TEMA: ARBEIDSFORHOLD I DEN PRIMÆRE HELSETJENESTEN

Årgang 1 1972

UTPOSTEN

Nr. 3 August

HELSETJENESTEN I LOKALSAMFUNNET

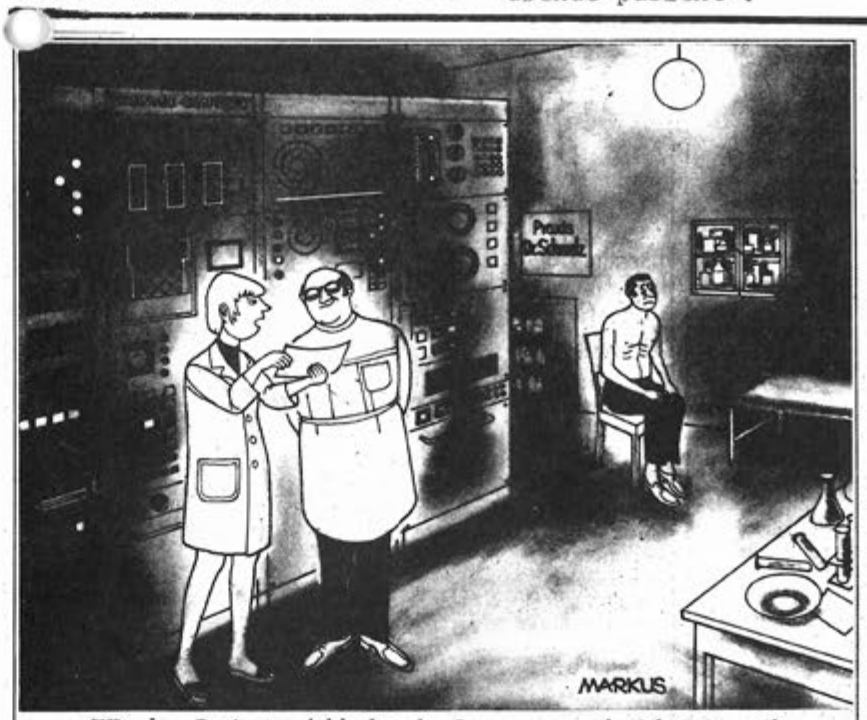
Ved DISTRIKTSLEGEN I AUKRA

"Det er viktigere å forebygge enn å behandle", fikk vi tutet ørene fulle med på doktorskolen. Imidlertid ble vi fort klar over at de behandlingsorienterte klinikere egentlig ikke mente det de sa. I betse fall mente de at forebyggende helsearbeid i dag har så lite å fare med at vi er nødt til å satse både tid, penger og personell på den personorienterte terapi basert på maskin- modellen.

Fra mange hold har Verdens helseorganisasjons definisjon av helse vært sterkt kritisert, jeg tror imidlertid likevel den har vært banebrytende for en ny tankegang som nå i økende grad vinner terreng: erkjennelsen av samfunnsforholdenes betydning for den enkeltes helse. Arbeid for å gi befolkningen best mulige levevilkår vil således være en sentral oppgave i våre bestrebelser på å bedre helsetilstanden.

I forbindelse med den påtenkte utbygging og styrking av den primære helsetjeneste er det derfor avgjørende at ikke bare arbeidsformer, men også oppgaveprioritering blir tatt o££ til en gjennomgående revisjon. Hva er egentlig målsettingen for helsetjenesten i lokalsamfunnet?

Den klientorienterte behandling har og vil også for framtida komme til å ha en sentral plass i den medisinsk/biologiske del av denne helsetjenesten og publikums vesentligste innvendinger bedømt utfra hva som kommer fram i massemedia,er fortsatt av typen: "Pasient avvist ved sykehus X".eventuelt "Distriktslege Y nektet å dra i sykebesøk til døende pasient".



»Was dem Patienten fehlt, hat der Computer noch nicht mitgeteilt, aber die Behandlung wird 1248,75 Mark einbringen!«

Av Innholdet:

Et helsesenteropplegg
Praktisk legeutstyr
Timebestilling
Rapport fra et legesenter

Helsearbeid i henhold til WHO definisjonen vil imidlertid også kreve et aktivt sosialpolitisk engasjement. Det er i samfunnet behov for medisinsk og sosial ekspertise som en motvekt til mer teknisk preget planleggingsvirksomhet. Legestanden begynner meget nølende å innse dette, men har til nå ikke vært villig til å ta den fulle konsekvens av en slik oppdagelse.

Våre helseråd har fullmakter til å utøve en markert innflytelse på den samfunnsutvikling som pågår, problemet har til idag vært at disse fullmakter bare i liten utstrekning har vært benyttet.

Legestanden har lenge sittet og registrert de uheldige virkninger av den førte boligpolitikk, arbeidsmarkedspolitikk, skolepolitikk og samferdselspolitikk uten å ta de nødvendige konsekvenser. Som et eksempel kan nevnes at legene lenge har visst at moderne, upersonlige forstadsmiljøer er klient skapende, det var imidlertid arkitekter som først ga klart uttrykk for dette bl. a. ved foretatte undersøkelser på Ammerud i Oslo (Ammerudrapporten). Er ikke dette egentlig litt flaut?Det burde da være en vesentlig del av vår arbeidsoppgave å påpeke forhold som i videste forstand skaper helseproblemer,og også å arbeide for å utbedre disse forholdene.

Sålenge legene innehar en sentral posisjon når det gjelder å innfange signaler

Forts. side 5

RAPPORT FRA ET LEGESENTER

UTPOSTEN

Redaksjon:
Distrl. Tore Rud
Harald Siem
Per Wium
Faglig medarb.:
Halvor Denstad
Adresse:
6420 Aukra
tlf. Aukra 17
postgiro
34 78 23

Abonnement
kr. 50 pr. år

Utkommer med
ca 8 nr. pr. år

Trykk:
Lorentzen Bokindustri A/S

Men doktor, er dette virkelig den nye måten å finne pulsen på?

Foto: Werner Bokelberg

Den nye moteninnenfor legeservice i Norge i dag, er legesentra.Kravet fra befolkningen om legeservice har øket mye de senere år. En - legepraksis klarer ikke å innfri dette kravet, og gruppepraksis har vel vært den løsningen som til i dag har gitt svaret på dette kravet.Fordelene ved gruppepraksis er mange, og de har vært fremhevet såpass ofte at jeg ikke skal ta de frem her.Men hva er så ulempene ved gruppepraksis slik en av legene i denne form for praksis ser det, etter å ha vært med i et slikt system i flere år. Her er et sammendrag av et brev fra denne legen, supplert med enkelte egne kommentarer:

Ulempene vil selvfølgelig variere mye fra gruppe til gruppe, men det er klart at et av hovedproblemene som som kan oppstå, er vanskeligheter legene i mellom av personlig eller faglig art. Dessuten kan det oppstå problemer med resten av personalet, da det blir relativt mange ansatte i et legesenter, og kanskje også en del skifting av personell. Noe som vel kanskje kan få det hele til å ryste i sammenføyningene, er legenes forskjellige art og uttalte selvstendighet. Det er klart at legene må kunne arbeide selvstendig og uten innblanding i lege/pasientforholdet . Imidlertid vil samarbeidet legen imellom om den felles drift være så vesentlig at hvis dette ikke går etter planen, vil hele systemet lide under det. Dersom legene på senteret ikke er meget godt samkjørte, vil vel særlig punkter som økonomi, vakttjeneste, utnyttelse av personalet og resurser samt ferier og kurs, kunne være anstøtsstener. Med det opplegget de fleste legesentrene har idag kan det vel derfor ikke understrekes nok at de må kjenne hverandre fra før av, og vite at de kan samarbeide og er villige til å ofre noe for samarbeidets skyld.
For egen del vil jeg tilføye at jeg tror hele problemet må løses ved at det offentlige holder lokaler, utstyr, og personell, og at legene blir tilsatt og skal betale en fast del av sin inntekt som leie for alt dette.

I følge erfaringer fra dette helsesenteret som driver i egen regi, mener man at målsettingen for hele gruppepraksisen må være klar på forhånd, og at det settes opp en relativt detaljert intern kontrakt som på en måte sikrer at hver enkelt lege ikke glir ut i sin egen måte å drive gruppe på. Dette er naturligvis en stor fare på grunn av at legenes personlige egenskaper, motivering, yrkesmessig erfaring og profittbehov vil være meget forskjellig.
Dette bildet bestyrkes vel også når arbeidsbelastningen i gruppen blir meget stor, hvilket vel må regnes som en selvfølgelighet i dagens legesituasjon, og man får kanskje for liten tid til å diskutere interne problemer.
Erfaring fra dette legesenteret går også ut på at i de større byene vil det være en fordel å få inndelt byer med f.eks. over 20 000 innb. i regioner. Hver region skulle da ha en gruppe som kunne yte en mer differensiert service, altså av typen helsesentrum. Men det ville også her

være meget viktig å ha en definert funksjon og klart ansvarsområde, slik at man kan unngå en del interpersonelle problemer.
Det må da være meningen at befolkningen innen dette området primært skal søke til sitt helsesentrum. Dette vil selvfølgelig være en fordel for innbyggerne, men det vil også muligens øke stabiliteten i gruppen, slik at de får mer inntrykk av at de driver helsetjenesten i region.

Når det gjelder økonomien, antyder legen i helsesenteret at det er dyrere å drive helsesenteret enn de hadde regnet med. Man må ha en lang arbeidsdag for å få tilfredsstillende inntekt i relasjon til kollegene på syjehus.Utgiftene i 1970/71 har ligget på ca. 50% av bruttoinntekten, eller ca. 10 000,- pr. lege pr. mnd.
Når det gjelder hvor dyrt dette blir for trygdekassene , kan angis at man antar at det ligger på ca. 25,- til 30,- kr. pr. pas. Sykebesøk unntatt.

Og dette var bare noen spredte glimt fra ulempene ved en gruppepraksis i Norge. Jeg synes kanskje legene ved de gruppepraksiser som finnes, har vært meget ivrige på å fremheve fordelene ved systemet. Det har kanskje av og til virket noe krampaktig, og UTPOSTEN ville være glad for å få flere innlegg om hvilke ulemper som er beheftet ved denne form for legetjeneste.

HVORFOR HAR IKKE ALLE PRIVAT-PRAKTISERENDE LEGER TIMEBESTILLING?

Oktober 1969 avga et utvalg oppnevnt av Helsedirektoratet, innstilling om problemene med ventetid på legekontorene. De la til grunn en undersøkelse utført av Norsk Gallup som viste en gjennomsnittlig ventetid på 86 min. hos de leger som ike anvendte noen form for timeavtale-system, mens de som brukte timeavtalesystem hadde ventetid på 42 min. Med timeavtale-system ble det her ment både timebestilling og listesystem, samt lappesystem hvor man til en viss grad kan beregne når man kan få time hos lege. Det kom videre frem at 23 % mente de unnlot å gå til lege på grunn av lang ventetid, og dersom den lokale lege hadde ventetid over 2 timer, mente 36 % at de ikke gikk til lege med sykdommer på grunn av lang ventetid. 13 % svarte at de ville tilkalle legen hjem i stedenfor å gå på kontoret på grunn av lang ventetid.
Det ble også innhentet opplysninger fra almenpraktiserende leger i form av spørreskjemaer, og hele 80 % besvarte disse. De kunne fortelle at vel halvparten av legene hadde kontorhjelp, og man må vel kanskje regne med at en vesentlig del av de 20 % som ikke svarte, ikke har kontorhjelp. 47% anga at de brukte en eller annen form for timeavtale, og i praksis vil vel dette for de flestes vedkommende si lister utlagt på venterommet eller nummerlapper.

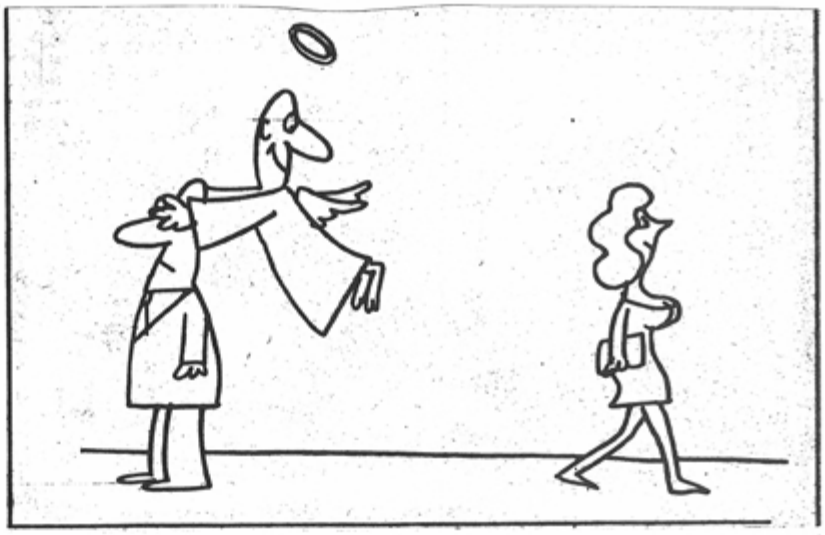
Hvis man regner videre på dette, vil man kunne finne at det norske folk tilbringer minst 7 mill.timer i ren ventetid på almenpraktiserende legers kontorer.
Denne undersøkelsen er altså fra 1969, og vi kan vel ikke regne med at situasjonen har bedret seg noe særlig etter den tid, bortsett fra de legesentra som har dukket opp i den senere tid.
Hvor lenge skal legene undervurdere andres tid i en så alvorlig grad, og i hvor lang tid skal legene sette sin egen tid så høyt, at man lar sine medmennesker vente 7 mill. timer i året for å komme inn til lege?
Hvordan kan ventetiden reduseres vesentlig, slik at både pasienter og leger blir fornøyde?

En forutsetning for at systemet skal virke tilfredsstillende, er selvfølgelig en kontordame som kan ta imot timebestillingene. Selv har jeg satt opp konsultasjoner hvert kvarter. Etter hvert kjenner min kontordame pasientene relativt godt, og kan sette av 2 kvarter dersom hun vet at konsultasjonen vil ta lengre tid. En kontordame kan dessuten brukes til mye annet enn å ta telefonen. Hun kan avlaste legen i utrolig mange gjøremål hvis man bare er villig til å overlate arbeidet til andre, og hun er, etter mitt skjønn, nesten uunnværlig hjelper for pasientene og legen. Man vil kunne øke antallet konsultasjoner betraktelig ved ansettelse av en kontordame, og man vil dessuten få mer tid til å samtale med pasienten når man slipper å fylle ut skjemaer, ta prøver, ta telefoner, som i virkeligheten berøver legen en stor del av hans arbeidstid.
En del innvendinger vil selvfølgelig komme, og spesielt fra de eldre kolleger kanskje.
Nr. 1: Jeg har ikke plass til kontordame, og kan derfor ikke ha timebestilling, da jeg ikke har tid til å ta alle telefoner.
Til dem vil jeg si: Se dere om etter et nytt lokale. Når man veier fordeler og ulemper ved de to systemene mot hverandre, kan ikke jeg skjønne at man må komme til noe annet resultat enn et kontor hvor man kan ansette en kontordame. Selv har jeg to ansatte på kontoret, en til laboratoriet og arkivarbeid og en sekretær som skriver etter min diktafon.

Etter min mening er den eneste måten fast timebestilling pr. telefon eller bud. Selv har jeg praktisert dette i halvannet år nu, og jeg har selv bare gode erfaringer med det.
Så vidt jeg skjønner, er også pasientene meget fornøyd med systemet. De må riktugnok ta en telefon for å bestille time, men på den annen side slipper de å vente en hel dag, slik det av og til kunne være i distriktet her før.
Man kan systemet la seg applisere i alle former for privatpraksis? Dette kan jeg selvfølgelig ikke svare sikkert på, men jeg tror at mitt distrikt er et av de hvor det ville være vanskeligst å gjennomføre systemet. Jeg befinner meg i en øykommune med 2400 mennesker og med usedvanlig dårlige offentlige kommunikasjoner. Befolkningen bor spredt utover hele øya, og av en eller annen grunn er legekontoret blitt liggende usedvanlig usentralt når det gjelder offentlige kommunikasjoner.

Begge to for meg uunnværlige. Men jeg kan skjønne at enkelte kolleger ikke er særlig begeistret for diktafoner.
Nr. 2: Jeg har ikke råd til å ha kontordame.
Etter min erfaring her ute, har jeg og mine pasienter ikke råd til ikke å ha kontordame. Når man tenker på antall ventetimer på kontoret for pasientene, skulle det økonomiske aspekt være klinkende klart, og det blir ikke mindre klart når man ser på sin egen økonomi og effektivitet.

Forts. neste side



Hvorfor har ikke . . .

Nr. 3: Mine pasienter liker det system jeg har, og vil ikke ha noen forandring. Argumenter skulle vært slått til jorden av undersøkelsen fra 1969,og dessuten har jeg hørt utallige innvendinger mot liste- og lappesystem på grunn av at pasientene der, hvis de ikke skal sitte å vente i flere timer, må løpe opp og ned på legekontoret for å se hvor langt legen er kommet på listen.
Nr. 4: Ventelisten vil bli for lang.
Det er helt opplagt at antall pasienter pr. dag ikke nødvendigvis behøver å synke fordi om man innfører timebestilling. Hvis en almenpraktiserende lege klarer 60 vanlige konsultasjoner pr. dag med lapper eller intett avtalesystem i det hele tatt, klarer han nøyaktig samme antall pasienter hvis han bare korter ned på konsultasjonstiden.

Hvorfor har jeg skrevet denne artikkelen ?

Jeg tror desverre at en stor del av de almenpraktiserende leger ikke er oppmerksomme på problemet. Og hva er problemet? 7 mill. timer ventetid for norske pasienter hos norske almenpraktiserende leger. Kan vi lenger ha 7 mill. timer ventetid på samvittigheten?

Per Wium.

— De kan ikke lære meg noe om ventetiden på legekontor!

Helserådsarbeid

Renovasjonsproblemene i hytteområder er blitt et stort problem, særlig hvor det oppstår hyttebyer. Distriktslege T.O. Mørk har sendt oss sine erfaringer om :
Jämtlandssystemet (syn. Bæsj and Carry).
System for renovasjon i hytteområder faller i to deler.
a) søppelrenovasjon i sekker
b) privetrenovasjon i engangsbeholdere. Foregår ved at forbruker bringer a) og/eller b) til samleplass(bod) hvorfra avfallet transporteres ut av området. Forutsetter: bil/traktorvei.
Lit.henv. Dine Muligheter H. dir. des.-70.
Her refereres bare erfaringer med b).
På grunn av innføring av dette system i et av kommunens hytteområder,fant jeg å ville prøve det personlig, og har nå vel 1 års erfaring. Privetbeholderen som er nyttet er av norsk fabrikat. Prisen er ca. kr. 6. (Billigere i store partier)Den består av en solid plastsekk med en form for snøremekanisme (når den er fyllt)rommer ca. 30 liter og plasseres i en medfølgende kartong av stiv papp som også kan "låses". Den har bæreanordning. Der finnes en egen "stol" til beholderen(plastsekk+kartong). Beholderen egner seg ikke som stol. Jeg har benyttet et vanlig kjemikalieklosett, hatt plastsekken opp i denne (prinsipp Panco avfallsbøtte) og flyttet den fylte plastsekk over i kartongen. Transporten av de fylte kartonger i bilens bagasjerom over humpete seterveier har ikke ført til (ubehagelige)uhell.Vinterstid er det en fordel at kjemikalieklosettet ikke er flaskeformet, da man ellers ikke får tømt det, alt fryser til en stor "iskake" . (personlig erfaring). Luktproblemet er absolutt til stede, men ved tilsetting av sanitærveske som ved vanlig kjemikalieklosett, blir dette betydelig bedret. Plasten synes ikke å ta skade av sanitærvesken, men "materialet er statistisk for lite til å kunne gi en sikker vurdering Systemet er hygienisk, økonomisk forsvarlig, et godt alternativ hvor kloakkering ikke er mulig, men forutsetter bilvei til 2-300 meter fra hytta, samt et kommunalt engasjement i form av samleboder og transport til destruksjonsanlegg/søppelfylling, dersom det skal benyttes i større utstrekning.

Arkivsystem

Til samvittighetsfullt arbeid hører også grundig dokumentasjon. Den gamle avlange skoesken med A-6 visittkort som var heftet sammen med binders og alltid heftet seg opp i nabokortet og forsvant til stadighet, er nå på vei ut.Forskjellige nye arkivsystem har vært foreslått, blant annet det i nr.1 av "UTPOSTEN" beskrevne system av dr. Marstrander.
Jeg har mer tro på arkivsystem hvor arkivmappene er beregnet på A-4 ark,dvs. man unngår all bretting. Ikke bare mottar legekontoret allebrev utenfra i A-4 størrelse, men man har også bruk for A-4 på laboratorieark, journalalrk osv.
Arkivering etter fødselsdag og måneder, er en unødvendig komplisering av arkivet i småkommuner. Hvis legen har en gjennomtrekkspraksis, byr selvsagt arkivsystemet på spesielle vanskeligheter.. Hvis han har en stabil praksis med kanskje 3-4 000 tilsognende mennesker, er arkivering på navn intet problem. Det har vært nevnt fra mange hold at det kan bli så vanskelig å finne igjen journaler hvis de kommer bort blant andre ved dette systemet, men i snart 4 år har vi aldri hatt vanskeligheter med å finne igjen journalene etter nevnte system. Vi bruker da Rokla mapper i A-4 som står alfabetisk. Pasientens navn er ført øverst til venstre på støttekanten for menn, og til høyre for kvinner. Fødselsår er også påført her. Journalmappene lette å finne,og ved bruk av utekort tar det svært liten tid å få dem riktig på plass igjen.

De leger som har sett dette virke i praksis under våre forhold, har alle vært enige om at det er både enkelt og effektivt, og det anbefales derfor til kolleger.

H.S.

Ventetid på legekontor, et eksempel:

Langt ute i et øde landskap ligger et lite hvitt hus, satt opp på enkleste måte,og i dette huset ligger kommu - nens legekontor.
Plasseringen er et resultat av dragning mellom to bygder, og kompromisset lyser mot en ute på den øde sletten. Fra kl. 9 er legen til stede,men allerede ½9 om morgenen har dagens buss kommet, og pasientene presser seg inn på venteværelset. De som skal ha sjansen til å komme ut i nigenlunde rimelig tid, har imidlertid vært ute mye tidligere og allerede ½ 8 - 8 var pasientene til stede. Kommunens innbyggere har legeservice bare 1-2 ganger i uken av distriktslegen fra nabokommunen, og vet at de har en besværlig ventetid foran seg. Hvor lang den blir, er avhengig av hvor tidlig de møter frem, men de fleste er avhengig av bussen og har ikke så mange valgmuligheter.

Inne på venterommet møter man harde trebenker og et lite bord, ellers hvite vegger. Her er ingen form for timebestillingsliste eller lappesystem. Enhver passer på hvem som har tur,og ventetiden forsøkes innkortet med samtaler pasientene imellom.

Legen sitter på kontoret og prøver å få arbeidet unna hurtigst mulig, men dette er ikke lett uten noen form for hjelp, slik at den ene timen går etter den andre uten at det synes å redusere antallet på venteværelset.Barna blir utålmodige, de svangre kvinner sitter på harde trebenker og får tiltagende vondt i ryggen. I fint vær kan de opp- holde seg tildels utendørs, men de dager dette er mulig, er mangelvare i denne del av landet. Ved 12-tiden begynner folk å ta frem matpakke, de er vant med at dette tar tid og de er innstilt på det. Legen gjør alt så grundig og hurtig han kan, og han er selvfølgelig overar- beidet.Av og til må han ut i sykebesøk,andre ganger må og- så legen ha mat,og forskjellige nødvendige ærender må også utføres da hele dagen er besatt, og han ellers ikke vil- le få gjort e.eks. reparasjon av bilen.

Og pasientene venter.Utrolig tålmodige er de i denne nes- ten umenneskelige påkjenning for syke mennesker, på harde trebenker.En del av dem bærer preg av sult.De hadde regnet med at de skulle være litt tidligere ute enn de andre idag, men ventetiden har nu blitt til 6 timer og magen rumler veretter. En drosje kommer med en pasient og drosjesjå - øren har med kjeks som blir utdelt. Han kjenner forhol - dene på venteværelset hos legen og vet at en del pasi- enter mangler mat i den lange ventetiden. Drosjen blir sendt ut etter mer mat for å holde den verste sulten stan- gen. En gravid som kom kl. 9 om morgenen, gikk lettet inn til legen kl. 2. Pasienten som fortalte meg dette, møtte opp kl. ½ 10, og var inne hos legen kl. 8 om kvelden. Hennes mann kom med bussen fra byen kl. 6. Han hadde da heldigvis med seg mat, slik at hun overlevde.

Hva var det som gjorde at pasientene fant seg i dette ? Han var en usedvanlig avholdt lege. De visste at legen var overarbeidet, de visste at han arbeidet det han orket, de syntes synd på legen og syntes ikke de selv kunne klage på tilstanden, all den tid de visste at han hadde det verre. Av og til hadde han kontordagen helt ut til kl. ½ 1 om natten.

Hvor mange steder i landet finnes ennu slike tilstander? Det er ikke mange år siden dette hendte. Hvorfor skal man slite både seg selv og pasientene ut uten at noen har nytte av det?

SKRIV SELV!
SEND DET TIL UTPOSTEN

Helsetjenesten I ...

om negative sider ved den pågående samfunnsutvikling er det vår plikt å bringe disse opplysningene videre. Hvis vi ikke er villige til å gjøre dette,må vi samtidig være villige til å fraskrive oss mye av den suverene posisjon vi innehar innen helsevesenet. Samfunnet kan ikke være tjent med at lege standen ruger på en masse viten som burde være avgjørende i planleggingsprosessen.

Den sterke prioritering av personorientert terapeutisk arbeid som til nå har dominert den primære helsetjenesten,og da særlig legenes innsats,kan etter min mening ikke lenger forsvares. For at vi skal kunne få en ny helsetjeneste, ikke bare en tradisjonell helsetjeneste i nye former, tror jeg nettopp det er det forebyggende helsearbeid i videste forstand som må få en mer sentral plass. Det aktive, pågående, samfunnsrettede arbeid må aksepteres som en vesentlig oppgave der legenes ansvar går lenger enn til pasienten på motsatt side av skrive - bordet.

Dag Bruusgaard.

Innkjøp av nytt utstyr til almenpraksis

Ved **DISTRIKTSLEGEN I AUKRA**

Hva gjør en doktor når han skal ha et nytt apparat til å måle hemoglobin ?
Han tar kontakt med et firma som fører slikt utstyr, får sendt opp noe av det dyreste de har på lager, og ergrer seg kanskje grønn over at apparatet ikke virker slik som det skal.

Jeg har vært i den stilling at jeg har skullet kjøpe inn helt nytt utstyr til distriktslegekontoret, og dette har hendt meg flere ganger. Jeg har gått fra det ene firmaet til det andre uten å få det jeg egentlig ventet, og det viser seg også at butikkenes innblikk i apparatet mange ganger er manglende. Servicetilbudet er dårlig, prisen er høy. Problemet ble diskutert på et seminar høsten -71 med representanter for legeutstyrsforretninger, og det viste seg da at deres kjennskap til utstyret gjennom leger, var alt for lite. Det ble videre diskutert å få et slags forbrukerråd som veiledning for innkjøp av slikt utstyr, men i praksis lar dette seg ikke gjøre på grunn av kostnadene det vil medføre å gjennomføre dette for et noenlunde lite antall av apparater, i et relativt vidt spektrum av apparattyper.

En måte som jeg mener man kunne løse dette problemet på, var personlige meddelselser gjennom UTPOSTEN, hvor man kritiserte eller berømte et spesielt apparat man hadde innkjøpt, og UTPOSTEN kunne da eventuelt innhente opplysninger fra leverandøren som fikk anledning til å forsvare seg. Jeg er helt overbevist om at det på dette området i dag finnes en hel masse ubrukelig utstyr som har en pris langt over det som er nødvendig. En annen ting er også utstyr på legekontor som ikke behøver innkjøpes i spesialforretninger, men som kan innkjøpes i vanlige butikker som finnes i alle byer,og som **funksjonerer vel** så godt som spesialutstyret.
Som eksempel på det siste,kan jeg nevne undersøkelseslys, hvor jeg har sett tendenser til å gå til de helt dyre undersøkelseslamper, men hvor man kan komme langt på vei til målet med vanlig lysarmatur som kan kjøpes i enhver elektrisk forretning.

Dette er et forslag som kastes ut i håp om at responsen vil komme i disse spalter.

Send forslag !

Redaksjonens lille problem: *problem :*

Noen tanker omkring et helsesenteropplegg

Ved **DISTRIKTSLEGEN I AUKRA**

De fleste av oss vil være vel kjent med den vanskelige situasjon mangel på leger i den primære helsetjeneste har ført til. På den andre side er det like klart at behandlingsmuligheten har økt betydelig de senere år. Dette er den direkte følge av de nyere medisinske landevinninger, og de bedrede økonomiske forhold.Vår aldrende befolkning, og omstrukturering av busettingsmønsteret har også ført med seg spesielle problemer for helsetjenesten.

På denne bakgrunn er det naturlig at det har meldt seg spørsmål om hva som kan gjøres for å gi et brukbart svar på den sterke utfordring som burde engasjere oss unge leger spesielt, for det er vi som skal legge opp kursen videre og om mulig gi et brukbart svar!

Etterhvert som vår medisinske erkjennelse er blitt mere utdypet, er det klart at mennesket må sees som en helhet, i det miljø og den situasjon det lever i. Videre er det blitt klart at at for oppståen av sykdomsbilleder, spiller både fysiske,psykiske og sosiale faktorer en rolle. Etterhvert har en begynt å erkjenne at sosialmedisinen også har sin beretigelse, like mye som f.eks. parasitologi og toxikologi,i vår medisinske språkbruk.Det har vært sagt at det finnes i dag nesten ikke sosiale problemer uten medisinsk bakgrunn, og ingen medisinsk sykdom uten sosiale årsaker eller følger.
På denne bakgrunn med de økte muligheter, synet på "det hele mennesket"; og de sosialmedisinske aspekter, er det blitt klart at arbeidet med pasienten i større sammenheng ikke lenger kan være utelukkende et "one man show". Primærlegens rolle i diagnose og terapi kan være viktig nok, men han kan ha såre god hjelp av forskjellige kategorier medarbeidere. De aktuelle planer omhandler et legedistrikt med 7.500 innb., og en diameter på 50-60 km. Sentralt i distriktet er det planlagt et helsesenter med plass for minst 3 leger.Dette helsesenteret er tenkt å ta seg av følgende funksjoner og oppgaver:

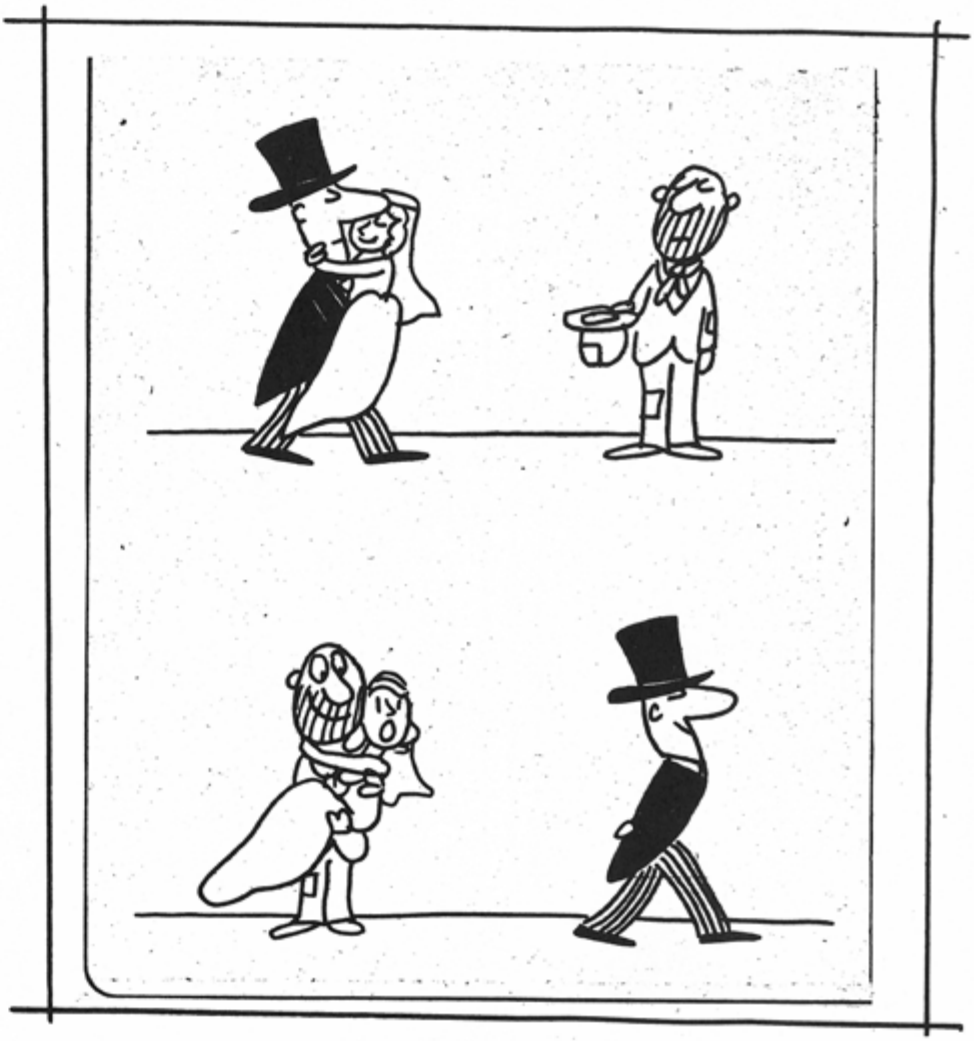
1. Legekontorer for minst 3 leger med laboratorium og plass for nødvendig hjelpepersonell.
2. Helserådsavdeling med kontrollstasjon etc. og plass for 2 helsesøstre.
3. Servicesenter for eldre (Hårpleie, fotpleie et[illegible]
4. Sosialkontor (med sosialsjef,sosialsøster og sosialarbeider).
5. Trygdekontor.
6. Sykehjem (60 sengeplasser, mulighet for sykestue).
7. Fysikalsk avdeling.
8. Folketannrøkt (3 tannleger).
9. Trygdeboliger for eldre m.m. (utenfor selve institusjonen).
10. Rom for førstehjelp/administrasjon av legevakt og ambulanse med radiotelefoni.
11. Andre funksjoner.

Det vil føre for langt å gå i detaljer når det gjelder de forskjellige funksjoner, men vi vil peke på at det her er forsøkt å gi et samlet tilbud i helse/sosialsektoren,til de forskjellige kategorier mennesker som måtte trenge hjelp.

Forts. neste side

Noen tanker ...

I legesenteret regnes det med plass til minst 3 leger, og nødvendig hjelpepersonell med tekniske hjelpemidler. En vil forsøke å gi et mest mulig relevant svar på det pasientens symptomatoligi reiser.
Eksakte laboratorieverdier kan være viktige nok for en diagnose. Andre ganger kan det være en medarbeider som kan finne tid og anledning til å lytte til pasientens klager, og derigjennom finne sporet til lidelsens virkelige årsak. Ved et slikt samspill mellom flere ligger muligheten for legen til å kunne bruke sin tid til det egentlige legearbeid, i steden for å skrive regninger og utføre oppgaver som kan skjøttes både raskere og bedre av dertil egnet hjelpepersonell.
Samarbeide mellom flere kolleger fører også med seg muligheten for å kunne få råd i vanskelige spørsmål, og muligheten for gjensidig utveksling av problemer og erfaringer.
Mellom denne gruppen og helserådet med helsesøstrene vil der være et nært samarbeide. På denne måten kan en få knyttet sammen det konstruktive/forebyggende helsearbeide, med diagnostisk / terapeutiske arbeide, noe som vi ser på som uhyre viktig å få realisert fullt ut. De fleste er enige i at det er bedre å kunne forebygge enn å helbrede. Erfaringen fra praktisk arbeide har lært oss at det ikke bør, eller kan være et enten eller, men - et både og. På den ene side vil et godt behandlings tilbud gi en god kontakt ut i folket, og derigjennom rike muligheter for å komme til med forebyggende arbeid. På den andre side vil helsesøstrene, med de kontaktmulighetene ingen andre har, bety uhyre mye når det gjelder å nå ut til folket med medisinske service. Det gjelder såvel forebyggelse av sykdom, som det å få stille den tidlige diagnose, og få komme til med behandling på et tidlig tidspunkt. I barnealderen vil det ofte være svært viktig å kunne følge opp den videre utvikling, der det kan være mulighet for funksjonshemning, som følge av skade eller gjennomgått sykdom.
Det kommunale sosialkontor er også knyttet til Helsesenteret. Sosialsøster er



daglig leder av hjemmesykepleieordningen m.m. og sammen med sosialsjefen kommer hun i god kontakt med hjem og familie der sykdom og problem har tårnet seg opp. Vi vet også at problem i det hjemlige miljø kan være en viktig årsak til sykdom eller mistilpasning, eller til at pasienten ikke kan skrives ut fra sykehuset så tidlig som ønskelig. Ikke minst viktig er dette i det psykiske for- og ettervernsarbeide. Her regner vi med å kunne fortsette samarbeidet mellom helsesøstre, sosionom, behandlende lege og det tilreisende team fra det lokale psykiatriske sykehus.
Den sosiale omsorg er i prinsippet en hjelp til selvhjelp. For den som trenger støtte etter våre trygdeordninger, er trygdekontoret den rette instans. Ofte vil en samlet vurdering av pasientens ressurser og behov føre til mer adekvat behandling i den aktuelle situasjon.
Sykehjemmet med sine sengeplasser skal ta i mot slike som ikke trenger opphold i spesialavdeling i sykehus. De vil kunne få den hjelp og sykepleie de trenger i sitt eget distrikt, og ikke så alt for langt fra sitt hjemlige miljø. Kombinasjonen av sykehjem med legekontor etc. vil gi rike muligheter for besøk av slekt og venner fra pasientens hjemsted. Ved å opprette en sykestuefunksjon vil en også kunne gi mange av de akutte syke en bedre hjelp. Mange eldre, med en lungebetendelse f.eks. vil få et mye bedre og sikrere behandlingstilbud enn om de er henvist til å ligge hjemme. Dette kan også spare legen for unødig reising. Sykebesøktjenesten bør så visst ikke avskaffes, dertil betyr den en alt for verdifull kontakt med pasienten i sitt hjemlige miljø, men der en kan by pasienten et bedre opplegg ved å ta ham inn i sykestuen, er det selvsagt at så bør gjøres.
Fysikalsk avdeling er beregnet på så vel sykehjemsklientellet som på ambulante pasienter. Videre er det mulighet også å få gi et tilbud til skolen og andre institusjoner om forebyggende tiltak for å unngå en del av belastningssykdommene, ved praktisk opplæring i rett arbeidsteknikk m.m.

Forts. neste side

Noen tanker . . .

Folketannrøkt er et område som blir stadig mer aktuelt, idet tannhelsen stadig synes å være synkende hos den yngre generasjon.
Når det gjelder forholdene for de eldre, har hovedtanken vært at vi skulle kunne gi dem et tilbud i steden for et påbud. Så lenge hjelp kan slaffes, og de makter det, må de få bo hjemme i sitt eget rom eller hus. Når dette ikke lenger er mulig , skal trygdeboligene være det tilbud som det ikke skulle være så vanskelig å ta imot.

De vil da fortsatt kunne bo som helt "frie" mennesker , men nå i et "skjermet" miljø, hvor de som før kan få hjelp fra servicesenteret for eldre, og lettere vil kunne få mer medisinsk tilsyn og hjelp. Blir de imidlertid syke,for kortere eller lengre tid, blir det aktuelt med innleggelse i sykehjemmet, som da vil være et naturlig tilbud til dem.
Med arbeidsterapi og andre aktiviteter, er det tanken å forsøke å gjøre livet så "naturlig" og meningsfylt som mulig for dem, selv om de ikke lenger skulle kunne klare seg utenom institusjonen.
Det er disse gamle som med sitt årelange slit har lagt grunnlaget for den velstand vi soler oss i. La oss ikke glemme det.

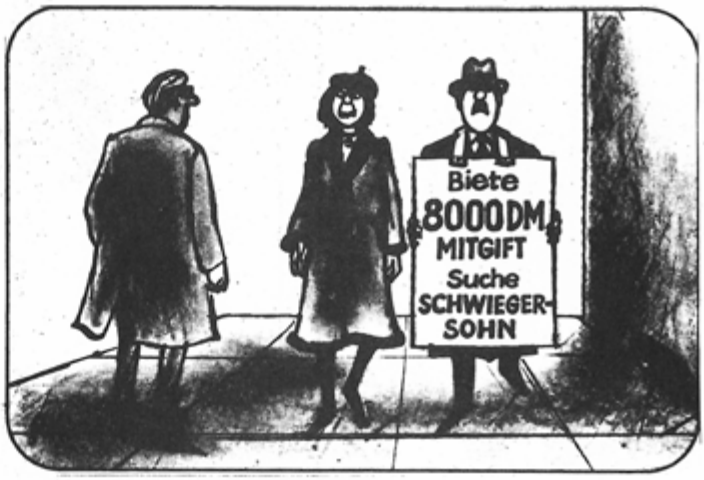
Det viktigste ved et slit helsesenteropplegg er ikke å avlaste legen, selv om dette kan være viktig nok. Oppbyggingen har tatt sikte på å sette pasienten i sentrum, alik at vi så langt vi evner, midler og krefter rekker, skal ha et brukbart tilbud å gi de kategorier av barn og voksne som trenger vår hjelp eller hånsrekning. I prinsippet gjelder dette forebyggende helsearbeid over et vidt spekter og på forskjellige plan. Skjematisk kan det sammenfattes slik:

1. Konstruktivt helsearbeid.
2. Forebyggende helsearbeid.
3. Tidlige diagnose/behandling.
4. Attføring/rehabilitering, etc.
5. Omsorg for dem som ikke lenger klarer seg selv.

Med et samlet tilbud i et tverrfaglig samarbeide står en langt bedre rustet enn om en skulle streve med dette hver for seg, og da blir også den facinerende, men krevende,oppgaven å arbeide i førstelinjetjenesten mere meningsfylt - og givende.

Svein Tjåland

SEND OSS BILDER!
Da slipper vi å låne slike vitser!



Noen tanker om den primære helsetjeneste etter en studietur i Møre og Romsdal

Av stud. med. Ellen Smith, stud. med. Dag Torvik og stud. med. Ansgar Aasen

Denne artikkel er et utdrag av en rapport vi laget etter et besøk ved gruppepraksisene i Ålesund og Molde og distriktslegekontoret i Fræna 27. - 29. oktober 1971.

LEGESENTERET I ÅLESUND.

Gruppepraksisen ble startet våren 1969. Kommunen har bygget lokalene og en av legene har vært med i planleggingsarbeidet. Gruppen holder til i et nytt forretningsbygg hvor den disponerer 350 m².

Det er i dag 4 leger + 7 ½ stilling for hjelpepersonale.

Arbeidsrutinen.

Kontortiden er fra kl. 8,30-15,30. En av legene + en medhjelper tar hver dag etter kontortid til ca. kl. 18,00 imot mer "øyeblikkelig hjelp", det samme er tilfelle hver lørdag fra kl. 9,00 - 13,00. Byvakt deles med andre leger i byen og er 8-delt.

Telefonkonsultasjoner prøves tatt imot til bestemte tider på dagen. Dessuten er alltid en av legene klar til å rykke ut hvis det trengs sykebesøk i kontortiden. Det er timebestilling med en ventetid på ca. 1 uke. Hver lege har ca. 30-35 pasienter pr. dag (det settes opp 4-6 pasienter i timen). Pasienten må vente max. 1 t. på venterommet.

Kartoteket er ordnet alfabetisk på A-4 ark. Hver lege har sin farge på omslaget. Journalene maskinskrives, slik at kort resyme av alle prøver og spesialistkonsultasjoner skrives med rødt, kommentarer med sort. Epikriser m.m., oppbevares annet sted. Det var diktafoner og callingsystem.

Økonomi.

Gruppen leier lokaler og utstyr av kommunen. De har mulighet til å kjøpe seg ut når de vil. Oppholdsrommet stiller kommunen gratis til disposisjon. De lønner personalet selv og deler fellesutgiftene mellom seg i forhold til den enkeltes inntekt fra trygdekontoret. Inntektsregnskapene har de separat.

Faglig samarbeid.

Legene har faglig møte hver onsdag fra kl. 08,00 - 09,00. En gang i uken deltar de i morgenmøte på Fylkessykehuset. En gang i måneden har de møter med leger fra barne psykiatrisk avdeling i Molde, og en gang i måneden med et psykiatrisk team fra Oppdøl sykehus.

Ferier.

Legene har satt opp som den ideelle ordning tre måneder pr. år for hver lege til ferier og videreutdannelse. Foreløbig har det imidlertid ikke blitt mer enn to måneder.

Av de fire legene i gruppen var det ingen som kjente hverandre fra før. En av dem var med i planleggingen av senteret, og var også den som fikk kontakt med de andre. Denne legen har 1 ½ års spesialutdannelse for indremedisin, mens de andre kom nokså direkte fra turnus. De enkelte legene hadde sine spesialinteresser, men fordelingen av pasientene dem imellom er helt tilfeldig.

De var fornøyd med samarbeidet og arbeidsformen, men mente at slik som situasjonen er i Ålesund nå, var tidspresset i arbeidstiden ikke noe mindre enn for en privatpraktiserende alene, eller en lege i distriktet. Det er for få leger i byen, og søkningen til senteret er så stor at man for tiden ikke kan ta imot pasienter som ikke har vært der før eller hvis familie har vært der. Det arbeides for å få startet en ny gruppepraksis i byen, og legene mente det var behov for 2 nye grupper.

LEGESENTERET I MOLDE.

Gruppepraksisen i Molde ble startet høsten 1971 og hadde altså bare fungert et par måneder på tiden for besøket. Bakgrunnen for legesenter var også en litt annen enn i Ålesund, i og med at Molde by bygget lokalene først og så averterte etter interesserte leger. Således har ingen av legene vært med på planleggingen.

Lokalene er helt nye og moderne, også her i en forretningsgård i sentrum, og er i prinsippet ikke så forskjellig fra Ålesundsgruppens.

Det er 4 leger + 5 stillinger for hjelpepersonale.

Arbeidsrutinen.

Kontortiden er fra 08,30 - 14,00. Lørdag fra 09,00 - 12,00 tar en av legene + en medhjelper imot "øyeblikkelig hjelp". Legene har 7-delt byvakt. Også her har man timebestilling. Det var ingen ventetid for å få time. Det settes opp 4 pasienter i timen + øyeblikkelig hjelp, slik at hver lege har 20 - 25 pasienter pr. dag.

Forts. neste side

Noen tanker om den...

Kartoteket var ordnet etter fødselsdato, i et slikt system at det var lett å se hvis en journal er feilplassert. Journalene skrives for hånd. Det fins også diktafon og callingsystem.

Økonomi.
Gruppen leier lokalene av kommunen, med muligheter til å kjøpe seg ut. Leieutgiftene og andre felles utgifter deles likt, mens inntektsregnskapene er separate.

Det faglige samarbeidet består i uformelle diskusjoner i pausene. En- av og til toganger i uken er det fellesmøter på sykehuset med legene der.

Gruppen har en tillitsmann som skal representere den utad. Vervet går på omgang.

Ferier.
Det kalkuleres foreløbig med 2 måneder/år/lege til ferie- og etterutdannelse.

Alle legene er unge. En hadde vært 4 år, en annen 1 ½ år i distrikt, de andre kom nokså direkte fra turnus til gruppepraksisen. Ingen av dem kjente hverandre fra før. Ingen av dem har noen utpregede spesialiteter, men dekket et bredt interesseområde.

Alle var generelt meget godt fornøyd med arbeidssituasjonen og samarbeidet. De syntes de hadde god tid til hver pasient og et passende arbeidspress, og ville legge vekt på å beholde denne situasjonen. De kunne gjerne tenke seg gruppepraksis som varig arbeidsform, eventuelt bytte jobb med en sykehuslege for et kortere tidsrom.

De var ikke helt fornøyd med lokalene, og mente at det er en absolutt fordel at legene som skal arbeide i en slik gruppe er med på å planlegge lokalene.

DISTRIKTSLEGEKONTORET I FRÆNA

Fræna kommune har 2 distriktsleger som har kontor samme sted, i Elnesvågen. Distriktet har 7 500 innbyggere. For tiden dekker de også Eide distrikt. I Fræna er et helsesenter under planlegging, utbyggingen starter våren 1972, og distriktslegekontoret slik det nå er, preges tydelig av helsesentertanken.

Dagen i Fræna ble lenger og enda mer praktisk enn i Ålesund og Molde. En av oss fikk tildelt et kontor, og fikk ta imot pasienter selv, som distriktslegen kontrollerte etterpå, og vi fikk alle være med på konsultasjoner og utføre en del praktisk arbeid under supervisjon, som å ta cytologiske prøver og gjøre cervix-penslinger. Det ble også anledning til å spørre ig diskutere med personalet, og distriktslegen ga oss en grundig innføring i planene for det nye helsesenteret.

Etter middag hos distriktslegen, var vi med rundt i sykebesøk i distriktet, hvor vi blant annet ble vist endel mer sosial-medisinske aspekter av helsetjenesten, f.eks. pleieproblemer med gamle sengeliggende pasienter.

Kontorlokalene ligger i en etterkrigsbygning, og er ikke så praktiske og moderne som i legesentrene. Utstyret var derimot fullt på høyde med det vi så i Ålesund og Molde.

Forts. neste side

»Ich muß dringend Herrn Oswalt Kolle sprechen!«

Noen tanker om den . . .

De to helsesøstrene har kontor i samme bygning, hvor også trygdekontoret er. Spesialkontoret er i en bygning like ved.

Personalet.

Foeuten distriktslegene var det en turnuskandidat + for tiden en amerikansk student + 5 andre medhjelpere.

Kartoteket er alfabetisk ordnet og delvis hånd-, delvis maskinskrevet. Det er diktafon og callingsystem mellom rommene.

Arbeidsrutinen.

Kontortiden er fra 08,30 - 15,00. Hver lørdag er kontoret åpent fra 09,00 - 13,00 for mer øyeblikkelige tilfeller. Man prøver å praktisere timebestilling. Det kan komme opptil 100 pasienter til kontoret pr. dag.

Sykebesøkene deles slik at legene har vakt hver sine dager. Besøkene foretas stort sett med drosje med lokalkjent sjåfør, og legen har da foruten det vanlige utstyret endel nødhjelpsutstyr i bilen, så som surstoff, sug m.m. Legen har radiotelefon som sparer ham for unødig kjøring. Vi merket oss også lydbåndkasetter med medisinske foredrag til bruk ved lange kjøreturer.

Det er godt samarbeid og regelmessige møter mellom distriktslege, helsesøstrene, trygdesjef og sosialsjef, hvor felles problemer tas opp.

Vårt inntrykk er at arbeidspresset er stort og distriktslegens dag lang. Vår sluttet kl. ½ 2 om natten.

Sammenligning mellom gruppepraksisene i Ålesund og Molde.

Den mest iøyenfallende forskjellen var arbeidspresset og tidssituasjonen. Ålesundgruppen bar tydelig preg av hardt arbeidspress, og de hadde etter vår mening for mange pasienter/lege/time, mens man i Molde syntes virkelig å ha ideelle forhold hva tid til hver enkelt pasient angår. I Ålesund var man da heller ikke fornøyd med situasjonen, som forhåpentligvis bedres når byen får nok en legegruppe. I Molde er det vel også sannsynlig at arbeidspresset blir større etterhvert som befolkningen blir kjent med legesenteret.

Når det gjelder lokalene, virker disse noe mer hensiktsmessige i Ålesund, hvor legene syntes svært fornøyd. I Molde hadde man som nevnt, enkelte innvendinger mot lokalene. At Ålesundgruppen var mer fornøyd, viser vel at det er en fordel om en eller flere av legene som skal arbeide der, er med på planleggingen.

Samarbeidet med andre helsearbeidere, både leger utenfor gruppen og andre yrkesgrupper, virket mer utbygd i Ålesund. Men her må tas i betraktning at Moldegruppen nettopp hadde startet, og at slikt samarbeid tar tid å etablere. Det var også delte meninger blant legene om hvor nært samarbeid med f. eks. arbeidere i sosialsektoren skulle være.

Fra begge gruppene fikk vi inntrykk av at samarbeidet legene imellom i gruppen gikk bra, til tross for at disse ikke kjente hverandre fra før. Det så også ut som om systemet med at hver lege hadde sine egne regnskaper over inntekter virket tilfredsstillende.

Også samarbeidet med hjelpepersonellet var godt. Vårt inntrykk som helhet var at disse legene var meget fornøyd med gruppepraksis som arbeidsform.

Sammenligning mellom gruppepraksisene og distriktslegekontoret i Fræna.

Det er vanskelig å gjøre direkte sammenligninger, både fordi distriktslegepraksis og gruppepraksis i seg selv innebærer forskjellige oppgaver, og også fordi legepraksis er forskjellig i by og landdistrikt. Dessuten har Fræna ikke et typisk distriktslegekontor, men ett som er preget av den forestående utbygging av helsesenteret der, og vel også av distriktslegene med medhjelpere, som har arbeidet mye med rasjonalisering og organisering av den primære helsetjeneste.

Såvidt vi kunne se, ble det rent medisinske arbeidet ført like langt i Fræna som ved gruppepraksisene, da man også her hadde mye spesialutstyr. Lokalene derimot var slett ikke moderne og flotte og viser at man kan komme langt, selv om lokalene er beskjedne.

I distriktslegens arbeid kommer flere aspekter av pasientens situasjon frem, i og med at en distriktslege også har endel andre verv i tillegg til almenpraktikerens. Man visste mer om pasientens bakgrunn, var i større grad i stand til å behandle ham i miljøet. I distriktet var også muligheten til oppsøkende virksomhet større. Den ble da også drevet - f.eks. sammen med helsesøster - som har kontroll med alle kommunens barn.

Arbeidspresset virket enda større i distriktet enn i gruppepraksis, hvor man tross alt hadde mer regulert arbeidstid.

Noen tanker om hvilken form den primære helsetjeneste bør ha.

Vi vil presisere at vi har sett problemet hovedsaklig fra legens side, da det er her vi har gjort erfaringer.

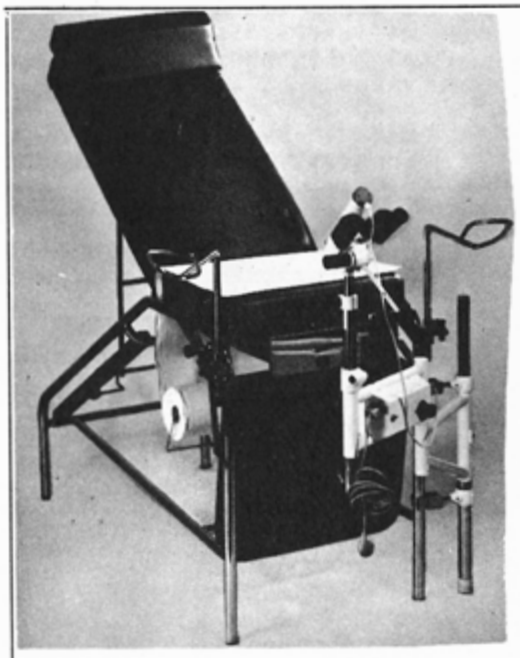
Det ser ut som det er en fordel med nært samarbeid mellom leger, både når det gjelder faglige problemer og arbeidsbyrden. Likeledes er en rasjonalisering av legens arbeid meget viktig, slik at han avlastes for en rekke oppgaver som like godt kan utføres av andre uten legeutdannelse, f.eks. skrivehjelp, laboratoriehjelp. Rasjonalisering er lettere å gjennomføre når flere leger arbeider sammen. Det synes også som om det er til beste både for pasienten og legen at legen samarbeider med andre yrkesgrupper innen helsesektoren, da pasienten ofte ikke har ett veldefinert problem, men et problemkompleks.

Forts. neste side

lages store, sentraliserte helsesentre.

Både helsesenter-personalet og distriktslegen vil ha god anledning til å drive preventiv medisin. En legegruppe uten spesiell tilknytning til helsesenter vil vel fungere best i tettbygde strøk der det er behov for mange leger. En slik gruppe, uavhengig som den er, vil ha fordelen av å kunne fordele arbeidet og samarbeide om faglige problemer. Slik som gruppepraksisene er organisert nå, vil de derimot ikke ha samme mulighet til å behandle pasienten i miljøet, da de er basert på at pasientene kommer til dem, ikke at de har ansvar for en bestemt gruppe mennesker. En enslig distriktslege vil ha utmerket mulighet til å behandle pasienten og miljøet, og stimuleres av de meget Helsesentertanken som går lengst i retning av samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper, er tiltrekkende. Det høres riktig ut at pasienten skal kunne komme til ett sted med hele sitt problemspekter, og få hjelp av forskjellige fagfolk i nært samarbeid. Det er også mer effektivt at helsearbeidet i et distrikt koordineres.

Helsesentre er dyre, så hvor mange som kan bygges, er et økonomisk og politisk spørsmål. Distriktenes behov er forskjellige, alt etter geografi og folkemengde. Mange distrikter vil sikkert være godt hjulpet i første omgang hvis mulighetene blir lagt til rette for mer arbeidshjelp og utstyr til distriktslegen. Vi tror ikke det er riktig at flere distrikter slås sammen og at det differensierte arbeidsoppgaver, men vil vel savne faglig samarbeid med organiseringen av arbeidstiden. Hvilken praksisform en lege vil finne mest tilfredsstillende, avhenger svært mye av hans gemytt og interesser. Noen er mest interessert i somatisk medisin, andre mer sosialt orientert. Noen trives best ved å arbeide helt alene, andre profitterer på teamwork. Da forholdene i Norge varierer avhengig av hvor i landet man er, tror vi det ikke behøver å være et enten-eller i spørsmålet om organiseringen av primærhelsetjenesten. Vi mener det er plass for flere praksistyper, og håper det kan oppnås et kompromiss, slik at landets legebehov kan dekkes, samtidig som den enkelte lege kan velge den praksisform som passer best for ham.



NÅR DET GJELDER KJØP AV LEGEUTSTYR

ta kontakt med oss

Vi har erfaring når det gjelder oppsett av utstyr, enten det gjelder det komplette legesenter eller til et mindre utekontor.

Det er vi som leverer de franske G. U. Benker i rustfritt stål og de franske INSTRUMENTSKAP.

De kan velge i flere pene farger.

Vi sender gjerne prospekter og katalog. Be om tilbud.

1897 - 75 ÅR - 1972

UTSTYR FOR LEGER OG SYKEHUS

CARL HARTWIG A/S

Tlf. (05) 23 39 32 - 21 70 51. Postboks 303 - Bergen.

TEMATA TIL BEHANDLING
I SENERE NUMMER

Som det ble understreket i 1.nr., er UTPOSTEN,s videre eksistens avhengig av innlegg og kommentarer fra alle kanter av landet. Idé og igangsettelse ar utgått fra ytre Møre og Romsdal, men vi er avhengige av deltagelse også fra andre. På dette grunnlag følger her en kort og uforbindlig oversikt over de temata vi vil behandle i følgende nr. av UTPOSTEN. Forøvrig vil det stå den enkelte bidragsyter helt fritt hvordan han vil forme sitt innlegg.

4.nr:

Innleveringsfrist: 1.8.72.
Tema: Stortingsmelding nr. 85.
Aktuelle problemer vis a vis kommunene. Forsinkelse med ordningen hvis saken blir utsatt - Hva så med primærlegen? Primær/sekundær/tertiær-profylakse. Blir helsesentertanken forsinket på grunn av legesentra? Et helsesenter i praksis - Fræna i Møre og Romsdal.

5.nr:

Innleveringsfrist: 1.9.72.
Tema: Legeskyss.
Faste skyssrefusjoner i byene? Skysstillegg i sjødistrikt. Koordinasjon av utbetaling på kvartalsregningen for distriktslegene. Sjødistrikt - forhold mellom tid på reiser og tid med pasient. Erfaringer med fly i Nordland og Troms. Ambulansetjenesten.

6.nr:

Innleveringsfrist: 1.10.72.
Tema: Forebyggende helsearbeid.
Bedriftslegearbeid. Mor/barn-undersøkelser,hva med et nytt skjema som omfatter tiden fra fødsel til det 10.skoleår? Disposisjon til medisinalrapport. Arbeidstilsynet.

Vi håper at denne temaorientering fører til flittig innsendelse av innlegg i UTPOSTEN.

VIKTIG!

PRIMÆRLEGER
som disponerer båt eller fly i forbindelse med sin legevaktsvirksomhet,ber vi vennligst sende inn bilde av sine respektive kommunikasjonsmidler. Stor pris ville vi også sette på om en kortere artikkel fulgte billedmaterialet,hvor man kom med ros, kommentarer og evnt. konstruktiv kritikk av det kommunale sjø- eller luftgående ambulanseopplegg. Finansiering og organisasjon av driften? Hvordan balanserer regnskapet? "Legeskyss" er nemlig tema som vil bli behandlet i 5.nr. av UTPOSTEN. Dette nr. beregnes å gå i trykken primo september, hvorfor vi må anmode om at billedmaterialet / artikler innen det aktuelle tema er oss i hende innen 1.9.

H.D.

HER SKULLE DU HA SKREVET!

FOR REKLAME

Moderne kalkbehandling med

CALCIUM-SANDOZ brusetabletter 500 mg

Calcium i ioneform når brusetabletten oppløses

Calcium-Sandoz brusetabletter oppløses raskt i vann til en brusende, forfriskende drikk med behagelig smak.

Nyere undersøkelser viser at moderne mennesker ofte ikke får tilstrekkelig calcium i kosten. Mange calcium-rike næringsmidler er samtidig kaloririke, som f. eks. ost, melk og sjokolade, og derfor ikke alltid egnet som calcium-kilde. Kroppen kan tilføres 1 g kalcium ved å gi:

- 2 Calcium-Sandoz brusetabletter 500 mg eller
- 16 Tabl. calcii lactatis 0,5 g eller
- 18 Tabl. calcii phosphatis 0,5 g.

(Nordin, B.E.C. og Smith, D. A.: Triangel 6, 273, 1964).

Daglig calciumbehov for friske personer:

Barn fra 1 til 19 år	1.000—1.200 mg/dag
Voksne	800 mg/dag
U.S. Food and Nutrition Board, Nat. Res. Counc. 1958.	
Kvinner i svangerskapet	1.500 mg/dag
Kvinner i laktasjonsperioden	2.000 mg/dag
Øgrim (1958)	

Kontraindikasjon: Svær nyreinsuffisiens

Pakninger à 20 og 5 x 20 Calcium-Sandoz brusetabletter 500 mg.

SANDOZ

Sandoz-informasjon

Boks 6069, Etterstad, Oslo 6
Tlf.: 67 43 04 — 67 48 26

BURONIL®