser, har fylkeslegen og fylkesmannen fulgt opp kommunens

henstilling til å ta en befaring til området.

I denne saken har vi fått en opp imot 100% oppslutning av befolkningen i den offentlige renovasjon. Renovasjonsavgifter blir betalt, og man har myndighet til utpanting dersom den ikke blir betalt. Derimot har kommunen klart henlisjert både sine egne og helserådets vedtak, og fylkeslegen og fylkesmannen synes nå på vei for å overprøve helserådets hygieniske skjønn.

Det synes ikke å være mangel på tvangsmidler for å gjennomføre vedtak som er årsak til at saken har gått sin skjeve gang.

Helserådets ordfører og helse- og berednessmedlemmene forøvrig mangler den nødvendige sikkerhet i regelverket for å kunne gå frem på en fast måte for å få gjennomført sine vedtak. Opplysning om lignende saker, utdanning av helserådets ordfører, støtte fra Forening for samfunn og miljømedisin, og til slutt fylkeslegenes juridiske skoler, te kontorsjefer, vil måtte trekkes inn for å avhjelpe denne side av saken.

Øvrighet i stat og fylke må vise interesse for det enkelte helseråds arbeid, og være med på å skape forståelse i andre forvaltningsorgan for helserådets kompetanse.

Etter § 5 i Sunnhetsloven kan politiet kunne sette frist og fastsette mulkt dersom et pålegg av helserådet ikke etterkommes. Etter Straffeloven kan en straffes med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder ved overtredelse av forskrifter siktede til forebyggelse eller motarbeidelse av smittsomme sykdommer eller til den alminnelige sunnhetsbeskyttelse.

Etter mitt skjønn må dette være tvangsmidler sterke nok når helserådets vedtak ikke blir fulgt opp. Skrittet til bruk av tvangsmidler blir i alle fall svært langt å ta når helserådene hverken av egen kraft eller ved støtte fra fylkesmyndighetene våger å ta de nødvendige skritt for å ivareta Sunnhetslovens intensjoner.

Harald Siem

3 måneders B₁₂ vedlikeholds- terapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettes normalt B₁₂.

For vedlikehold er det tilstrekkelig med 1 ml hver 3. måned.

Ventrikelresecerte gis 1 ml 2-3 ganger i året.

Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B₁₂ terapi

DUMEX

Svimmelhet, kvalme og brekninger, migrene psykiske og nevrotiske lidelser Proklorperazinum

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



Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik