

# TEMA: HELSETJENESTEN - FREMTID

September  
1972

# UTPOSTEN

Årgang 1  
Nr. 4

## SOMMEREN FORBI.....

I løpet av sommeren har UTPOSTEN lært å ta sine første svøm-  
metak. Som det amatørskrift det er, har det jo møtt en del  
problemer, og en del kriseløsninger har man måttet finne  
for å få numrene ut. Vi beklager i første omgang den lapsus  
som oppstod til nr. 3, hvor distriktslegen i Aukra var an-  
ført som forfatter til enkelte artikler som han ikke hadde  
hatt noen befatning med.

Distriktslegen i Aukra er kommet tilbake etter skipslege-  
tjeneste i Den Kongelige Norske Marine, distriktslege Per  
Wium er reist på kurs i offentlig helsestell. UTPOSTEN har  
hatt, og har fortsatt hjelp av dr. Halvor Denstad som re-  
daksjonsmedarbeider.

Etter antall abonnenter og innlegg, synes det som UTPOSTEN  
har sin berettigelse, og redaksjonen gleder seg til høstens  
arbeid, når løvet faller, regnet slår mot rute og vinden u-  
ler; da sitter redaksjonen i sin lune stue og leser inter-  
essertes innlegg, klipper, limer opp og monterer neste num-  
mer av UTPOSTEN.

Red.

## Av Innholdet:

Stortingsmelding 85.

Sosialreform komiteens  
innstilling No 2.

OLL - Egil Willumsen

Sykehus i Kina -  
(føljetong)

## TIL ETTERTANKE...



## UTPOSTEN

### Redaksjon:

Harald Siem  
Per Wium  
Halvor Denstad

### Adresse:

6420 Aukra  
Hf. Aukra 17  
postgiro  
34 78 23

### Abonnement

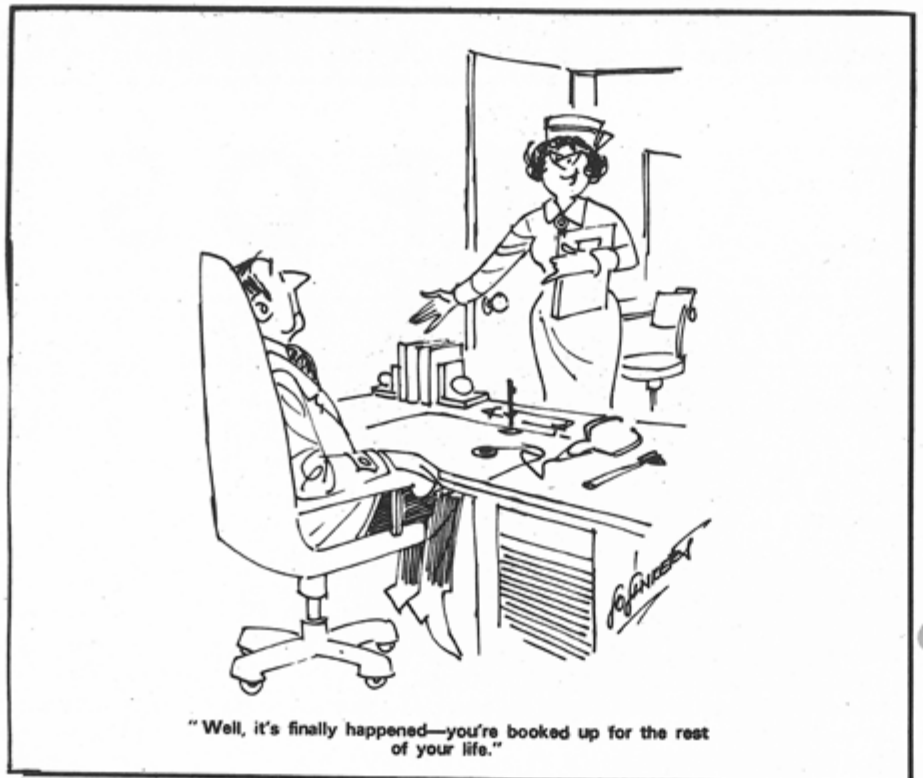
kr. 50 pr. år

### Utkommer med

ca 8 nr. pr. år

### Trykk:

Lorentzen Bokindustri A/S  
OSLO



"Well, it's finally happened—you're booked up for the rest of your life."

## VI ØNSKER STØRRE OFFENTLIG ENGAGEMENT I FINANSIERING AV PRIMÆR HELSETJENESTE

Man har gjentatte ganger beskrevet, beklaget og endog begravet almenpraktikeren. Noen har forsøkt å holde liv i ham, men svært mange av foreskrevne kurer for den døende almenpraktiker har vært ineffektive. Jeg vet ikke om dette kommer av at foreskrivende leger ofte har mistet kontakten med primærmedisin, mye kan tyde på det når forhøyede takster for enkelte tilfeldig utplukkede prosedyrer skal premieres, eller når videreutdanning i nucleærmedisin settes opp på kurs for almenpraktikere. La meg få trekke frem i lys et aspekt av problemet som jeg tror har stor betydning for den struktur og svikt som nå lett kritiseres hos almenpraktikeren. En tidsmessig legeservice for 2500 mennesker koster ca 150 000 kr. årlig. Den bringer inn ca. kr. 250 000. Unge, nyutdannede leger med stor arbeidskapasitet kvitter seg raskt med sin studiegjeld og øker hurtig sin levestandard, finner altså at almenpraktikerens praksis er et godt beite. Men etter

noen års arbeid når de har fått tilfredsstillet sine basale behov, så som stereo, møbler, kjøretøy og kryp - inn ved fjell og fjord, får de kalde føtter. Fordi de stadig klarere ser for seg sin ruin den dagen de skulle bli syke eller måtte ta ferie, enn si videreutdannelseskurs. 12 000 kr. renner trutt ut av kassen pr. måned. 20 000 kr. kommer bare inn så lenge legen er i stand til å arbeide. Skyssbåt,

bil, kontordame, laboratoriesøster, vaskehjelp og regnskapsfører, som alle koster penger, driver ikke inn ett øre. Flukt til sykehus fra det økonomiske ansvar er løsningen på problemet for legen sin del.

Eller, som de mest klarsynte gjør, lar være å anskaffe utstyr, klarer seg med et kott og et stort venteværelse, reseptblokk og kulepenn. Riktignok synker da inntektene, men utgiftene synker betydelig mere. Noen har jo slått frempå med aksjeselskap for å hjelpe seg ut av de økonomiske forpliktelsene, men det er fy, for i den lovbestemte formålsparagraf måtte det jo stå ".....tjene penger på folks sykdom....." og det skurrer.

Jeg kan ikke forstå at helsemyndigheter eller leger som ønsker "å tjene folket" som vår venn Mao så smukt sier, vil tviholde på den eksisterende oppgjørsordning. Det stimulerer ikke til opprettelsen av en økonomisk og effektiv helsetjeneste. De som er tjent med det nåværende takstsystem, er vel først og fremst sykehusleger som uten å betale arbeidsgiveravgift o.l., praktiserer som pirater i marken med de samme takster som leger som selv må holde kontor og hjelp. Og kanskje også de almenpraktikere som klarer seg med kulepenn og kott.

Harald Siem

### NOTIS

Den som har sendt inn betalingsblanketten til UTPOSTEN uten å oppgi sitt navn og adresse, bes henvende seg til redaksjonen.

# LESERBREV

Herr redaktør.

Tiltaket med et internt organ for oss utkantleger hilses med glede av mange som føler seg faglig isolert. Endelig kan vi drøfte våre felles problemer som ofte er av svært praktisk art, og uten at problemstillingen behøver å ligge på et høyt akademisk plan.

I løpet av en 10-års periode som utkantlege, har en gjort seg mange refleksjoner over vår praksisvirksomhet og hva som kan gjøres for å lette år arbeidsbyrde. Mange i dette land driver fremdeles en gammeldags solopraksis uten den mulighet for rasjonalisering som gruppepraksis gir. Men vi har likevel felles problemer, enten vi driver alene eller som del av et kollegialt fellesskap. Daglig har vi kontakt med det lokale sykehus per brev eller per telefon. Denne bilaterale informasjonsvirksomhet om våre pasienter vil jeg nå vie en del oppmerksomhet.

Ved innleggelse etter søknad om plass eller som øyeblikkelig hjelp, fordres som en selvsagt ting ledsageskriv med nødvendige informasjon om sykehistorie og status ved innleggelse. Ved utskrivning fra sykehus ansees ikke dette så nødvendig, skal en dømme etter praksis fra en rekke av landets sykehus. En er selvsagt klar over at mange avdelinger er overbelagte og at arbeidsbyrden for personellet er stor, men epikrisenes antall er det samme hvorvidt de skrives fortløpende eller som skipertak når journalhaugen på skrivebordet er blitt for stor. Arbeidsmengden er og blir den samme. Det burde være et rimelig krav at epikrisen skrives den dag pasienten blir utskrevet. Når

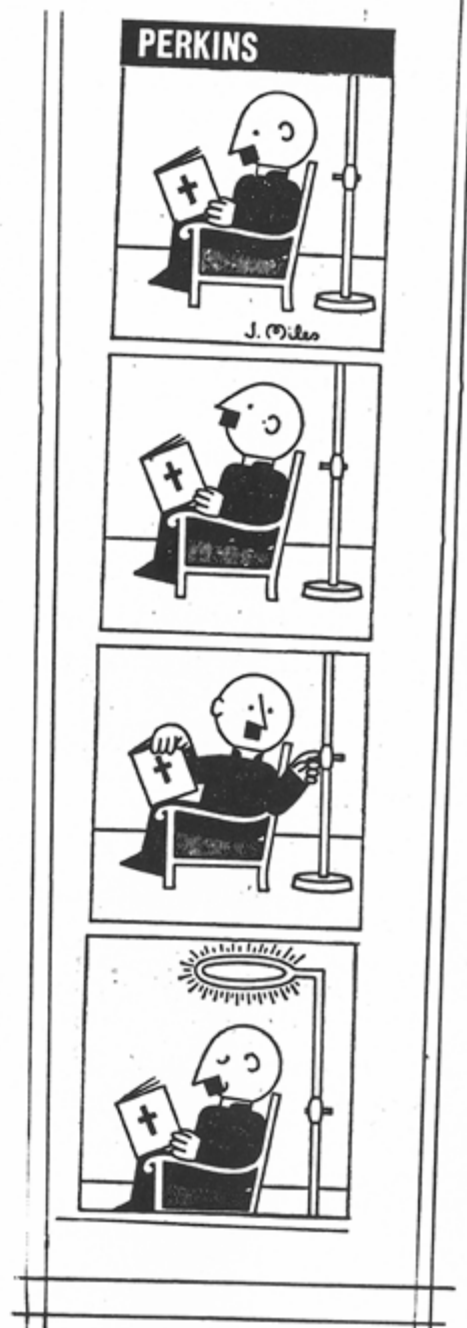
pasienten møter til kontroll hos sin lege uker etter utskrivelsen uten at innleggende lege har mottatt nødvendige informasjon om diagnose og retningslinjer for det videre behandlingsopplegg, er det en dårlig service for den enkelte pasient og unødvendig ekstrabelastning for primærlegen.

Ved innleggelse i sykehus er det fortsatt mange kolleger som skriver sine brev med penn, enten av mangel på egenferdighet med skrivemaskin, eller av mangel på sekretærhjelp. Mer eller mindre uleselig håndskrift i følgeskrivet irriterer og belaster mottagende lege. Et mulig forslag til forbedring av dette forhold, ville være et kollegialt samarbeid om en diktafonservice i tilknytning til det lokale sykehus, hvor innspilte kassetter eller plater kunne avspilles og skrives av sekretærhjelp lønnet av de interesserte leger. En standardisering av diktafonene er da selvsagt nødvendig. Rom for sekretær kunne f.eks. stilles til rådighet av sykehuset etter nærmere avtale eller leies på vanlig måte i nær geografisk relasjon til sykehuset. Den muntlige kontakt med sykehuset er nødvendig ved innleggelse av akutte medisinske tilstander, oftest om kvelden og gjerne om natten. Vakthavende lege er gjerne opptatt ved sykeseng eller på operasjonsstuen, ute av stand til å ta telefonen, og da må vi gi beskjed eller vente til vedkommende er å treffe i telefon. Men at fylkessykehus i dag ikke har sin "calling" i virksomhet etter kl. 17, finnes urimelig tidkrevende og upraktisk for innleggende lege som må vente på intern korridorjakt eller telefonjakt. Mange sykehus har i dag mobiltelefon bl. a. for øyeblikkelig kontakt med vakthavende lege på sykehus ved oppståelsen av kritiske forandringer med pasienten under transport. Denne tekniske nyvinning betinger et serviceapparat i sykehus som på kort varsel kan tre i funksjon når tilstanden under syketransport gjør dette nødvendig, når som helst på døgnet. "Ingen lenke er sterkere enn det svakeste ledd", heter det med rette.

Disse spredte betraktninger om bilateral kontakt sykehus-primærlege håper jeg at kolleger vil kommentere og supplere fra sin egen praksis. Alle ønsker jo god kontakt, selv om praksis kan vise noe annet. Er her mulighet for at nytenkning også vil bety nyordning?

Otta, 5.8.72

Per S. Steinsvoll



Hans P. Schjønsby:

## Sosialreformkomitéens Innstilling nr. 2

Stortingsmelding 85 er vel nok så mye debattert etter hvert. Langt mer interessant er etter min mening for tiden Sosialreformkomitéens innstilling nr. 2 som kom for noen måneder siden, og som vel skal opp i Stortinget i løpet av 1972-73. Av en eller annen merkelig grunn er følgene av denne for helse-rådene og det offentlige legevesen ennå ikke debattert i mediaene.

Av innstillingen fremgår at at det i hver kommune skal være et sosialsenter bestående av minst tre seksjoner, helse-, trygde- og sosialseksjonen. En offentlig lege skal være leder for helseseksjonen og arbeidsoppgavene er tenkt å være følgende: Forebyggende helsearbeid, helsekontroll. Kurativ medisin, dvs. ansvaret for den alminnelige legehjelp. Ansvar for at spesialisert legehjelp i påkommende tilfelle skaffes. Helsestasjonsvirksomhet. Skolelegetjeneste. Diagnosestasjonsarbeid og skjermbildefotografering. Røntgen og laboratorietjeneste. Fysioterapitjenesten. Organisering av ambulansetjeneste. Ansvar for legetilsyn ved sosiale institusjoner. Sosialmedisinsk virksomhet i samarbeide med de andre seksjoner i senteret.

NB: Helserådets nuværende tekniske og hygienisk pregede oppgaver skal overføres til kommunens tekniske etater!

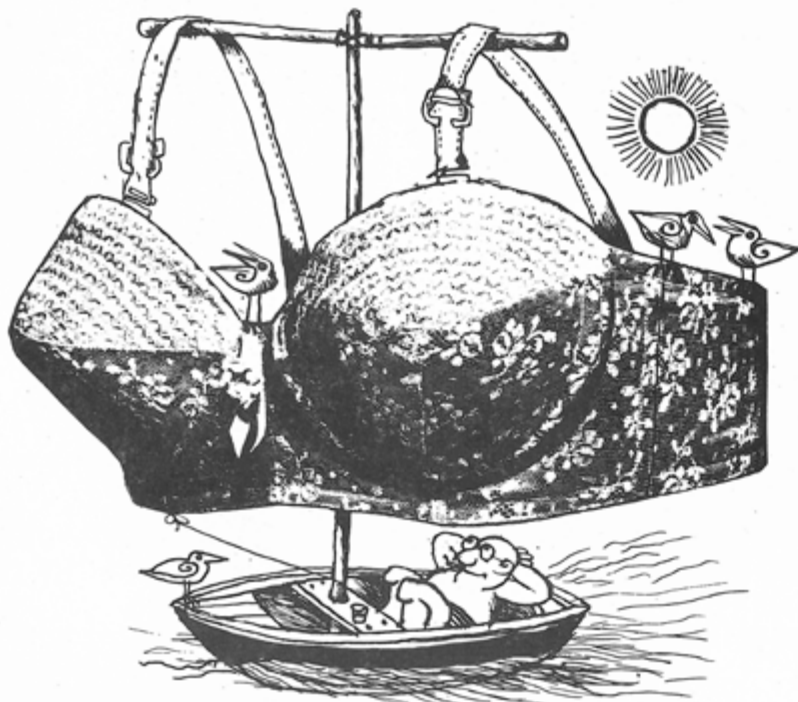
Den faglige del av arbeidet i sosialsenterets ledes av sosialutvalget, som skal bestå av lederne for de forskjellige seksjonene. Administrativt skal sosialsenteret stå under en politisk valgt nevnnd-sosialstyret-med en administrativ leder som er sosialstyrets sekretær. Sosialstyrets fremste oppgave skal være planleggende og såkalt "styrkende".

Et godt konsentrat av innstillingen er å lese i "Sosial trygd" nr. 7-8, 1972. Som man vil forstå, inneholder innstillingen brennbart stoff for de offentlige leger. Innstillingen sier jo kort og godt at helserådene skal avskaffes, og at de offentlige leger mister kontrollen over det planlagte helsearbeide.

Kan innstillingen tas som et mistillitsvotum til det offentlige legevesen?

Hans P. Schjønsby  
distr.lege

DET ER UMORALSK AV EN LEGE Å  
NEKTE AT HAN HAR LITEN TID.



### EPIKRISEPROBLEMET

Per Wium tar i nr. 2 av UT-POSTEN opp det meget vesentlige problem at epikrisene fra sykehusene lar vente på seg. Legene i Finnmark har også hatt problemer med å få epikrisene fra de lokale sykehus og fra Sentralsykehuset i Tromsø. Ventetiden var ofte en måned etter utskrivelsen. Vi var derfor to distriktsleger om å få stensilert følgende som ble sendt til andre distriktsleger som vi personlig kjente:

Til adm. Oversøster  
.....avdeling  
.....sykehus(et)

Min pasient.....har vært innlagt på Deres avdeling er utskrevet for.... uker siden. Pasienten har i dag møtt på kontoret, og da jeg enda ikke har mottatt epikrise fra oppholdet, vil jeg be om at denne blir sendt meg straks.

Dato: Hilsen.....

Som en følge av, eller ved en tilfeldighet, ble epikriseservicen bedre etter dette. Man kunne vel gjerne istedet for "adm.Oversøster" satt "Overlegen".

En annen brukbar måte å påvirke sykehuset, var vel muligens å gi pasienten et stensilert ark med seg til sykehuset, hvor man ba pasienten om å sørge for at behandlende lege fylte dette ut. På arket kunne man f.eks. skrive rubrikker for resultatet av prøver, behandling under oppholdet, medisiner ved utskrivelsen, hvor lenge pasienten er sykemeldt, leselig underskrift. Dette siste så man hadde navnet på behandlende lege, og dermed visste hvem man skulle henvende seg til hvis ikke epikrisen kom relativt raskt.

Åsegarden, 19.7.72

Leiv Tormod Hansen

**FLERE  
FORSLAG?**

# Stortingsmelding 85 og Primærlegetjenesten

Det er meget fortjenstfullt at helsemyndighetene har tatt helsetjenesten utenfor sykehus opp til vurdering. Stortingsmelding nr. 85 er imidlertid en skuffelse - ikke minst på bakgrunn av at Kringlebottenkomiteen brukte nærmere 4 år på sin innstilling, og at det så har tatt ca. 4 nye år før stortingsmeldingen foreligger. En grunnleggende feil ble tydeligvis gjort allerede ved komiteens sammensetning. Bortsett fra departementsråden og trykkesjefen er hele komiteen hentet fra det offentlige helsevesen, noe som da også har ført til at komiteen stort sett har konsentrert seg om dette, og selvfølgelig foreslår å løse landets helseproblemer med basis i det offentlige helsevesen og de prinsipper som ligger til grunn for dette. Helsetjenesteproblemene i byer og tettsteder er derfor lite berørt. Man kan bare slutte seg til Den norske lægeforenings kritikk over at ingen praktiserende leger er funnet verdig til medlemskap i komiteen - det ville vært en enorm fordel med iallefall ett komiteemedlem med førstehånds kjennskap til alminnelig legepraksis, som dog utgjør hovedtyngden av landets primærmedisin.

Komiteen hadde som mandat å foreslå "tiltak som kan sikre tilstrekkelig tilgang på og hensiktsmessig spredning av helsepersonell", videre rasjonaliseringstiltak innen det primære helsearbeid, samt en analyse av personellbehovet. Det synes som om komiteen har vært mer opptatt av spredningen enn av tilgangen på helsepersonell - tankgangen har vært statisk og ikke dynamisk. Resultatet har blitt at flertallet i komiteen har rodd seg langt ut med forslag om restriktive tiltak, som nok kan med-

virke til en bedre spredning av personellet, men som er vel egnet til å skremme interesserte leger vakk fra almenpraksis.

Det tjener Departementet til ære at det har tatt avstand fra denne mer restriktive linje, og i stedet vil satse på "positive og konstruktive" virkemidler. Innen sin begrensede ramme inneholder Departementets konklusjon fornuftige tanker som peker fremover mot en bedre helsetjeneste utenfor sykehus enn i dag. Det synes å være riktig at fylkene pålegges et ansvar også for denne delen av helsetjenesten, og det er sikkert utmerket at det utarbeides fylkesplaner - under forutsetning av at planene er såpass smidige at de stimulerer og ikke stenger. Det vil si at myndighetene skjønner og aksepterer at det må være en primær helsetjeneste også utenfor "helsesentrene", og at vi bør ha et system som omfatter alle overganger fra solopraksis til fullt utbygde helsesentra. Et tverrfaglig helsesenter - mange steder med det offentlige legevesen og sosialkontoret som kjerne, i byer og tettsteder kanskje oftest med en gruppepraksis som kjerne - kan utvilsomt by publikum og personell betydelige fordeler, men det vil formodentlig alltid være en del som foretrekker den lille, personlig pregede "butikk" fremfor "varemagasinet". Man leter dessverre forgjeves i Stortingsmeldingens konklusjon, der står det bare om helsesentra. Riktig må det være at også fylkene får en helse/sosialnemnd, og at det utarbeides ens finansieringsordninger - bl.a. for å avgrense kommunens innbyrdes konkurranse om personellet utover den priorite-

ring samfunnet som helhet ønsker. Jeg forutsetter da at finansieringsordningen ikke skal brukes til å presse de praktiserende leger over på fast lønn.

Det er ytterst beklagelig at "fastlønns"spørsmålet har kommet så sterkt frem i helsedirektørens uttalelse om helsetjenestens økonomi, og derved i stor utstrekning har kommet til å dominere den etterfølgende debatt. Det hele er nokså overraskende på bakgrunn av helsedirektørens ord om "at systemet iallefall hittil stort sett har fungert tilfredsstillende" om det økonomiske system med enkelthonorarer vi har i dag. Når det er så mye som ikke fungerer tilfredsstillende i dagens helsetjeneste utenfor sykehus, kunne vel helsedirektøren holdt fingrene unna det som vitterlig fungerer tilfredsstillende - det er opplagt den ideologiske hestehov som her kommer stikkende. Skaden har vært stor på 2 måter - leger holder seg unna almenpraksis i frykt for "sosialisering", og helsesentertanken har fått motbør hos mange leger som mener at sentrene åpner mulighetene for sosialisering. I stortingsmeldingens konklusjon står det ingen ting om "fast lønn", men den kan meget vel ligge skjult i en "ensartet finansieringsordning", kombinert med at det bare er helsesentra som nevnes.

Plassen tillater ikke en gjennomgang av argumentene for og mot fast lønn. Jeg vil bare nevne at det for meg fortøner seg som det rene galematias med dagens primærlegemangel å ville gå bort fra et system som stimulerer til maksimal arbeidsinnsats. Et fastlønssystem kan bare begrunnes fornuftig i et samfunn med overproduksjon av leger, hvor man ønsker å sikre legene levebrø-

Forts. side 6



Egil Willumsen:

## OFFENTLIGE LEGER LANDSFORENING



Offentlige legers landsfor-  
ening er en spesialforening  
innen Den norske lægefors-  
ening med de rettigheter og  
forpliktelser som følger av  
dette.

Siden starten i 30-årene har  
aktivitet og interesseområde  
i foreningen variert. Stort  
sett var det i de første å-  
rene lønns- og pensjonsfor-  
holdene samt ferispørsmålet  
som dominerte saksområdet.  
Dette vil selvsagt alltid  
være sentrale spørsmål for  
en "fagforening". Fra begyn-  
nelsen av 60-årene er virk-  
somheten betydelig utvidet  
med et langt bredere saksom-  
råde. Det gjelder arbeids-  
forholdene for offentlige  
leger i all sin mangfoldig-  
het. Det gjelder bolig, kon-  
tor, skyss, hjelpepersonell  
osv. Man har også arbeidet  
med videre- etterutdanning,  
herunder spørsmålet om en  
egen spesialitet i offentlig  
helsearbeid eller admini-  
strativ medisin, som ennå  
ikke er avsluttet. Turnus -  
tjenestens mange problemer,  
flere leger i ett legedist -  
rikt, vaktordningen, sekre -  
tariatspørsmålet, helsetje -  
nesten utenfor sykehus, sam-  
funnsmedisin er alt sammen

vesentlige spørsmål som for-  
eningen er opptatt av. Mye  
av vårt arbeid hemmes til  
dels i høy grad av mangel på  
adekvate lover og bestemmel-  
ser. Det er til enhver tid  
og spesielt i øyeblikket, en  
rekke meget viktige meldin-  
ger og proposisjoner som vi  
ikke vet når og på hvilken  
måte de vil resultere i lo -  
ver og bestemmelser. I denne  
situasjon er foreningen nødt  
til i mange tilfeller å ope-  
rere med såkalte nærmål og  
fjernmål. Dette gir seg sær-  
lig utslag i våre uttalelser  
til konkrete saker innen  
fleste saksområder.

Et av de kanskje gledeligste  
og mest positive trekk i ti-  
den, er det nyttige samar-  
beidet som har utviklet seg  
overfor Lægeforeningen, Hel-  
sedirektoratet og Almenprak-  
tiserende legers forening. I  
dette samarbeidet, særlig o-  
verfor Dnlf. og APLF, står  
det ikke til å nekte at der  
i visse sentrale spørsmål  
forekommer meningsforskjel -  
ler som gjenspeiler for -  
skjellige grunnsyn på basale  
helsepolitiske spørsmål. Det  
man kan beklage, sett ut fra  
vårt synspunkt, er at en del  
kolleger assosierer våre  
synspunkter med bestemte far-  
ger i det politiske spektrum.  
Dette synes ytterligere a-  
ualisert etter St.meld. 85,  
men også i andre saker som  
f.eks. spørsmålet om felles  
sekretariat, kan dette som  
jeg vil kalle irrasjonelle  
momenter, komme inn i bildet.  
Dette er selvsagt meget be-  
klagelig, og det er forenin-  
gens oppgave til enhver tid  
å holde klare linjer, slik at  
våre synspunkter på sosial -  
politiske spørsmål som kans-  
kje kan være radikale, ikke  
blir identifisert med poli -  
tisk radikalisme. Vi må gjø-  
re alt for å gjøre det helt  
klart at en slik sammenblan-  
ding er helt feilaktig, og  
understreke at våre syns -  
punkter på helsepolitiske  
spørsmål utelukkende er ba -  
sert på faglige vurderinger  
ut fra vår særlige arbeids -  
situasjon og vårt erfarings-  
grunnlag.

### Stortingsmelding 85... forts. fra s.5

det - og dit er det langt  
fram. I dagens situasjon er  
det en politisk tappe som  
man ikke ville tiltrodd en  
politiker som vår avgående  
helsedirektør. Han kan ikke  
få noe fastlønssystem nå,  
men har i stedet oppnådd å  
skremme leger vekk fra pri -  
mærmedisinen og skapt skep -  
sis overfor helesentrene.

Min konklusjon om Stortings-  
melding nr. 85 blir at den  
belyser en del sider av hel-  
setjenesten utenfor sykehus,  
men at den er ufullstendig  
og ikke gir noe riktig hel -  
hetsbilde. Jeg tror det rik-  
tige ville være om Departe -  
mentet satte ned et nytt ut-  
valg med en bredere sammen -  
setning med bl.a. represen -  
tasjon fra de berørte yrkes-  
organisasjoner og yrkesgrup-  
per (det er jo noe som heter  
medbestemmelsesrett og demo-  
krati i hverdagen), og at

dette utvalg fikk i oppdrag  
å vurdere den totale helse -  
tjeneste utenfor sykehus, bl.  
a. slik at både problemene  
med ressurs- og personell -  
tilgang og de praktiske ar -  
beidsformer får den plass de  
fortjener. Dette synes natur-  
lig også på bakgrunn av den  
nettopp fremlagte innstilling  
fra sosialreformkomiteen,  
hvor helsetjenesten kommer  
sterkt inn i bildet. Jeg kan  
vanskelig skjønne at ikke  
utvalget skulle kunne legge  
frem sin innstilling i løpet  
av 1 til 1½ år på bakgrunn  
av det arbeide som alt er  
gjort. Jeg tror at man enda  
ville spare tid i forhold  
til en fortsatt krangel om  
Stortingsmelding nr. 85, og  
jeg tror det er nødvendig  
for å skape den rette bak -  
grunn for de fylkesplaner  
som forhåpentligvis skal  
utarbeides.

Lars Vaage

Forts. neste side

## Offentlige legers ... forts.

Det er forstemmende når vi hevder at man trenger en regulering, et offentlig ansvar også for den primære helsetjeneste, så assosieres dette av enkelte med begrepet sosialisering.

Videre har vi møtt problemer når vi hevder at kombinasjonen av privat praksis og offentlig helsevesen i sin mangfoldighet er en kombinasjon som vi finner meget hensiktsmessig, og en fordelaktig utnyttelse av ressursene såvel for legene som for publikum og samfunnet, så kan man oppleve å få til svar at dette passer i grise-grendte strøk, mens vi på vår side mener at våre erfaringer er så gode at de bør appliseres på den primære helsetjeneste over alt i landet. På dette punkt har det imidlertid tilsynelatende skjedd en gledelig utvikling, slik at vi nå ikke lenger blir møtt med disse foreldede synspunkter på den offentlige helsetjeneste.

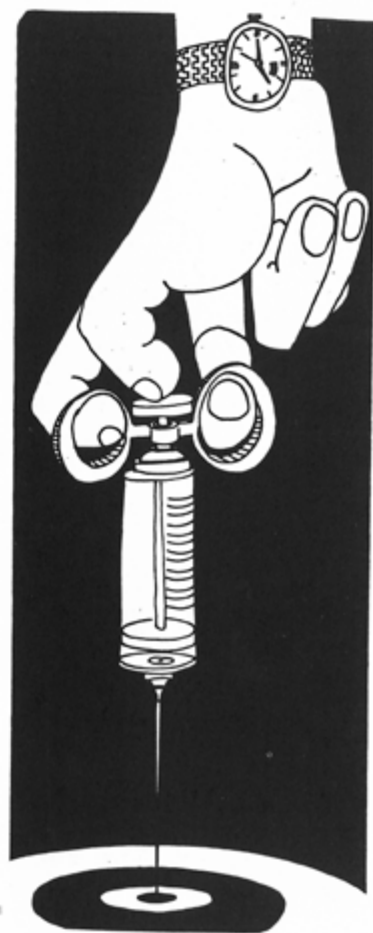
Vi har sagt oss enige i å nytte indirekte virkemidler for å stimulere tilgangen på helsepersonell til avsidesliggende strøk, et prinsipp som på de fleste områder er akseptert av flertallet, uansett politisk kulør. Vi har tydelig sagt fra at vi ikke ønsker etableringsinnskrenkninger eller andre direkte virkemidler. Således har vi gitt vår tilslutning til helsetjenestetanken slik som den er skissert i St.meld. 85. Vi har dog uttalt at vi ikke kan se at det er nødvendig på det nåværende tidspunkt å gå drastisk til verks at man innfører fastlønsordning. Vi har hevdet at det offentlige legevesen er en god modell med delvis fast lønn for et visst arbeide, og at dette system bør kunne bygges videre ut.

I all beskjedenhet tror vi at våre synspunkter blir hørt og reagert på. Det er en langsom prosess, men personlig tror jeg at vi er best tjent med at Løgeføreningen fortsetter som en demokratisk forening hvor uttalelsene utad nødvendigvis må representere et kompromis mellom ulike syn. Ved noen anledninger er dette tungt å svelge. Når det f.eks. gjel-

der våre uttalelser i forbindelse med St.melding 85 fant man svært lite av dette igjen i Løgeføreningens samlede uttalelse til Sosialdepartementet. Likevel, det er vår oppgave ved aksepterte midler og metoder å påvirke utviklingen i retning av det vi mener er sunt og riktig. OLL er pr. i dag representert i en rekke utvalg og komiteer og mulighetene på dette felt skulle være gunstige på lengre sikt. Vi mener at vårt arbeide allerede har båret visse frukter. Disse kan selv sagt bli både større og mere modne, og de trenger nødvendigvis ikke derfor å bli verken lyse eller mørke i kuløren. Vi har som kjent modne frukter fra de forskjellige deler av fargespekteret.

Det står ikke til å nekte at der er en del forhold som har virket hemmende på foreningens virksomhet. I første rekke gjelder dette mangel på sekretærhjelp. Dette er blitt dokumentert gjennom flere aktuelle saker. Imidlertid synes det som vi nå står foran en løsning på dette spørsmålet, idet det er håp om en egen sekretær som kan forberede sakene på adekvat måte og ikke minst følge opp vedtakene. Samtlige i styret sitter i stillinger som legger beslag på det meste av ens arbeidskraft. Foreningsarbeidet må komme i annen rekke. Det blir da gjerne til skipper-tak i forbindelse med viktige saker, en ordning som ikke er akseptabel i det lange løp. Vårt tredje handikap er kommunikasjonen fra styret til medlemmene og vise versa. Her må det komme en bedring. Tillitsmannsordningen må bedre utbygges. Vi har nedsett et utvalg som skal utrede spørsmålet om regelmessige kurser/møter for de offentlige leger, og kanskje "Utposten" kan være en medvirkende faktor til bedret kommunikasjon. I den forbindelse vil jeg understreke at ovenstående står for min egen regning. Det er delvis ment som et debattinnlegg, og jeg ser gjerne at det kommer en spontan reaksjon.

Egil Willumsen



**SKRIV  
SELV  
-  
SEND  
DET  
TIL  
UTPOSTEN**

JAN WARNER:

# SJAKK

J.H. ZUKERTORT (1842-88) var en av verdens dyktigste sjakkspillere i forrige århundre. Etter å ha studert kjemi i Heidelberg og fysiologi i Berlin, tok han sin medisinske embetseksamen ved Breslau Universitetet i 1865. Han tjenestegjorde som kirurg bl.a. i den tysk-franske krig og ble dekorert for tapperhet.

Zukertort var meget begavet på en rekke felter. Han hadde en fenomenal hukommelse, og det ble fortalt at han aldri glemte et sjakkparti han hadde spilt. Han snakket 11 språk, var en utmerket pistolskytter og fekter, men valgte sjakken som sin livskarriere. Han klarte aldri å bli verdensmester, man var, i likhet med Tarrasch, meget nære flere ganger.

I London 1883 spilte Zukertort mot den fryktede engelske mester Blackburne. En kolossal tilskuerskare brukte en formue på veddemål. Etter 20 trekk var stillingen:

Blacburne



Zukertort

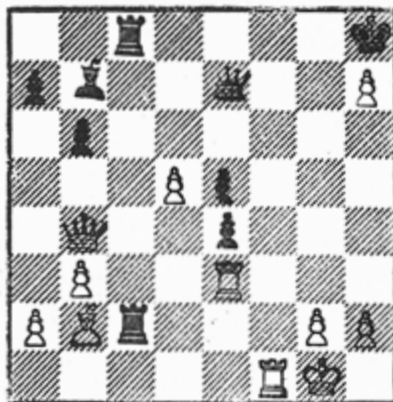
21.Te3!

"Da Zukertort gjorde dette trekk, hadde han i hodet hele kombinasjonen som følger ned til sorts 28.trekk," sier kommentatoren i British Chess Magazine. "Den egentlige skjønnheten ved Zukertorts spill, er at han ledet sin motstander inn i fellen, mens han korrekt forutså resultatet."

21.-,f5  
22.exf e.p., Sxf  
23.f5!, Se4  
24.LxS, dxL  
25.fxcg!, Tc2

Her trodde de fleste tilskuere at hvit måtte tape offiser og partiet.

26.gxh+, Kh8  
27.d5+, e5  
28.Db4!!



Stillingen etter 28.Db4!! et av de vakreste trekk i sjakkhistorien.

28. -, Tc8-c4  
Nå kommer et nytt kjempetrekk  
29.Tf8+ !!, Kxh  
30.Dxe4+, Kg7  
31.Lxd5+, KxTf8  
32.Lg7+!, Kg8  
33.DxD OPPGITT

HALLVARD LID:

## KONTAKT MED FYLKESLEGEN

I UTPOSTEN's første nummer omtales ganske kort fylkeslegens stilling i helsearbeidet. Der anføres bl.a.:

"Mulighetene for at fylkeslegen eller fylkeslegekontoret skulle kunne tjene som bindeledd for distriktslegen, kunne altså være til stede".

Etter min mening bør fylkeslegens hovedoppgave være å bistå de øvrige offentlige leger i fylket i alle helseråds- og andre offentlige saker hvor det er behov for det. I de saker som ikke fylkeslegen mestrer, vil fylkeslegen kontakte Helse- direktoratet eller andre faginstanser, så distriktslegen får den veiledning han ber om.

I samme artikkel nevnes betydningen av fylkeslegens regelmessige møter med de offentlige leger i fylket. Da jeg kom til Aust-Agder i 1948, tok jeg opp dette spørsmål, og i årene 1949 - 1955 arrangerte jeg hvert år et møte i mitt hjem, hvor samtlige distrikts- og stadsleger og deres ektefeller deltok. Møtene hadde en faglig del, gjerne med foredragsholdere fra Helsedirektoratet eller helseinstitusjoner, og en enkel fest utpå kvelden.

Etter 1955 har det også vært et par liknende møter, men de er delvis fortrent av fellesmøter med helsesøstre, veterinærer, distriktsstannleger og kommuneingeniører.

En annen vesentlig årsak til at de opprinnelige møter ikke har vært arrangert siden 1966, er arbeidspresset. Det gjelder for samtlige offentlige leger.

For min egen del har sykehus- og i de siste årene sykehjem-saker-beslaglagt min tid i tiltagende grad.

Jeg har derfor i høy grad forsømt min hovedoppgave, nemlig å bistå de offentlige

leger. Fylkeslegen plikter å holde kontakt med de offentlige leger, gjør han det, vil disse føle at de kan - og bør - henvende seg til fylkeslegen i alle saker innen det hygieniske og forebyggende helsearbeid.

La meg til slutt nevne at helsesøstrene delvis står i samme stilling som distriktslegene.

Her i fylket har fylkeshelsesøster i årevis arrangert 1-2 årlige møter for helsesøstrene, og dette er nok en vesentlig årsak til den gode kontakt innen standen.

Arendal, 10.august 1972

Hallvard Lid

**SKRIV  
SELV!**



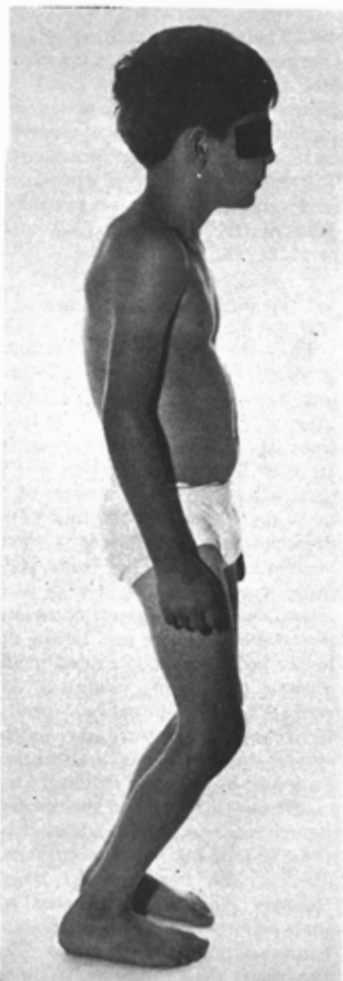
## Henrik Seyffarth: HVORFOR SLIK TAUSHET?

Det er et meget interessant spørsmål distriktslege Leif Tormod Hansen her berører i forbindelse med Nitter-kuren i forrige nr. av UTPOSTEN. På noen områder får vi meget god informasjon, og man venter seg at legene skal sette seg inn i spørsmål som foreløpig har overveiende teoretisk betydning. På den annen side kan altså rent praktiske tiltak som Nitter-kuren, måtte kjempe seg frem ad - jeg hadde nær sagt illegale veier.

Uten å vite det har redaktøren nederst på samme side nevnt et nytt eksempel på at ting av medisinsk interesse dekkes over med en taushet som gjør at vi til slutt tar det som en selvfølge. Jeg sikter her til at redaktøren kritiserer seg selv for at "uleselig håndskrift er ikke bare en uforskammethet, men for leger et usikkerhetsmoment i utøvelsen av arbeidet. Det er ingen gyldig unnskyldning at så mange kolleger også skriver uleselig." Her må jeg protestere! Særlig hos leger, men også hos utrolig mange andre pasienter er det skrivevansker. Når legene ikke hører noe om det, er det fordi at pasientene vet det er liten eller ingen hjelp å få for lidelser av denne art. Selv fysioterapeutene har minimal øvelse i å behandle pasienter med skrivekramper eller andre skrivevansker. På lærerskolene har jeg som oftest kunne konstatere at de har ikke lært hvorledes de skal holde på pennen. Er ikke dette på linje med at vi heller ikke lærer noen om kroppens andre funksjoner sitte, stå, gå, puste og arbeide?

Jeg glemmer ikke da jeg til 1. avdeling fikk en oppgave om "Den stående stilling".

Jeg besvarte den ikke, for jeg hadde ikke hørt ett ord om det, men så viser det seg altså at det var anatomien vi skulle skrive om. Såvidt jeg vet er situasjonen fremdeles den samme. Den praktiserende leges behov for kunnskap tilgodesees ikke.



På linje med dette kan nevnes den lærebok i "Physical medicine and rehabilitation", - utgitt i 2. opplag av Krusen m. fl. - USA. Den er på 920 sider, og koster kr. 178,-. Den inneholder nesten ingen ting av det jeg bruker i min daglige praksis for å behandle pasienter med belastningssykdom. F.eks. er det ikke noe kapittel om å palpere muskler, eller om de funn vi i dag gjør. Nervøs anspenhet og avspenning nevnes bare i forbigarten i et kapittel som har 10 ganger så meget stoff om fysiologiske eksperimenter. Man lærer å prøve de enkelte muskler og muskelgrupper ut fra rent anatomisk synspunkt. Det er således ikke nevnt noe om feilfunksjoner og hvilke følger dette har for muskler og ledd. I det hele ser det ut til at man har hoppet bukk over den gamle setning om at en feil i funksjon leder til forandring i struktur.

Nu kan man innvende at en bok om fysikalsk medisin skal ikke inneholde noe om de sykdommer, eller den del av sykdomsdiagnosene som vi skal behandle. Men derved blir det hele hengende i luften, og det ser faktisk ut som om det er meningen med medisinen på dette området. Skal vi få flere leger til å bli almenpraktikere, må de først og fremst utdannes til sitt formål. Dette formål er det bare de privatpraktiserende leger selv som til syvende og sist kan uttale seg om, mens hit til er det overlatt til andre å bestemme hva de privatpraktiserende leger trenger.

Fremgangsmåten bør være at et større team av privatpraktiserende leger må tegne ned fra dag til dag hvilke kunnskapsområder de mener de har fått dekket, og hvilke de ikke har fått dekket. Der nest må de også bla igjennom sine tidligere bøker fra studietiden og se på om ikke noe av dette stoffet burde være sløffet til fordel for andre mere jordnære ting. Dette må skje mens legene kan tenke fritt på sin utpost. Kommer de til sykehus eller store sentrale kurser, vil de verken ha tyngde eller selvtillit nok til å fremsette sine krav om forandring.

Grimstad, 11. juli 1972

Henrik Seyffarth



# Per Wium: STORTINGSMELDING 85

## Et fremskritt eller et tilbakesteg?

En del diskusjon har foregått angående dette emnet, men vel for lite til å være et så viktig og omseggripende lovforslag. Spesielt har vel kanskje de privatpraktiserende leger og offentlige leger blitt lite hørt i denne diskusjonen, i allefall kan legeföreningens kommentarer tyde på dette. En del punkter har utkrystallisert seg når det gjelder uoverenstemmelse. Det viser seg at økonomien er noe en har lett for å henge seg opp i, og derved miste hele oversikten over hva Stortingsmeldingen egentlig går ut på.

Det neste spørsmålet som har vakt forundring, er det evig tilbakevendende spørsmål: Sentralisering - Desentralisering?

Et tredje spørsmål er: Helsesenter - Gruppepraksis - 1-lege praksis. Og over det hele svever sosialisering av helsetjenesten? og hvor mye makt skal legene, representert ved legeföreningen, gi fra seg?

### Avlønningen.

Jeg skal behandle dette ganske kort da jeg synes det er relativt uinteressant. Systemet vi har i dag med honorar pr. enkeltytelse påfører legen en del ekstra rent arbeidsmessig, og kan i en del tilfeller bevirke uoverenstemmelse mellom trygdekassen og legen. Jeg tror for distriktslegenes vedkommende at et system med fast lønn og overtid ville kunne frigjøre en del arbeidstid, men jeg er ikke overbevist om at lønnen ville bli redusert av den grunn. Dersom lønnen skulle bli redusert, ville dette sannsynligvis føre til nedsatt arbeidsinnsats, og det er vel ikke i dag realistisk å regne med god nok helseservice dersom alle leger skulle ha 40 timers arbeidsuke, all den stund de i dag arbeider opptil det dobbelte og kanskje mer.

### Sentralisering - Desentralisering.

Dette spørsmålet ble berørt av Medisinsk Studentutvalgs uttalelse etter seminar på RH 28. og 29.1.72. Konklusjonen etter almannamøtet 17.3 var: "Storingsmelding 85 betyr dårligere helsetilbud for utkantstrøk og sentralisering av helsepersonell som virkemiddel i avfolkningspolitikken".

Stortingsmelding 85 går inn for helsesenter-tanken, men dette må ikke i praksis bety sentralisering av alt som heter helseservice for større områder. Jeg er klar over at Nord-Trøndelags-planen går i retning av større sentralisering, men dette er da heller ikke noe mønster for hele Norge, og hvis man viste hvordan det har vært enkelte steder i Nord-Trøndelag, med kontorer i rom uten inventar, og legeutstyr iform av medbrakt legekoffert, kan man imidlertid godt forstå at pasientene kunne hatt større nytte av å reise noen km. lenger og få den legeservice de har krav på. At det går an å effektivisere tjenesten, samtidig med at utkantstrøkene tildels får enda bedre service enn før, har vi et glimrende eksempel på i Finnmark. Jeg henviser til Tidsskrift for den Norske Legeföreningen nr. 18 der fylkeslege Kolbein Øygard har skrevet om helseplanen for Finnmark.

Et helsesenter behøver ikke være en kjempebygning med alle slags institusjoner. Det vil bli opptil det enkelte fylke å vurdere hvordan utbygningen skal skje, og jeg tror også at distriktslegene vil kunne få et ord med i laget. Jeg mener altså at utkantstrøkene på mange måter ville kunne få et bedre tilbud enn de har hatt til nå. Det de har hatt til nå har tildels ikke vært noe tilbud i det hele tatt.

# IF



### Helsesentra kontra gruppepraksis - privatpraksis.

Enkelte synes å tillegge legeföreningen den mening at de kun vil satse på gruppepraksis. Andre tillegger Stortingsmelding 85 den mening at de kun vil satse på helsesentra. Begge deler er like galt. Legeföreningen tillater seg å ville utspørsmålet om helsesentra på grunn av at dette ikke har vært prøvet før. Jeg tror Legeföreningen må være dårlig orientert, og kan henlede oppmerksomheten på distriktslege Kvammes artikkel i Legeföreningens eget tidsskrift av 30.6.72.

Jeg synes det må være innlysende her i vårt land at det ikke er tale om en løsning på problemet. Vi må benytte samtlige tilbud som forefinnes og plasere dem på de steder hvor de passer best. Når Legeföreningen på det nuværende tidspunkt ikke vil kunne gå inn for helsesenter-tanken, forbauser det meg meget. En skulle tro at Legeföreningen besto av kun sykehusleger og privatpraktiserende, uten at de offentlige leger har kommet til orde i det hele tatt. Jeg kan ikke

## Stortingsmelding 85...


skjønne at dagens pasienter kun har problemer som kan løses av privatpraktiserende leger og sykehus. Etter min ringe erfaring har et stort antall pasienter behov for sosial støtte og hjelp på mange områder, og jeg tror legene etter hvert må innse at disse oppgaver kan løses like godt, om ikke bedre, av andre yrkesgrupper enn det legeutdannede personale. Det blir videre sagt at vi har et godt samarbeide med sosialkontor, trygdekontor, o.s.v.. Det er jo bare å ta en telefon til vedkommende etat. Dette nekter jeg imidlertid å tro er den beste løsningen, da jeg har forsøkt begge deler og mener at en sammenkomst er mer effektiv og tjener pasienten på en bedre måte.

Det blir innvendt at helsesentra blir altfor dyrt, altfor personellkrevende og helt urealistisk å gjennomføre. Så vidt jeg kan skjønne sies dette av de som ikke tør å bruke som argumentet at utvidet samarbeid med andre personellgrupper er nødvendig. I dag finnes i de fleste kommuner en distriktslege, et trygdekontor et sosialkontor og muligens en distriktstannlege. Disse institusjonene sitter ofte flere kilometer fra hverandre i kommunen og arbeider på sitt lille eller litt større kontor. Personellet her er altså allerede tilstede men koordinasjonen mangler. De lokale myndigheter har mange ganger liten forståelse for nødvendigheten av dette samarbeidet, og det er jo ikke noe å undres over når selv Legeforeningen synes samarbeidet er godt nok slik det er i dag. Det ville være av uvurderlig betydning om man fra sentralt helsehold kunne gi påbud til kommunene om å søke å få sentralisert disse organene.

Jeg kan nevne et lite eksempel fra kommunen hvor jeg selv arbeider.

Det er her ca. 5 km. mellom det kommunale sentrum med sosialkontor og trygdekontor. Etter dette kjører man ca. 3 km. videre og kommer frem til distriktslegekontoret som

Forts. neste side



Hvem var det som sa

BARE RØR?

## Stortingsmelding 85... forts.

ligger langt ute på en øde strekning. Dette fant sosialsjefen, trygdesjefen og undertegnede meget utilfredstillende og kom igang med ukentlige møter hvor klienter hvis problemer berører alle 3 kontorene ble diskutert. Og er ikke dette da helsesentertanken i praksis? De kommunale myndigheter har vanskelig for å forstå at disse kontorene nødvendigvis hører sammen, men det er opplagt at merbelastningen for to i denne spesielle gruppen var vesentlig større på grunn av bilkjøring, 4 respektive 10 km. til hvert møte istedenfor at man kunne være samlet under ett tak og med de felles ordninger som derved kunne komme istand.

Når det gjelder en-legepraksis, mener jeg at dette fremdeles må beholdes i enkelte tilfeller.

Gruppepraksis har kommet for å bli. Det har vel imidlertid vist seg at utleggene til denne institusjonen er vesentlig større enn annen form for praksis. Ekstrabelastningen både fysisk og psykisk for legene som er medlemmer og som også må være administratorer synes også å bli for stor, og jeg mener at de offentlige myndigheter må legge grunnlaget slik at den enkelte lege leier kontor og alt utstyr og betaler en viss prosent av de inntektene han har i denne praksis til den offentlige myndighet. Dette systemet ble brukt på legesentralene i Sverige og virket utmerket den tiden jeg arbeidet ved en slik.

Når det gjelder helsesentra, er det helt opplagt at Staten må yte bidrag til driften og oppsettingen av disse. Hvis ikke dette skjer vil det føre til det de medisinske studenter brukte som argument mot det som tidligere er sitert: At kløften mellom sentraene og utkantstrøkene vil bli enda større enn i dag. Det viser seg nemlig at de perifere kommunene allerede i dag har utrolige vansker med å kunne holde helse-tjenesten igang, og det er opplagt at helsesentertanken vil bety større utlegg, noe utkantkommunene i dag ikke har anledning til.

Når det gjelder bevilgninger vil jeg foreslå at vi tar en del av det som i dag går til sykehusene og bygger ut den primære helsetjensten. Det har jo vist seg at sykehuse- ne i dag ikke klarer sine oppgaver. Det er kriser over alt, og primærlegen har blitt satt i en meget vanskelig situasjon i og med at han har den direkte kontakten med pasienten som han vet trenger behandling. Denne behandlingen kan han dessverre ikke yte med det utstyret og de resursene han har i dag, og hvis han legger

pasienten inn i sykehuset tiltrengende øyeblikkelig hjelp, kommer vedkommende ofte hjem etter noen dager uten å være utredet. Jeg mener at en stor del av de oppgavene som sykehusene i dag utfører, kan og bør utføres perifert, og på den måten vil vi altså kunne hjelpe sykehusene ut av deres dilemma. Det ville vel også vise seg at søkningen til primærlegetjenesten ville øke etter som tilbudet rent faglig ble forbedret.

Per Wium.

## RASJONALISERT HELSETJENESTE

Jens Hammerstrøm  
og Aslak B. Syse:

### RASJONALISERT HELSETJENESTE

Tanken om helsesentra hadde vært utmerket om ressursene hadde vært til stede. Den er også god i bysamfunn. Men utenfor tettstedene vil den føre til økt avstand fra pasient til lege, dårligere helsetjeneste og økt avfolkning, mener forfatterne som er medisinske studenter som skal ut i praktisk tjeneste.

Da statsråd Højdahl i fjor vår la fram Stortingsmelding nr. 85 (1970-1971) - Om helsetjeneste utenfor sykehus - oppstod en kortvarig debatt om denne såkalte sosialiseringssplanen for helsevesenet. Arbeiderpartiet hadde tilsynelatende lagt fram et sosialistisk tiltak som ble møtt med glede i tradisjonelt sosialistiske kretser. Det er vår målsetting i denne kronikken å påvise at ovennevnte vurdering av Stortingsmeldinga er feilaktig, og at meldinga i realiteten kun er et bidrag til den sosialdemokratiske strukturrasjonaliseringa som vi er godt kjent med i Norge etter krigen gjennom tiltak som skolesentraliseringa, vekst-senter-tankegangen, landsdelsplanene og Norsk Vegplan

Stortingsmelding 85 hadde vært under arbeid lenge da den ble framlagt. Allerede i 1963 ble det oppnevnt en komité til å vurdere hvorledes forskjellige deler av landet kunne få en mest mulig likeverdig helsetjeneste. Denne såkalte Kringlebotten-komité avga sin innstilling sommeren 1967. De tiltak som der ble foreslått, var en planmessig og sterk opptrapping av antallet offentlige leger og økt studiekapasitet ved de medisinske fakultet. Dessuten foreslo komitéen en del

restriktive tiltak, blant annet etableringskontroll for privat praktiserende leger, som skulle sikre de forskjellige landsdeler tilstrekkelig dekning av helsepersonell. Kringlebotten-komitéens forslag innebærer en erkjennelse av hvor problemet ligger innen helsesektoren. Det er en utstrakt personellmangel, og komitéen mener denne bør utbedres. Konkret foreslår bl.a. komitéen at det offentlige legevesen planmessig utbygges fra det nåværende nivå med 1 lege pr. 7500 innbyggere til 1 lege pr. 2000 innbyggere i 1990. En slik opptrapping av det offentlige legevesen fører til at økt vekt må legges på utdanningskapasiteten, hvilket komitéen sterkt understreker.

Forts. neste side

## Rasjonalisert . . .

St.m. 85 er Sosialdepartementets alternativ til Kringlebotten-komiteens forslag. Den går ikke inn for restriktive tiltak; den private delen av helsetjenesten utenfor sykehus skal fortsette som før uten offentlig kontroll. Det er altså ikke på tale med noen sosialisering, hvis man med dette mener å la det offentlige overta ansvaret for den primære helsetjeneste. I stedet foreslås det å samle de offentlige leger tre og tre i helse- og sosialsentra, som også skal bemannes av sosionom, tannlege, psykolog etc. slik at mange av helse- og sosialvesenets funksjoner kan samles og integreres på ett sted. Det er klart at dette ville vært bra om det lot seg gjennomføre.

Det finnes imidlertid i dag hverken personell-messige eller økonomiske ressurser til en virkelig desentralisert utbygging av en slik faglig begrunnet samarbeidende tjeneste. Meldinga inneholder heller ingen forslag til hvordan disse ressurser kan skaffes. Det er derfor viktig å forsøke å besvare følgende spørsmål: Hva blir

de virkelige konsekvenser for utkant-befolkningens helsetilbud og bosetting dersom Stortinget vedtar å bygge ut primærhelsetjenesten etter det foreslåtte helsesenterprinsippet nå? For å forstå disse konsekvensene må vi, som det er presisert også i St.m., analysere helsevesenet i lys av det politiske, økonomiske og sosiale system i Norge. Hva slags politikk føres i dag distriktene?

I regjeringens langtidsprogram 1970/1973 står: "Hovedformålet for den økonomiske politikk er å fremme sterk vekst i landets samlede produksjon." Hvordan dette skal gjøres, står å lese i St.m. 87 1966/67, klarere uttrykt enn vanlig er: "En videre økonomisk vekst i utbygningsområdene vil vesentlig måtte baseres på en fortsatt vekst av tettstedene og tettbygde strøk, dette gjelder særlig for landsdeler og distrikter med relativt høy andel av befolkningen knyttet til primærnæringene, og en relativt høy andel bosatt i

spreddbygde strøk". - Resultatet av denne politikk ser vi i dag i distriktene. Primærnæringene avvikles eller industrialiseres (trålefisket). Vi får stadig større bedrifter samlet i storbyene eller i de nye mellomstore steder som kalles for "vekstsentra". Forutsetningen for at vekstsenterindustrien skal bidra til å øke den økonomiske veksten, er at den har tilstrekkelig tilgang på arbeidskraft. Dette skjer ved en avfolkning av utkantstrøkene ved hjelp av statlige virkemidler som

- reduksjon av låne- og investeringsmuligheter for småbønder og fiskere (jfr. Brox: "Hva skjer i Nord-Norge?")
- sentralisering av utdanningstilbud helt ned til grunnskoletrinnet
- ved å legge grunnlagsinvesteringer som vann, elektrisitet og kommunikasjoner til vekstsentra i stedet for til lokalsamfunnene
- ved fraflytningsbidrag, flytningsgodtgjøring etter arbeidsløsetrygden m.v.

Det er en slik flytting av arbeidskraft fra utkantstrøk til vekstsentra sosialdemokratene kaller distriktsutbygging. En slik politikk blir resultatet når kapitalkreftene står fritt til å bestemme, og den eneste parameter som har verdi, er mulighetene for økt profitt. Staten har også gått i breisjen for å godta økt vekst i bruttonasjonalproduktet som eneste rettesnor for samfunnsplanlegging. Dette går tydelig fram i dagens situasjon hvor det er stat og kapitalkrefter som ønsker å få Norge tilsluttet EF, hvor denne politikk selvsagt blir videreført.



Stortingsmelding 85 trekker en entydig konklusjon av sine politiske betraktninger. I stedet for flere offentlige leger og økt desentralisering av det offentlige legevæsen, slik Kringlebottenkomiteen foreslo, vil mel / dingas helsesentra medføre en sentralisering av de nåværende offentlige leger, sannsynligvis plassert i de vekstsentra som planleggerne mener folk skal flytte til. Dette vil ha en rekke uheldige konsekvenser.

Bosetting i lokalsamfunnet er avhengig av en desentralisert utbygging av viktige samfunnsmessige institusjoner som post, skole- og helsevesen, samt av et godt utbygget kommunikasjonsnett. Vi har i Norge allerede hatt tilbaketrekking av disse "goder" fra lokalsamfunn. Fiskevær og småbygger er avfolket fordi rutebåten kjører utenom og skolen tas fra folk. Når distriktslegen forsvinner, må resultatet bli en økt avfolkning. - Helsetilbudet lokalt blir dårligere, avstanden til lege øker. Mange pasienter vil vente lenger med å oppsøke lege. Forebyggende helsearbeid i lokalsamfunnet vil bli vanskeligere å utføre. Dette tenker St.m. kompenisert ved økt vekt på transporttjeneste(!). Med de erfaringer utkantstrøk har med samferdselsutbygging er det liten grunn til å tro at de vakre ord i St.m. 85 vil være noe avgjørende vendepunkt i denne sektor.

I psykisk helsevern er det i dag en utbredt oppfatning at behandlerne må ut av institusjonene. Det må drives forebyggende arbeid, behandling og ettervern i pasientens eget miljø, og ikke i en kunstig behandlingssituasjon. Ved å sentralisere distriktslegen, når deres klientel i dag består av 50% psykiske og psykosomatiske lidelser, undergraver man effektivt disse tendenser.

Forts. neste side

HVA MENER DU?

Stortingsmeldingens ideal om helsesentra hadde vært utmerket om ressurser hadde vært til stede. Tanken lar seg også realisere i utpregede bysamfunn og som en løsning av Oslos fortvilte helsesituasjon for den dårligst stilte del av befolkningen. - Når knapt 10% av kommunene i Norge har sosionom, når det er stor mangel på sykepleiere, psykologer og andre fagfolk, vil en skikkelig spredning av helsesentra ikke kunne realiseres. Det økonomiske grunnlag for de store investeringer som måtte til for å bygge ut slike sentra, har vi heller ikke i dag. Det sees bl.a. klart at alle de godtatte og tiltrengte sykehus-utbygging planer som ligger og venter på realisering av økonomiske grunner.

At dette ikke er helt fremmed for de som har laget innstillingen, kommer plutselig fra på s.34 i St.m.: "Man må regne med at det fra lokalt hold vil kunne komme invendinger mot tanken om oppretting av helsesentra, ut fra det forståelige syn at det lille lokale samfunn derved berøves den legetjeneste det i årrekker har hatt, for eksempel gjennom en distriktslege med fast bopel og arbeidsplass i det lokale samfunn."

Denne kronikken ville blitt for lang om vi skulle gjennomført mer urførlig sitering fra Stortingsmeldinga. En bedre dokumentasjon på de enkelte punkter får vi komme tilbake til i den debatten vi håper å få i gang ved vår sluttpåstand om at Stortingsmelding 85, vedtatt i dag, for det lokale samfunn vil bety

- økt avstand fra pasient til lege
- dårlige helsetilbud
- økt avfolkning



# SYKEHUS I KINA

## DEL 1

Fra dr. Jan Ditlev, Harstad, har vi mottatt hans oversettelse av boken "Away with all pests... An English Surgeon in People's China". Forfatteren er dr. Joshua S. Horn, en britisk kirurg som for noen år siden reiste med hele sin familie til Kina for å arbeide der. Han ble der professor i ortopedi og traumatologi i Peking. Herværende oversettelse er etter "Hospitals in China", fra tidsskriftet "Monthly Review" nr. 11, vol. 22, april 1971. Artikkelen går over 14 A-4 sider, hvorfor vi velger å ta den inn som føljetong.

Fra tid til annen hevdes det at kommunismen er for mye opptatt av materielle forhold som økonomi og produksjonsplaner og at den er for lite oppmerksom på de mellommenneskelige forhold. Kommunismen skal imidlertid omforme de mellommenneskelige forhold, og det er i den hensikt at den økonomiske strukturen i samfunnet først må revolusjoneres. Jeg tror Kina har hatt mere fremgang i bestrebelsene på å omforme de mellommenneskelige forhold enn noe annet land i verden. Utviklingen i kinesiske sykehus kan tjene som en illustrasjon på i hvilken retning forandringene har ført.

Forholdet mellom pasienter og leger er i Kina basert på likverdighet og gjensidig respekt. Dersom begge bidrar til å bygge sosialismen, er deres ulike bidrag en arbeidsdeling i vanlig forstand. Da finnes ingen plass for overlegne eller nedlatende holdninger fra legens side, her finnes heller ingen plass for påtatt hjertelighet, falsk fortrolighet eller andre av de listige

påfunn som gjerne fremkommer som "bedside manners".

Legens jobb er reservasjonsløst å tjene pasientenes interesser. Kinesiske pasienter liker, i likhet med pasienter over hele verden, å få forklaringer. De vil vite hva de lider av, hvor lang tid det tar å bli bedre, og hva slags behandling de får. Det er legens plikt ikke bare å gi fyldige opplysninger når han blir spurt, men også å gi slik informasjon uoppfordret. Dette er tidkrevende, men det er vel anvendt tid man nytter til slike forklaringer. Dette da etableringen og sikringen av et tillitsforhold mellom lege og pasient, spiller en vesentlig rolle i behandlingen.

Pasientene velger ofte representanter til å fremme sine meninger og forslag for team av leger, pleiere og andre som har daglig ansvar i forhold til den aktuelle pasientgruppe. Disse teams har daglige møter for å planlegge arbeidet. Oppegående pasienter spiller en aktiv rolle i avdelingsanliggender. De inntar måltidene i personalets spisesal. Mange av dem hjelper de som er lenket til senga, leser aviser for dem og holder de med selskap. De gjør seg også kjent med deres medisinske og sosiale problemer. Jeg leder en avdelingsrunde (forskjellig avdeling hver dag) og noen pasienter følger meg alltid på runden. Disse gjør sine observasjoner og frembringer ofte informasjon av viktighet. I begynnelsen syntes jeg dette var en krenkning av pasientenes privatliv. Imidlertid oppdaget jeg senere at de fulgte med meg, ikke av pur nysgjerrighet, men på grunn av en genuin omsorg for sine medpasienter. Denne praksis var ofte til stor

## Sykehus i Kina ... forts.

hjelp for meg. Normer og standarder omkring privatlivets fred varierer med ulike sosiale systemer, varierer fra land til land. Andre steder ville en kvinnes alder og en manns inntekt være viktige hemmeligheter, i sosialist-kina er det intet slør omkring like triviale teter.

I barneavdelingene er barna verdifulle allierte i den medisinske behandlingen. I enhver avdeling er det minst ett lyst hode som vet alt om de andre og som kan oppklare mysterier som plager legen. Jeg var svært opptatt av tausheten til en liten pike som hadde pådratt seg alvorlige brannskår. Hun nektet hårdnakket å si et ord på månedsvis. Et annet barn forklarte det for meg på et språk som til og med en voksen kan forstå: "Du skjønner hun ble veldig redd under brannen," sa han. "Hun trodde hun kom til å dø. Lille broren og moren døde begge under brannen. Nå ønsker hun ikke å huske det. Hvis du stiller henne spørsmål omkring det som hendte, så husker hun. Da blir hun trist og ille til sinns. I begynnelsen ville hun ikke snakke med meg heller. Nå er vi i midlertid venner, og hun vet at jeg ikke spør henne om noe i forbindelse med brannen. Snart vil hun også begynne å snakke med deg." Og det gjorde hun.

Ikke bare pasientene, men også deres venner, slektninger og arbeidskamerater føler ansvar for å påse at alt blir gjort i pasientenes interesse. Arbeidere som har vært utsatt for arbeidsulykker, blir bragt til sykehuset av arbeidskamerater eller administratører fra fabrikkene. Hvis skaden er alvorlig, oppholder disse seg gjerne ved sykehuset til utfallet foreligger. Om det er mulig, finner vi

senger for slikt følge. Ellers bor de i nabolaget og tilbringer det meste av dagen ved sengekanten. Mødrene til småbarn bor vanligvis på sykehuset og er uerstattelige i behandlingen.



En leges holdning til egne feilgrep har en grunnleggende innflytelse på lege/pasient-forholdet. I Kina er holdningen til medisinske feilgrep: forebygg de, innrøm de, lær av de.

Møtene med pasientrepresentanter, leger, pleiere m.v., med sikte på å planlegge dagens arbeid og fordele ansvar, er viktige i denne forebyggingen. Alle helsearbeiderne i en avdeling drøfter større operasjonskasus, utveksler meninger vedrørende hva som forårsaket operasjonen, de forventede resultater, operasjonsprosedyren, vanskeligheter som evt. kan oppstå under og etter operasjonen, samt forhold som må vies oppmerksomhet i tiden etter operasjonen. Det endelige ansvar hviler på kirurgen som har saken, men enhver annen forventes å gi uttrykk for sine synspunkter. Disse diskusjonene sikrer at operasjonen blir skikkelig forbedret, og at det blir et godt sveiset team som står for omsorgen etter operasjonen.

Dersom noe går galt, er det kirurgenes plikt åpnet å innrømme dette og aldri holde det tilbake for pasienten. Det ville bli regnet for en skam og et forræderi overfor tilliten hvis en lege brukte sin privilegerte posisjon til å føre en pasient bak lyset vedrørende en feil i behandlingen. Enda verre ville det være om han søkte støtte i andre leger for å tilsløre forholdet.

Prinsippet om å lære av feilgrepene er dypt rotfestet i arbeidet til Kinas Kommunistiske Parti. "Belært av mistak og tilbakeslag er vi blitt klokere og greier saker bedre. Det er vanskelig for noe politisk parti og

for noen person å unngå mistak, men vi bør gjøre så få som mulig. Når vi har gjort en feil, bør vi korrigerer den - og dess bedre jo raskere og grundigere vi gjør det" (1). Mistak i behandlingen blir derfor diskutert både av de som er direkte involvert og de som kan tenkes å komme i en lignende situasjon i fremtiden. Det blir påpekt hvor ansvaret lå, ikke for å laste noen, men for å tilegne seg den riktige lærdommen og unngå gjen-tagelser. Et feilgrep som umiddelbart synes å være av ren teknisk art, viser seg svært ofte å bero på feilaktige holdninger, det være seg manglende ansvarfølelse, selvtillfredshet, fikse ideer eller neglisjering av andres meninger. Det ligger mye lærdom i å trekke slike feilaktige holdninger frem i lyset.

Holdningen til klager er at hvis de er berettiget, skal man lære av dem og ta dem til følge. Hvis klagen ikke er berettiget, skal man ikke klandre pasienten som fremmet den, man skal bruke den som en advarsel slik at klagen heller ikke skal kunne bli berettiget i fremtiden.

Således blir klager fra pasienter svært seriøst behandlet, enten de er fremmet diskret til legen eller skrevet i den "Ytringsboka" som finnes i alle avdelinger. Brev med klager kommer inn til et spesielt kontor, dette tar seg dels av noen klager direkte, dels viderebefordrer de klagen til rette vedkommende. Noen ganger blir det klaget til aviser. Disse overleverer klagen til det berørte sykehus eller de publiserer klageinnholdet om det har almen interesse.

Selv om det ikke ville koste penger, går man uhyre skjelden til rettergang. Det synes unødvendig i en situasjon hvor pasientens og legens motstridende interesser er redusert til et minimum, hvor vekten legges på en helhertet service overfor pasientene, hvor alt settes inn på å unngå feilgrep, og hvor man åpent og oppriktig innrømmer og korrigerer feilgrep når disse måtte oppstå.

Forts. neste side

## Sykehus i Kina... forts.

Sykehusene aksepterer ansvaret for tap pasientene måtte pådra seg som et resultat av forsømmelser, og det er derfor ikke nødvendig å gå til retten med det.

Idealet ved å være "fullt ut ansvarlig" i ens holdninger til pasientene kan umiddelbart aksepteres av leger av alle politiske overbevisninger. Kriteriene for hva dette innebærer, varierer imidlertid med ulike sosiale systemer. For meg har dette ansvarsbegrepet fått en dypere mening etter at jeg kom til Kina. Selv om jeg alltid har betraktet meg selv som ansvarlig, har det etter hvert blitt klart at gode intensjoner ikke er tilstrekkelig. Jeg kan illustrere dette ved å ta for meg en pasient jeg nylig opererte. Jeg opererte etter en indre kamp omkring "ansvarlighetsprinsippet".

Pasienten var en middelaldrende bonde som var blitt overvældet av gass fra en kullovn når han laget seg aftens. Bevisstløs hadde han falt over ovnen og ettersom han bodde alene i en avsides liggende hytte, ble han liggende slik hele natten. Bukkene hans tok fyr og begge bena svartnet til forkullede staver fra skrittet til tærne. Den lille hytta ble full av varm røk og han forbrente lungene og luftrøret. Da han ble funnet neste morgen, var han fremdeles bevisstløs. I



en svært kritisk forfatning ble han bragt til sykehuset. Han var da svart i ansiktet av asfygi og stemmebåndene var så opphovnet at de nær hadde stengt lufttilførselen.

Minutter etter innkomsten hadde vi laget en nødåpning til luftrøret og sugd ut store mengder frådende væske fra lungene. Ved hjelp av oksygen begynte fargen å vende tilbake, og etter å ha fått plasma intravenøst, kom han til bevissthet.

Her tok vi en pause for å vurdere problemet i sin helhet. Det så svært stygt ut. Begge underestremitetene var totalt ødelagt fra skrittet og ned. Dessuten var lungene alvorlig forbrent. Ifall han overlevde de neste tjue-fire timer, kunne han være nesten helt sikker på å utvikle en tærende lungebetennelse. Om dette ikke drepte ham, ville det snart gå inn i de forbrente bena og endeballene; og med pasientens raskt avtagende motstandskraft ville han sannsynligvis dø av blodforgiftning. Noen av legene mente det var umulig å redde livet hans, videre at det var fruktesløst å forlenge hans lidelser. Dersom han ved et mirakel overlevde, ville han være uten ben og uten muligheter til å få kunstige lemmer; ettersom ikke engang stumpene var igjen.

To naboer fra landsbyen hadde bragt pasienten til sykehuset. De syntes å lese våre tanker, og bad oss inntrengende om å gjøre det som stod i vår makt for å redde ham. De forklarte at han var formann i "Foreningen av Tidligere Fattige Bønder" i kommunen. Alle respekterte ham for hans uselviske innsats, og de ville evt. ta seg svært godt av ham.

Vi besluttet å gjøre hva vi kunne og drøftet en behandlingsplan. Det syntes åpenbart at begge bena måtte amputeres ved hofteleddene, men to motstridende synspunkter kom frem gjennom diskusjonen. Det ene var at amputasjon skulle utstå til lungene hans var blitt bra og hans generelle tilstand var kommet seg såpass at han kunne greie en så formidabel operasjon. Det andre var at vi ikke hadde tiden på vår side

Selv om en tidlig operasjon kunne være farlig, var utsettelsen enda farligere. Hvis vi ventet, ville hans veldige brannskår bli infisert og pasientens svære byrde øke.

Gjennom diskusjonen ble det gradvis klart at disse motstridende synspunkter ikke var et resultat av forskjellig vurdering av de medisinske aspekter ved saken. Snarere reflekteres her to ulike holdninger til ansvarlighet og det å løpe risiko. Ingen kirurger liker å ta sjanser, særlig ikke sjansen på en død på operasjonsbordet, det er hardt for kirurgen og skadelig for hans anseelse. Selvsagt er det galt å ta unødvendige sjanser, men det hender at det er riktigere å ta en sjanse enn å løpe vekk. I slike saker kan hensynet til ens anseelse og sjelefred, også ubevisst, influere på kirurgens avgjørelse.

Vi gikk inn på problemet igjen, fullt ut bestemt på å la oss lede av Mao's vedholdelse av den fullstendige ansvarsfølelse. Til slutt greidde vi å enes om at en operasjon snarest mulig var den vei som gav størst sjanse til å overleve. Etter to dager med uhyre grundige forberedelser, tok vi løs begge hoftene og fjernet den brente huden fra endeballene og mellomkjøttet og transplanterte frisk hud.

Pasienten stod bemerkelsesverdig godt over operasjonen. Han kommer seg nå rundt i en spesialbygd rullestol. Han er i godt humør og ser frem til å slutte seg til de andre bøndene igjen for ennå i mange år å tjene folket etter beste evne.





**NESTE NUMMER 1. OKTOBER:**



**PASIENTTRANSPORT**

# DIGITALIS PÅ BLÅ RESEPT!

Apotekerkontoret  
Helsedirektoratet  
Oslo dep.  
OSLO

REFUSJON AV VIKTIG LEGE-  
MIDDEL.

Vedr. Refusjon av Digitalis-  
preparater.

Fra Molde apotek har jeg fått opplyst at Digitrin nå kan refunderes etter § 9 i "Regler for refusjon for viktigere legemidler."

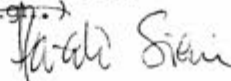
Jeg er ikke blitt orientert om dette, og så vidt jeg kan se av Felleskatalogen, er det heller ikke tatt inn noen orientering om dette i tillegget til 14. utg.

Det forbauser meg at et så billig preparat skal kunne gi anledning til refusjon. Det er vel ytterst få pasienter som bruker mer enn 0,1 mg Digitrin f.eks. pr. dag, og dette blir vel 20 kr. i årsforbruk. Det skaffer oss imidlertid adskillig bry å skrive ut disse blå reseptene som trenges, og det skaffer apotekene en masse ekspedisjonsarbeide.

Jeg er interessert i å ta opp dette spørsmålet i UTPOSTEN, og er derfor takknemlig hvis De kunne sende meg en orientering om hvorfor Digitrin nå er satt til refusjon.

Aukra, den 6.9.72

Med vennlig hilsen  
Harald Siem  
(sign.)



## Svar i neste nr.?



### SANDOMIGRIN®

er et effektivt profylaktikum ved migrene og vaskulære hodepiner.  
 reduserer signifikant anfallsfrekvens og anfallsintensitet.  
 har stor terapeutisk bredde.  
 Alvorlige bivirkninger ikke rapportert.  
 egner seg derfor til kontinuerlig terapi.

### Nytt originalpreparat fra SANDOZ for profylaktisk migrenebehandling

Bivirkninger, kontraindikasjoner, dosering m. v. se Felleskatalogen.



#### SANDOZ-informasjon

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

DOSEDIRIGERT DIURESE

# Impugan

FUROSEMID

ØKONOMISK TERAPI

Bivirkninger, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler, dosering, pakninger og priser: Se Felleskatalogen.

**DUMEX**

### Ames Reagenser

15% rabatt ved kjøp av 12 glass ass.:

Acetest, Albustix, Azostix,  
 Bili-Labstix, Clinistix,  
 Clinitest, Dextrostix,  
 Hemacombistix, Hemastix,  
 Hematest, Ictotest,  
 Ketostix, Labstix,  
 Ocultest, Urostix,  
 Phenistix, Urobilistix.

De får det hos:

**Carl Hartwig A.S**

Postboks 303 - Bergen.

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

1897 - 75 ÅR - 1972

# BURONIL®

# En tablett i kveld kan forebygge høyfeber i morgen

# Phenergan<sup>®</sup>

Promethazin

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

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

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

M. h. t. bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner se Felleskatalogen 72.



**rhodia**

Pharma Rhodia  
Sandviksveien 12, 1322 Høvik.  
Telefon 537803 og 533543.