

Nr. 2
MARS

Årgang 2
1973

UTPOSTEN®

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



Hva feiler det Dem?

AV INNHOLDET:

P. F. Hjort:	
HELSEØKONOMI	s. 3
F. Mellbye:	
HELSETJENESTE I BYER	s. 4
O. Hovin:	
UFØR-ARBEIDSMARKED	s. 6
B. Midtliid:	
MEDISINTRANSPORT	s. 7
G. Halvorsen:	
B. L. Lund:	
BLINKENDE BLÅTT VARSELLYS	s. 8 og 9
H. Denstad:	
URINVEISINFEKSJONER	s. 10
T. Robberstad:	
SKYSSBÅT	s. 11
E. Smith:	
MEDIKAMENTFORBRUK HOS ELDRE	s. 12

Et møte med fylkeslegene og helsedirektoratet

"Den Herren giver et embede, den give Han også forstand." Innen det offentlige helsevesen har det synes akseptert at den som får en distriktslegestilling, han har også de nødvendige kvalifikasjoner for stillingen. Noe av oppgaven til UTPOSTEN, er å vise at så ikke er tilfelle, og å arbeide for lettere å kunne hente vann fra kildene når det har vanskelig for å gro i grasrota. Til dels er det vel kildenes forvaltere som bør ha plikt til å vanne når så synes påkrevet.

Dette ønsket lå også bak vår bønn til den nye helsedirektor i tidligere nummer av UTPOSTEN.

Det er derfor med glede vi nå kan berette at to av UTPOSTEN's redaktører ble innkalt til hoffet, til et møte med helsedirektøren og fylkeslegene. Vi ble dus med helsedirektøren og de andre adelige. Ved siden av å treffe fylkessosionomene, fikk vi se fylkeshelsesøstrene i bukett, vi fikk se fylkespsykiatrene i øynene, og vi fikk se Helsedirektoratets underskrivende in persona. Vi fikk også fravris tet helsedirektøren en løvehistorie som er gjengitt på et annet sted i dette nummer. På programmet stod en diskusjon om samarbeidet mellom den lokale helsetjeneste, fylkeslegekontoret og Helsedirektoratet. Innledere var fylkeslege Tor Heide, distriktslegene Per Wium og Harald Siem.

Generelt ble det pekt på at det offentlige helsevesen må oppfatte seg som en enhet. Det er sterkt ønskelig at både Helsedirektoratet og fylkeslegekontoret ikke ensidig arbeider som et forvaltningsorgan for de forskjellige lover innen helsevesenet, men også som et serviceorgan for den lokale

helsetjeneste når det var behov for faglig støtte og råd i det perifere arbeidet. I motsetning til statssekretær Høybråtens utsagn om at man burde kunne nedlegge Helsedirektoratet, fremholdt vi sterkt ønskeligheten av at Helsedirektoratet blir styrket på en måte som gjør dem bedre i stand til å bli rådgivende, og lettere kan distribuere aktuell informasjon.

Det ble svart at Helsedirektoratet arbeider med å utgi Meddelelsesbladet hyppigere enn hittil er tilfelle. Det var enighet om at målet som er best mulig og mest mulig likeverdig helsetjeneste i hele landet, best kan nås ved en toveiskommunikasjon mellom Helsedirektoratet, fylkeslegene og distriktslegene. Ønskeligheten ved møter på fylkesplan mellom fylkeslegekontor og den lokale helsetjeneste ble understreket. Det ble påpekt at man her ikke nødvendigvis krever noe imponerende faglig program, det viktigste er kommunikasjonen som vil foregå på et slikt møte. Det er en oppgave å røke ut flest mulig distriktsleger til å delta på slike møter. Det ble også understreket at det er nødvendig for fylkeslegen å føle ansvar for nyttsatte distriktsleger, spesielt de som tidligere ikke har arbeidet som distriktslege. Disse burde aktivt oppsøkes av fylkeslegene. Det ble opplyst at "kokeboka", en praktisk veileder for distriktsleger, som har ligget i Helsedirektoratet noen år, nå snart vil bli trykket i ajourført stand og distribuert.

På tross av noen knehøner som ble satt av Per Wium og enkelte kanskje forsiktig innpakkede skrekkehistorier fra svikt i samarbeidet, fikk møtet en rolig karakter med

UTPOSTEN

Redaksjon:
Harald Siem
Per Wium
Tore Rud.

Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra 17
Postgiro:
34 78 23

Abonnement:
kr. 50 pr. år
Studenter:
kr. 25 pr. år

Utkommer med
ca. 8 nr. pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A.s./Orklo-Trykk A.s.
7300 Orkanger

sømmelig utveksling av argumenter. Fra benkene hørte vi til og med noen som mente at innlederne ikke hatt vært provoserende nok, men på den annen side fikk man inntrykk av at alle som hadde innlegg, var like klar over at svikt og svakheter foreligger i alle ledd. Vi er takknemlige for å ha vært med på en slik diskusjon, og håper den har gjort deltagerne mer sensitive for samarbeidsproblematikk.

Per Wium og Harald Siem.



Økonomi

Helseøkonomi

Intervju med professor
dr. med. Peter F. Hjort

For en tid siden leste vi i dagspressen at Universitet i Tromsø ved interimstyret ønsket å opprette en forskergruppe i helseøkonomi. Initiativtaker bak dette er professor dr. med. Peter F. Hjort, og UTPOSTEN har henvendt seg til ham for å vite hvor langt arbeidet er kommet.

P.F.H.: Foreløbig er arbeidet ikke kommet lenger enn på utredningsstadiet, vi har henvendt oss til Norges allmennvitenskapelige forskningsråd som vi håper kan bistå oss i det videre arbeidet sammen med sosialdepartementet.

UTPOSTEN: Hva er helseøkonomi?

P.F.H.: Helseøkonomi bør etter mitt skjønn omfatte den samlede bruk av ressurser innenfor helse- og sosialsektoren.

UTPOSTEN: Er det nødvendig å gjøre helseøkonomi til et forskningsfelt?

P.F.H.: De økonomiske problemer i helse- og sosialsektoren blir stadig større, og mange mener vi er i ferd med å sprengte de rammer samfunnet kan og vil tilby sektoren. I dag er det først og fremst mangel på penger og ikke mangel på kunnskap som setter grenser for aktiviteten, særlig innenfor helsevesenet.

Jeg tror at en må bringe den årlige utgiftøkning under kontroll, helst slik at den stiger parallelt med nasjonalproduktet. Dette betyr at prioriteringer basert på "cost-benefit" analyser blir stadig viktigere, og det blir nødvendig å skaffe et faglig forsvarlig grunnlag for slike avgjørelser. Så vidt jeg vet, er det imidlertid meget liten aktivitet på dette området i Norge.

UTPOSTEN: Hvilke forskningsoppgaver tar man sikte på å beskjeftige seg med?

P.F.H.: Hovedoppgaven må være å utvikle evalueringssystemet for helsetjenesten og anvende disse på alternative former for helse- og sosialtjenester. Dette er kompliserte systemer hvor det er vanskelig å måle både "input" og "output", for ikke å snakke om kvaliteten av de enkelte tjenester og graden av tilfredshet med dem. Det finnes imidlertid metoder innenfor organisasjonsanalyse, økonomikk, statistikk og samfunnsforskning som gjør det mulig å angripe i alle fall deler av problemene.

UTPOSTEN: Hvor kommer legene inn i bildet?

P.F.H.: Medisinerne har hittil stort sett avvist disse problemer og hevdet at en ikke kan måle liv, helbred og velferd i penger: "Samfunnet må ha råd til å redde liv". De har derfor også avvist disse forskningsoppgavene. Jeg mener at dette er så sentrale problemer i medisinen at de hører hjemme i medisinsk forskning. Et tilleggsgargument er at de også bør bringes inn i den medisinske undervisning, fordi det er nødvendig at legene som forvalter en vesentlig del av alle disse milliarder får innsikt i slike problemer.

UTPOSTEN: Hvordan tenker man seg dette feltet organisert?

P.F.H.: På litt lengre sikt tror jeg det bør opprettes institutter for helseøkonomi ved alle de medisinske fakulteter. Antagelig vil det også bli nødvendig å bygge opp en forskningsenhet under Sosialdepartementet. Det kan også tenkes at Norsk institutt for sykehusforskning bør ta deler av disse problemene opp.

Rekrutteringssituasjonen er i øyeblikket meget vanskelig. Antagelig finnes det ikke en eneste kvalifisert medisiner på området, og det finnes heller ikke mange økonomer med spesiell innsikt i helseøkonomi. Det er derfor viktig å starte rekrutteringsarbeide.

Følgende tiltak kan komme på tale:

- Imøtekomme søknader innen området.
- Utlyse rekrutteringsstipendier.
- Opprette en eller flere forskergrupper ved de medisinske fakulteter.

UTPOSTEN: Trygdedirektør Finn Alexander har sagt at han med et forskningsbudsjett på 1 mill. kr. pr. år kanskje kunne spare inn det samme beløp pr. dag. Det er på mange kanter en økende forståelse for nødvendigheten av å se på hvordan vi bruker pengene innenfor helse- og sosialsektoren, og vi vil ønske interimstyret ved Universitetet i Tromsø lykke til med sitt initiativ.



SPRITKORTET:

EN KOLLEKTIV SNUSKETHET.

Høyt kvalifiserte folk sitter på apotekerkontoret i Helseinspektoratet og skriver ut kjøpekort til landets leger for 6 liter 96% ren sprit årlig. Spriten er ment til bruk på kontoret, men den brukes forhåpentligvis ikke i arbeidstiden, i så fall ville forholdet vært dobbelt ille.

Det er ikke en gang lenger en offentlig hemmelighet, men en kjent sak at disse 6 liter sprit er en kjærkommen og billig tilvekst til legenes barskap. Enkelte apotekere setter sin stolthet i å ekspedere spriten omformet til edel likør.

Selv om vi alle er glad for disse dråper, er det vel ikke lenger noen grunn til å fortsette med slik snuskethet. De ekstra kroner vi må betale for originalvarer vil sikkert langt oppveies av det prestisje og tillitstap som legestanden taper ved fortsatt å holde på retten på 6 liter 96% fra apoteket.

Harald Siem

Fremtidig helsetjeneste utenfor sykehus i byer

Tanker fremlagt på foredrag i Oslo Legeforening 8/11 1972

Av statsfysikus Fredrik Mellbye

Jeg har gjort meg noen personlige tanker om utforming av helsetjenesten utenfor sykehus i Oslo i fremtiden. Jeg vil illustrere en modell som jeg foreløpig ser for meg. Jeg sier med vilje foreløpig, fordi det er første gang jeg har søkt å bearbejde mine tanker omkring den. Jeg ser for meg en gradvis oppdeling av byen i helsedistrikter med sikte mot å komme opp i et antall av ca. 150, dvs. med en befolkning på gjennomsnittlig 3 000 til 3 500 i hvert, og hvis grenser må tilpasses både de politisk-administrative, dvs. de nye bygrenser, skolekretsene, sosialdistriktene, andre administrative grenser og befolkningens aldersmessige og sosiale struktur. I hvert av disse distrikter ser jeg ønskeligheten av å ha ansatt i hvert fall én helsesøster som har det primære ansvar for helsetilsynet med alle barn i distriktet, fra barnet er født og inntil det når voksenalder. Denne helsesøster må ha en utdanning som går noe lengre enn den helsesøstrene har i dag. De må bli i stand til å gi barna direkte og indirekte den nødvendige medisinske funderede opplysning om hvor langt de skal ta vare på og utvikle sin helse - både den fysiske og mentale - videre avgjøre når denne utvikling avviker fra det normale og - hvilket jeg tillegger den aller største vekt - å kunne omsette i praksis og med en tilstrekkelig reell og subjektiv følelse av faglig selvtilit de råd hun mottar fra leger og psykologer om hvor langt de begynnende avviker fra det normale kan rettes opp. Helsesøster må også være i stand til å melde fra til sosialadministrasjonen - som jeg ser utvikler seg fra en tjenestegren eller etat basert på den gryende sosiologiske videnskap - når hun ser de sosiale forhold utvikle seg på en måte som truer barnets helse.

I det hele tatt tror jeg ikke vi kan legge nok vekt på å utvikle videre den helse-søsterutdanning og helsesøstertjeneste som statsfysikus Iversen grunnla og bygget opp. Erfaringene fra vår by og fra landet forøvrig har vist at vi i denne yrkesgruppe har fått en stand med et betydelig potensiale i vårt helsestell, og som bør kunne tildeles viktige sider ved det profylaktiske og tidlige diagnostiske arbeider, og med et selvstendig, spesifikt profesjonelt ansvar. Bak helsesøster ser jeg en lege, og da en alment utdannet lege som utøver sin virksomhet, dels på konsultativ basis via helsesøster, dels tar imot de barn helsesøster refererer. Denne leges oppgave vil da gå ut over det kontrollerende og inn i det diagnostiske - terapeutiske og individuelle profylaktiske område og ha bak seg ikke bare de generelle laboratorier og røntgenologiske basistjenester, men også de spesialiserte helsetjenester og sosialtjenester forøvrig.

Det jeg håpet vi kunne oppnå ved dette, var gjeninnføringen av en ordning som gav befolkningen med barn og ungdom én lege som de kjente og som kjente dem og de forhold hvorunder de lever, i sine hjem, sine barneinstitusjoner og sine skoler. Det vil være et forsøk på i byen å innføre distriktslegeordningen som vel er den fineste legetjeneste vi har i vårt land. Denne idèskisse har videre perspektiver. Den er også diktert av den i ordets egentlige forstand svære vanskelighetsgrad som vi står oppe i innenfor det barne- og ungdomspsykiatriske arbeid i Oslo, og som for mitt vedkommende har presentert seg som det mest akutte helseproblem. bl.a. fordi denne tjeneste også er lagt inn under statsfysikusadministrasjonen. Det har slått meg som ganske åpenbart at vi aldri ville være i stand

til å møte disse problemer innenfor vårt nåværende organisasjonsmønster. Det har i relaiteten lagt et ansvar på de fagfolk som er ansatt innenfor det, som det er umenneskelig å be noen om å bære.

Jeg ser ingen løsning på dette problem, men en del muligheter for å lette det. Den ene ligger nettopp i å styrke helsetjenesten blant barn og ungdom gjennom det system jeg skisserte, med sikte på å gi denne organisasjon muligheter for å angripe de barne- og ungdomspsykiatriske problemer på et tidligere tidspunkt, dels ved å gi dem bedre tid til dette arbeidet, dels ved gjennom utdanning å styrke deres selvtilit, dels ved å la dem få bak seg og i første rekke på konsultativ basis den barne- og ungdomspsykiatriske spesialkompetanse.

For meg fortøner det seg i det hele som et hovedmål å konsentrere den direkte utøvelse av vår medisinske viten overfor barn og ungdom gjennom det jeg vil kalle byens distriktsleger og helsesøstre, som vi da må gi de medisinske, fysiske og økonomiske vilkår som kan sette dem i stand til å bære og å ville ta dette ansvar. De skal ha bak seg hele den medisinske og sosiale detaljtjeneste, men bare bruke disse tjenesters spesielle innsikt som hjelp i sin behandling av de barn og den ungdom de har det medisinske ansvar for. De skal kunne henvise pasienter til spesialundersøkelse og til spesialbehandling og kunne søke sine råd hos de forskjellige spesialister, men skal selv oppfatte seg som den endelige ansvarlige for den medisinske behandling barna og ungdommen skal ha. Dette forutsetter imidlertid at disse distriktsleger, og landets distriktsleger forøvrig, får det utdanningsmessige tilbud og blir gitt den kollegiale status denne sentrale stilling i vårt samlede helsevern tilsier. Etter mitt skjønn har vi i alt for stor grad kommet i skade for - og Lægeforeningen får her ta en vesentlig del av skylden - å bygge opp et medisinsk hierarki som hviler på den vrangforestillingen at medisinsk kompetanse som bør bestemmes vår rangordning så lenge en slik synes unngåelig, er nærmest et endimensjonalt fenomen, mens den i virkelig

heten er tredimensjonalt, for ikke si firedimensjonalt, og man ønsker å trekke Einstein inn i bildet.

Et viktig prinsipp i planleggingen tror jeg må være at vi på en eller annen måte må få søke å oppheve skiller mellom tjenester i og uten for sykehus, slik at vi når frem til en i funksjonell henseende total helsetjeneste. Årsakene til dette er flere. De to viktigste er at vi bare på den måte kan oppnå en felles planlegging og en velavveiet utnyttelse av de personellmessige og økonomiske resurser som kan stilles til disposisjon, og da ut fra en vidtfavnende medisinsk prioritering. Den annen er at vi bare ved å etablere en enhetlig helseetat hvis medlemmer har det felles ansvar for den helsetjeneste vi kan by befolkningen i fremtiden, kan sørge for at alle funksjoner innen denne helsetjeneste legges på det samme faglige nivå, så langt det står i menneskelig makt å oppnå dette. Vi må oppnå dette på en eller annen måte. Denne uttrykksmåte er valgt med omhu. Prinsippet er forsøkt gjennomført mange steder i verden, men hittil uten at man på grunnlag av disse forsøk kan sies at man har funnet hvordan det skal etterleves. Også her kan jeg bare kaste frem en idèkisse. Jeg tar mitt utgangspunkt i det nevnte distriktet på ca. 3 500 mennesker og tenker meg at de samme bredt utdannede leger som skulle betjene barna og ungdommen i dem, i tillegg til sitt arbeide blant barn og ungdom også skulle være praktiserende leger blant befolkningen forøvrig. Den distriktslege-tjeneste som på den måte ble etablert, skal være grunnstammen i vår helsetjeneste. Vi må ved organisering av denne tjeneste legge helt avgjørende vekt på å sette den i stand til å utøve sin virksomhet på en medisinsk og arbeidsmessig sett tilfredsstillende måte. Dette innebærer at en rekke vilkår må oppfylles. Jeg har allerede nevnt at vi må legge forholdene til rette for at disse distriktsleger, som legene i helsetjenesten forøvrig, må ha lettere adgang til selve de grunnleggende laboratorier og røntgendiagnostiske tjenester, d.v.s. lettvinnt kunne rekvirere de undersøkelser som er påkrevet og som ikke med fordel kan utføres

på legenes egne kontorer. Vi må - og det blir etter mitt skjønn en kommunal oppgave, på samme måte som det er landkommunenes oppgave i dag - skaffe disse distriktsleger egnede kontorer i de ca. 150 distrikter jeg nevnte. Vi må her være fleksible og alt etter bosetningen i disse distrikter dels etablere felleskontor egnet for en form for gruppepraksis, dels kontor for en eller to leger. En slik fleksibilitet tror jeg også er påkrevet på grunn av at legene, og da kanskje særlig de som velger almenpraksis viser betydelige personlighetsmessige variasjoner. Noen liker å arbeide sammen, andre fungerer best alene, og det er deres beste medisinske funksjon vi er ute etter. Jeg tror også at kommunen må ansette de legesekretærer, sykepleiere og andre som skal samarbeide med legene på deres kontorer. Jeg vil gjerne tilføye - og da som en rent personlig oppfatning - at dette forslag om å dele byen opp i distriktslegeområder, ikke først og fremst er diktert av organisasjonsmessige betraktninger. Til grunn for det ligger dels den oppfatning at vi må få vår helsetjeneste i så nær kontakt med befolkningen som i det hele tatt mulig, og bryte ned den fjernhet - jeg vil nesten si kontaktløshet - som folk flest har overfor helsevern. Dernest kommer at store deler av befolkningen i Oslo er kontaktløse rent generelt og skremt av det miljø som særpreger en by i rask teknologisk utvikling og en nybyggerby som Oslo i realiteten er. Folk trenger noen i sin nærhet som de uten vanskelighet kan søke til med sine problemer. Jeg vet ingen andre yrkesgrupper som er bedre egnet for denne oppgave enn helsesøstrene og distriktslegene med sin utdanning og erfaring. Denne grunnstamme i vår helsetjeneste som blir representert ved disse by-distriktsleger og deres medarbeidere bør overta vesentlige deler av den oppgave som legevakten i dag har for å tilse pasienter i sykebesøk med de konsekvenser dette har for antallet leger knyttet til distriktslege-tjenesten. Jeg tror derimot ikke at legevaktens sykesøkningsoppgaver vil kunne falle bort. Den vil måtte fungere i et reserveberedskap ved sykefravær, kanskje visse tider på døgnet, på hellig-

dager o.l. Videre vil jeg anta at det vil være disse distriktsleger som skal føre tilsynet med våre sykehjem og aldershjem, og jeg synes ikke vi skal utelukke muligheten av at vi i disse hjem også etablerer sykestuer for den voksne del av befolkningen som av sosiale og medisinske årsaker trenger en tids forpleining utenfor sine egne hjem, men uten å kalle på de høyt spesialiserte sykehus på annen måte enn på konsultativ basis. Spørsmål som i dag reiser seg med all sin styrke, er naturligvis om en slik plan innebærer at det blir forbudt for publikum å søke leger utenfor sitt distrikt. Etter mitt skjønn er svaret absolutt nei. Vi må opprettholde det frie legevalg selv om det vil føre til en viss tomgang her og der i systemet, en tomgangsgrad som i vesentlig grad vil bestemmes av den måte vi knytter helseressursene sammen på. Jeg vil også se det som en fordel om kommunene - innen grenser som ikke sprenger det system jeg har beskrevet - bisto med å skaffe lokaler i byens sentrum for leger som ikke ønsker å være bundet til noe distrikt. Dette vil gi selve helsetjenesten en elasticitet som jeg tror er påkrevet, men vil også imøtekomme det behov som Oslo som en storby vil ha for å kunne yte tilreisende en legetjeneste på en lettvinnt måte. La oss for enkelthets skyld kalle dem distriktsleger uten fast distrikt. Betegnelsen vil være kjent for mange.



Etter at Lov om folketrygd ble innført i 1961 har det vært en årlig økning i antall trygdede på 15%. I dag er ca. 6.5% av befolkningen mellom 18 og 70 år uføretrygdet.

Debatten omkring denne lov har vist at grunnlaget for folketrygden nemlig solidaritetsfølelsen holder på å bli ødelagt. I debatten er det ofte hevdet at det ikke kan være en så stor reell sykkelighet blant befolkningen og at denne skulle være blitt så mye større i de siste årene. Rett nok har det vært en større skjult sykkelighet enn man trodde men ikke så stor som de tørre tall indikerer. Debatten har den siste tiden konsentrert seg om at det må foreligge et misbruk. Publikums holdning til de som oppbærer en eller annen form for stønad er preget av mistenksomhet, nedlatenhet ja til tider forakt. Dette møter en person som i de aller fleste tilfelle har hatt mange nederlag, hatt det mye vondt, og så skal han på ny bli stemplet. Hvor er det blitt av spranget fra det gammel-dagse forsorgsvesenet til vårt moderne samfunn? Denne loven var jo ment å skulle fjerne det store skillet som har vært mellom de som var tapere sosialt, psykisk og fysisk p.g.a. forskjellig muligheter gitt en person i arv og miljø. Undersøkelser i befolkningen har vist at det heller foreligger et underforbruk enn overforbruk av trygdeytelser i vår befolkning.

Hva er det så som er galt: Er det lovene, administrasjonen lokalt eller sentralt? Eller skjuler økningen et annet problem?

La oss først se litt på utviklingen innen trygdesektoren. I disse 11 årene har det blitt foretatt en utvidelse av trygdebegrepet innen 4 grupper:

Avvikergruppen (psykopater, alkoholikere narkomane) økende alder (senkningen av pensjonsalderen er en følge av dette)

Muskel-skjelett-sykdommer (skjuler ofte psykiske lidelser)

Kvinner (forandring i synet på kvinnens rolle i samfunnet men i realiteten mer fordi det er nødvendig å hjelpe enn forandring i synet på kjønnsrollene)

Ufør — et tåkelaagt arbeidsmarkedsproblem

Felles for disse 4 gruppene er at det svært ofte er tynne medisinske grunnlag for å erklære dem uføre. Det er de sosiale forhold som er hovedårsaken og helst mangel på egnede arbeidsplasser i deres lokale miljø, når de faller av effektivitetskarusellen p.g.a. rasjonalisering, strukturendringer og økende krav til effektivitet og kunnskaper. Det denne marginale gruppe mangler, er et differensiert arbeidstilbud. Det er ikke noe å omskolere dem til, attføring kommer skjelden på tale. Vi bruker til trygdene 2,5 milliarder årlig, men bare 40 millioner på attføringssektoren. Her er det ikke politisk vilje som mangler. Det skyldes at arbeidstilbudet på klientens hjemsted er for lite differensiert, og dersom pasienten er stedbunden kan man ikke forlange at han skal flytte til et annet sted. Dermed er det ingen vits i å gå om attføringssektoren, han får uføretrygd i stedet. Hvis dette som her anført, skulle medføre riktighet, da skulle man finne dette igjen over antall uføretrygdede i de forskjellige distrikter med størst utslag for landdistrikter, minst i byer, og det er slik.

Av befolkningen mellom 18 og 70 år er i:

Akershus	3,8%	uføretrygdet
Vestfold	4,7%	"
Nord-Trøndelag	6,6%	"
Nordland	6,1%	"
Troms	6,9%	"
Finnamrk	7,4%	"

Sett på en annen måte: I Akershus og Vestfold er nok de fleste uføretrygdede på medisinsk grunnlag, overskytende tall for andre fylker er etter all sannsynlighet et arbeidsmarkedsproblem. Ellers sagt på annen måte; en skjult arbeidsledighet så ubekvemt dette enn måtte lyde fordi det ødelegger vår illusjon om full sysselsetting.

Nå er vi ved det punkt som etter min mening er meget viktig, og som peker rett mot svake punkter i vårt nåværende system: Hvorfor får disse uføretrygd? Hvorfor ikke arbeidsledighetstrygd? Hvordan foregår behandlingen av uføresaker hvordan er registreringen? Ytelsene gjennom arbeidsledighetstrygden er mindre og av relativt kort varighet. Ledighet utover dette fører til sosial nød. Det var tenkt at sosialkontorene skulle kunne hjelpe her, men de er i den situasjon at de lokale bevilgninger er små. Hjelpen er avhengig av sosialstyrenes innstilling til klienten og til sosialt hjelpearbeid i det hele tatt. Denne er mer preget av de enkelte medlemmers sosiale, kulturelle og religiøse bakgrunn enn lovens intensjoner. Kort sagt, her er det også ofte lite hjelp å få. Likedan som lege, sosialkontor, trygdekontor, arbeidskontor og fylkenes trygde-sekretariat kjenner dette problem, vil klienten snart merke det på kroppen. Klienten får snart en sosial sykdom p.g.a. usikkerhet og angst for fremtiden og sin forsørgelsesbyrde: han blir sykemeldt. Etter 1 år går han over på attføringstrygd, dersom dette har noen hensikt, oftest over på uføretrygd, det er jo ingen ting å attføre dem til på det lokale plan. Dette blir også anført i søknad om stønad etter lov om uføretrygd. Klienten har visse lidelser, disse behøver ikke være så store at han ville være uegnet ved et egnet arbeid, men da slikt mangler på hjemstedet, kan han ikke skaffe seg innpekt stor nok til å leve av. Resultatet blir uføretrygd med en sosialmedisinsk diagnose. Disse merknadene om grunnen til uførestønaden kommer dessverre ikke frem i de offisielle statistikker. Sake-



ne blir som oftest avgjort i fylkesnemnda, den går videre til Rikstrygdeverket for beregning av stønaden, koding og registrering av sosialmedisinsk diagnose. Dette er rutinearbeid og gjøres av det vanlige kontorpersonelet. Deretter blir sakene arkivert i de lokale trygdekantorer. Tåkeleggingen av dette viktige problemet er fullkommen fordi vi i statistikken får en diagnose og ikke den reelle årsak.

Politikerne står rådløse i dagens situasjon, det blir bare snakk, og enkelte snakker om misbruk med de urettferdige konsekvenser dette har for den som får stønad helt rettsmessig. Hele dette bunner i den manglende samordning av våre sosiale ytelser både administrativt og økonomisk, og at vår planlegging av helse- og sosialspørsmål foregår av representanter for det samme personell med tillegg av politikere, men uten at den største og kanskje viktigste gruppe, klientene, blir tatt med på råd.

For meg virker det ofte som om vi innen denne sektor planlegger mer for oss selv uten hensyn til klienten, men det skjer under dekke av uttrykk som effektivisering, spesialisering, differensiert tilbud, hva vi mange ganger rir som kjepphester. Ved vår nåværende debattform påfører vi den svakeste part, nemlig enkeltindividet, nye sosialt nedverdiggende merkelapper. Han har ingen forsvansmuligheter og blir skadelidende uten at våre felles problemer løses. Vi må se i øynene at økning i antall uføretrygdte i realiteten er et arbeidsmarkedsproblem og må løses som et slikt.

Ole B. Hovin

Til Utposten:

Folketrygd-historie

Poenget med denne historien er å påpeke at "Lov om folketrygd" og Rikstrygdeverket er et mangehodet uhyre som man ikke skal spøke med, ellers går det deg ille. Hvis du leser de skrevne paragrafer på hvite sider, de omfattende forskrifter på blå sider, og de ytterst omfattende rundskriv og kommentarer på gule sider, og vel å merke følger det skrevne ord, så går det deg vel. Det eneste aber er at du ikke får gjort stort annet. Det verste du kan gjøre, er å bruke sunt vett.

Den her antydde lette bit-terhet skyldes følgende. Historien er nå flere år gammel og hendte i et kyst- og fjorddistrikt i Finnmark. En pasient langt inne i en avsides, men forøvrig pen og trivelig fjordbotn, hadde mistet sin insulin, og oppdaget dette idet han skulle sette sin sprøyte nr. 2 den dagen. Dette var jo ille, og krevde hurtig reaksjon. Den praktiske oppgave bestod i å skaffe insulin frem til pasienten, hurtig. Legebåten ble derfor sendt avsted med insulin som sykestua hadde. Turen tar to timer hver vei. Alt ordnet seg greit, pasienten fikk sin insulin og ordnet selv opp med resten, etter gammel, innarbeidet vane.

Problemet oppstod da regning ble sendt trygdekassen. Dette var nemlig ikke sykebesøk, for lege var ikke med til pasienten. Det var heller ikke pasienttransport, for pasienten var ikke med tilbake. Det var altså medisintransport, og det dekkes ikke av trygdekassen. Jeg skal ikke trette leseren med alle de brev som etterhvert hopet seg opp, men når Rikstrygdeverket har skrevet noe, så er det også skrevet, og du klarer aldri å trette ut dette "verket" med all verdens skriving og sunn fornuft.

Regningen på ca. 800,- kr. ble til slutt betalt av legen, for å få fred.

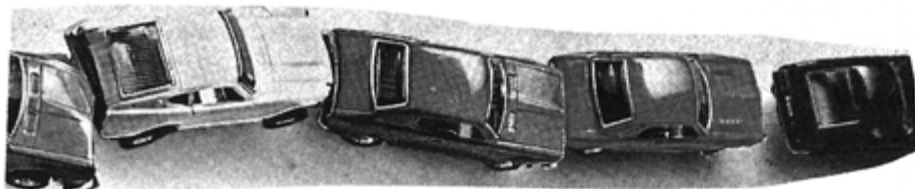
Hvis du har en lignende situasjon, kan den løses på to måter. Du kan selv bli med, sove deg frem til pasienten, forutsatt godt vær, be pasienten komme på kaia, si god dag, gi ham pakken med insulin, ønske lykke til, og sove deg hjem igjen. Så skriver du regning til trygdekassen for sykebesøk. Dette koster trygdekassen betydelig mer, men det spiller ingen rolle så lenge du følger lover og paragrafer, og det gjør det. At situasjonen er øyeblikkelig hjelp, er vanskelig å motsi. Du kan også sende pasienten til sykestue eller lignende, la ham ligge over natten, og reise hjem neste dag. Dette er også i følge lover og forskrifter refusjonspliktig.

Nå lurer jeg bare på følgende: Hvis en pasient i mitt distrikt fikk botulisme og måtte ha serum, så finnes dette forhåpentligvis i Tromsø, i hvert fall i Oslo, men avgjort ikke nærmere. Altså måtte det nyttes fly for transport av serum. Det hurtigste ville være å nytte fly fra Tromsø eller Oslo og droppe serumet her. Jeg gruer meg til å betale regningen for flyet. Men, heldigvis har jeg hittil ikke hatt botulisme i distriktet her. Og skulle det skje, så får jeg ta flyet tilbake selv som pasient, øyeblikkelig hjelp, diagnose: Fobia paragrafia grassata.

Børre Midtliid
distr.lege i Tana

**EFFEKTIV
TRANSPORT
KAN SPARE
HELSE-
TJENESTEN
FOR STORE
BELØP**

[Sakset fra Sosial Trygd]



Gløer Halvorsen:

Blinkende, blått varsellys

Merking av legebiler i utrykning

Jeg henviser til mitt brev til fylkeslegen av 18.8.72 foreløbig ubesvaret. I UTPOSTEN nr. 7 - 1972 tar distriktslege Leif Tormod Hansen opp samme saken. Er det ikke mulig for fylkeslegene å få omgjort bestemmelserne for bruk av varsellys på legebiler? Veterinære har jossitt hvite kors på svart bunn, kan leger få noe lignende? Vi kjører jo ganske almindelige biler, og de fleste av oss har sett såpass mange skadede og såpass mange drepte på eller ved våre veier at vi til daglig kjører "pent". Men en og annen gang må vi kjøre på mer enn fart, vei og føre tillater. For mitt vedkommende har dette skjedd fire ganger sommeren -72. Om igjen og om igjen har jeg erfart hvordan andre trafikkanter som kjenner meg og min bil, omgående gir plass når jeg kjører fort. Har jeg tilfeldigvis legefrakk på meg, gir også andre nok så fort plass. Men så har vi også de bilister som betrakter meg som en fordømt råkjører, de holder 80 km/time og vil absolutt ikke slippe forbi "den tusselad" den av en råkjører som kommer bakfra med litt større fart! Veiene i Rindal innbyr de fleste stedene ikke engang til å kjøre 80 km/time - foreløbig. Enda verre er de som kjører med ca. 70 km/time, enkelte ganger langsommere, og som plutselig øker farten når de blir innhentet. Akkurat dette skjedde ved en ulykke da jeg måtte frem til et barn på 7 år som var blitt påkjørt med kraniefractur og blottet dura interna. I de aller fleste tilfeller utover i distriktene er jo legen hos den syke eller skadede lenge før ambulansen

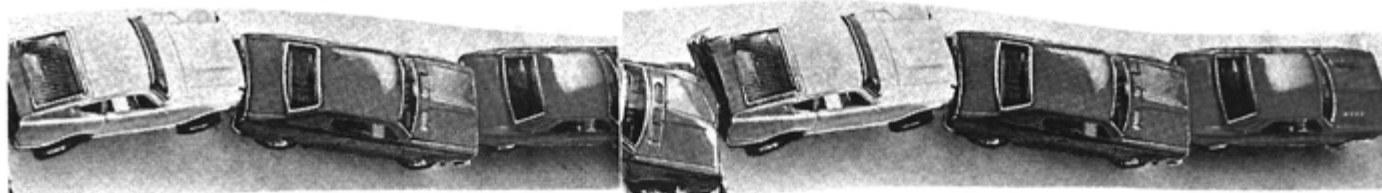
eller sykevogn når frem. Statens Veivesen sitter vel i Oslo-gryta og hører ambulansvognenes sirener, uten å ane noe om hvordan det hele foregår i landdistriktene. Det er vi profane landsleger som må yte førstehjelpen, ikke ambulanspersonellet. Svært ofte har jo ikke almindelige folk en gang greie på å ringe etter ambulansen eller sykevogn, det hender slett ikke så skjelden vi til vår overraskelse får vite at personell som har vogn med lovlig blått blinklys ikke er varslet. Ta bare ulykken på selve julaften i år. Først måtte jeg få pasienten ned fra en stol og ned på gulvet for å få sjokk-virkningene litt minsket. Dernest måtte jeg i all hast konstantere alvorlige intra-abdominale skader. Så måtte jeg få rekvirert ambulansen som kom etter vel en halv time. Først i ventetiden før ambulansen kom, fikk jeg tid til blant annet å verifisere sjokkdiagnosen - blodtrykket var 70/50, så fikk jeg tid til å vurdere nøyere hva slags abdominalskafer pasienten hadde. Pasienten var så dårlig at jeg fulgte med i ambulansen, og det tok nesten halvannen time fra jeg fikk telefonvarslet før pasienten var på sykehuset. Ulykken skjedde midt i verste trafikken julaften. Veiene var nifst glatte, og det hadde vært til stor hjelp om en blinklampe kunne varsle utrykningskjøring. I dette tilfellet var det viktigere for meg å komme fort frem de 20 km jeg hadde å kjøre enn de 2 x 26 km ambulansen måtte kjøre. Jeg har vært innom et elektroteknisk firma i Levanger som tilbyr en liten batteridrevet lampe som er meget fiks. Den gav skarpt blinken-

de lys, og det var ikke noe problem å utstyre den med blått glass. Det ville heller ikke by på noen vanskeligheter i en fart å plassere den i egnet holder på biltaket, evt. i forbindelse med ski-stativ.

Fylkeslegene bør ta opp saken med Veidirektoratet. Fylkeslegene bør undersøke blant legene hvem som mener de har behov for å varsle utrykningskjøring. Tillatelse til å bruke en slik lampe kunne kanskje gis av de respektive myndigheter etter anbefaling fra fylkeslegen. Misbruk kan til en viss grad forhindres ved at vi melder fra til politiet hver gang lampen har vært i bruk. Jeg pleier jo alltid å melde fra til lensmannen når jeg har kjørt i forreste laget - jeg har vel til og med plikt til det. Under hurtigkjøring er vi jo en potensiell trafikkfare både for andre og for oss selv. Enhver er jo seg selv nærmest. En blinkende utrykningslampe vil etter min mening øke sikkerheten fordi andre trafikkanter vil forstå vi trenger å komme fort frem, at vi ikke er råkjørersvin.

Gløer Halvorsen
distr.lege i Rindal





Bengt Lasse lund:

Blinkende, blått varsellys

I den senere tid er det kommet til offentlighet referat av brev fra distriktsleger til Vegdirektoratet om montering av blått varsellys på sin bil under utrykning til særs dårlige pasienter. Distriktslegene i Gamvik og Nitedal kan vise til håndfaste eksempler på at de kunne hatt nytte av dette varselingshjelpemiddel. Myndighetenes innstilling til søknadene er klart negative. Da det subsidiært ble søkt om blått varsellys, var holdningen den samme. Dette er særdeles beklagelig og det burde være en oppgave for oss å ta denne saken opp med myndighetene på bred basis.

I Sør=Aurdal legedistrikt, Oppland hvor jeg selv holder til innførte jeg ordningen med blått varsellys på vakthavende leges bil for vel et år siden. Dette gjorde jeg, vel vitende om at det var ulovlig i følge vegtrafikkloven, fordi jeg ved egen erfaring har sett hva det kan ha å bety i en kritisk situasjon. Gjennom dette distrikt løper E 68 som er svært trafikkert i ferietiden, i helgene, og ellers spesielt ved høytidene, men også til daglig. Jeg har angar vært utsatt for "kappkjøring" ilter lysblinking fra forbikjørende

fra forbikjørt medtrafikanter når jeg har hatt grunn til å komme fortere frem enn den øvrige ferdslen for å hjelpe en pasient. Etter en stunds opplagret irritasjon over dette, monterte jeg blålys. Etter det har utrykningskjøring gått som en lek i forhold til tidligere.

Vegdirektoratet angir at loven ikke åpner mulighet for private til å ha blått varsellys montert. Loven er tydeligvis ikke lik for alle i dette land. Loven sier at det kun kan monteres på politiets biler, ambulanser og brannbiler. Som politiets biler er definert de biler

staten eier og som er registrert på et politikammer. Hva da med lensmannsetaten? Jo, lensmannen har kunne bekræfte at han ikke hadde lov til å benytte blålys, men han gjør det. Slik er det over det ganske land. Vegdirektoratet har selektive skylapper.

Et annet forhold. Hvam som helst kan gå og kjøpe en ambulansebil og få den utstyrt med så mange blålamper og sirener han bare vil. Han kan bruke den til handleturer hvis han vil. Vi kan også kjøpe ambulansebil til bruk ved utrykning i praksis. Burde man ikke da heller bruke litt fornuft og vurdere dette problem?

Vegdirektoratet var redd konsekvensene. Det kan da ikke være noe problem. De fleste distrikter i landet i dag har en ordnet primærvakt på ettermiddag og kveld i hvert fall. Det skulle altså ikke være nødvendig med mer enn ett blålys til hvert distrikt, ikke det engang, for på de steder der det er legeambulansesordning, faller behovet naturlig bort. Jeg vil tro at de leger som sitter ute i primærtjeneste er såpass ansvarsfulle at de burde kunne få lov å administrere bruken av blålampe på like linje med ambulansesørere som kun trenger førerkort for bil for å bruke lampen. Det kunne settes opp klare retningslinjer for bruken av lampen, og det kunne appelleres til brukerne om å bruke den med fornuft, så ville ikke dette representere noen fare. Politioverbetjenten ved det lokale politikammer, (Vestoppland), har uttalt på et møte om ambulansetjeneste at han ikke kunne se noe motargument mot bruken av lampen for primærvaktleger, som er sterkt nok til å hindre bruken.

At Vegdirektoratet avslø søknaden om bruk av gult lys, skal man vel bare være taknemnlige for, denne lampen ville ikke på langt nær ha

den samme effekt, tror jeg. Det finnes mange trafikkanter som positivt ser lampen, men som allikevel ignorerer den. En gul lampe ville lett kunne forveksles med utdagede vegvesen/jordbruks/televerks/lysverks/osv.-kjøretøyer. Det er vi ikke interessert i. Misforstå meg ikke, jeg mener ikke at vi skal markere at her kommer dokter'n, men jeg mener lampen som et alvorlig hjelpemiddel for å kunne komme en nødlidende hurtigst mulig til hjelp når det er skikkelig indikasjon for det.

En tanke man kan leke med, er den at det kunne bygges ferdige units på skistativliknende holdere, med blålys, sirene, radiotelefonantenne og skilt som markerer at det er legeutrykning, koplet til bilens sigarett-tenner. Det ville kunne være et aktivum for vaktordningene å få en slik unit, da kunne man sikre seg at vakthavende lege kunne nås på mobiltelefon, og at han hadde muligheten for å markere seg når det var behov for hurtig kjøring. Den ville på grunn av sin enkle tilkopling til el.systemet i bilen lett kunne skiftes fra bil til bil etter som vaktten gikk på turnus.

Det kunne være artig å høre kollegers tanker om disse problemer. Her kommer vi til å bruke vårt blålys til vi blir nektet. Fjerne det gjør vi vel først når den norske lensmannsetat og private brannsjefbiler blir renset for blålys.

Bagn, 10. januar 1973.

Bengt Lasse Lund,
Distriktslege.



Urinveisinfeksjoner — blir de godt nok behandlet og kontrollert i almenpraksis?

Eksempel på et opplegg.

Det er vel neppe tvil om at øvre og nedre urinveisinfeksjoner er en dominerende diagnose i primærlegenes pasientmateriale. Videre er det ingen tvil om at de er hyppigere i kyststrøk enn i innlandet, og vår kyst er lang.

Store materialer og arbeider viser klart betydningen av tilstrekkelig lang behandling og nøye overvåkning. Dette skulle i dag være vel kjente ting. Likevel opplever vi stadig at pasienter har vært hos kolleger med en urinveisinfeksjon, og kanskje blitt behandlet i 10-14 dager. Dette uten hensyn til hvor mange ganger tidligere samme pasient har hatt sykdommen, ei heller hva slags type urinveisinfeksjon det dreier seg om. Dertil svært ofte uten kontroll av forløp eller organisert etterkontroll. Sist, men ikke minst, er det mange som unnlater å ta bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse. Pasientene får ofte for dårlig informasjon og for uklare retningslinjer, og det vil lett kunne svekke et ellers godt samarbeid.

I ytre Romsdal har vi tre legedistrikter med et meget nært samarbeid, også når det gjelder vakttjenesten. Ikke sjelden hender det at man drar i sykebesøk til nabo-distriktet p.g.a. en akutt urinveisinfeksjon, og vi innså snart betydningen av å ha et felles terapeutisk regime som vi alle sluttet opp om. På et av våre regelmessige faglige møter gjennomdiskuterte vi dette, og kom frem til et opplegg vi mener er både medisinsk tilfredsstillende, samt hensiktsmessig og enkelt.

På et A-4 ark skrev vi en lettfattelig pasientinstruksjon som ble stensilert opp i 2000 eks. Her la vi stor vekt på ikke bare å informere pasienten om hva det hele dreiet seg om, men i første

rekke å klarlegge vårt behandlingsopplegg med varighet samt kontroll under og etter behandlingen som viktigste momenter.

-Først nevner vi betydningen av nært samarbeid med den behandlende lege, samt understreker de risikomomentene som er til stede dersom opplegget ikke følges nøye. -Deretter behandlingens varighet, her har vi besluttet oss for minimum 4 ukers behandling av signifikant pyuri mens residiver umiddelbart settes på langtidsbehandling fra 2 til 6 måneder, evt. lengre. Når det gjelder residivgruppen, blir denne vurdert særlig nøye. Tidsrommet fra siste episode, samt hva slags urinveisinfeksjon det dreier seg om, er selvsagt av stor betydning. Individuell behandling er absolutt påkrevet (til dem som synes dette virker for håpløst skjematisk).

-Så kommer den rent praktiske informasjon. Heldigvis dreier det seg nesten alltid om sulfa-følsomme mikrober. Sulfapral, 50, er en hensiktsmessig startpakning og initialfasen vil også strekke seg over vel 12 dager. Vi starter gjerne straks vi har mottatt urinprøven. De får så beskjed om å innfinne seg på kontoret til den stedlige lege kort tid før medisinen er oppbrukt. Dette fordi vi da har fått svar på Uricult, og således kan justere det videre opplegg. Vi benytter anledningen til å ta for-skjellige blodprøver, samt kontrollere urinen.

-Neste avsnitt tar for seg kontroll under og etter behandling. Vi ber om å få sendt prøve hver 14. dag i behandlingsfasen, og etter avsluttet kur sendes prøver etter 1/2, 2 og 6 uker. Deretter hver annen måned i 1/2 år, evt. oftere eller skjeldnere i spesielle tilfelle. Det høres lenge ut, men vi mener at bl.a. hyppigheten av asymptomatiske pyurier og bakteriurier indikerer en såpass grundig etterkontroll.

-Tilslutt presiseres viktigheten av aldri å ta medisin før lege har sett på urinen - eller i alle fall ikke før prøve er tatt og parkert i kjøleskap. Videre at man ikke må fravike de retningslinjer som er trukket opp, selv om man føler seg frisk. Disse to punkter er det tidligere blitt syndet meget mot. Dessuten er det en del annen nyttig informasjon under samme avsnitt, bl.a. om fremgangsmåten ved taking av urinprøve, og om eventuell oppbevaring og forsendelse av denne.

Denne pasientinstruksjonen er fordelt oss imellom. Vi har den med i sykebesøk og deler den ut der, og har selvsagt en stor bunke på kontoret. Systemet fungerer utmerket.

Ikke skjelden får vi sendt urinprøver som naboen eller andre bringer med, hvor eneste opplysning som følger, er at pasienten har ett eller flere av de klassiske symptomene. Vi har derfor utstyrt det regionale apotek med en del eksemplarer. De ringer oss jo daglig for å ta imot våre bestillinger. I slike tilfelle ber vi dem da om å legge ved en instruksjon i medisinpakken, og også dette fungerer usedvanlig bra. Uten ett ord fra oss i tillegg, har hittil hver eneste pasient innfunnet seg slik det anbefales i vårt skriv. Og nettopp det var vi jo noe spent på. En ting er at vi mener våre formuleringer er klare, en annen ting er selvsagt om den jevne pasient ute i havgapet oppfatter det som skrives. Og det har holdt

I nære 3/4 år har systemet nå vært i funksjon og vi er altså - som det fremgår - så fornøyd at det har fristet til offentliggjørelse. Masse tid spares, idet vi slipper å informere hver pasient om de samme tingene om og om igjen. Vi er også overbevist om at vår informasjon sikrer pasientene et bedre behandlingstilbud på lengre sikt. Prøveeksemplarer kan rekvireres fra redaksjonen.

H. Denstad

HAR DU BRUK FOR SKYSSBÅT?

Til alle tider har folk ferdest langs kysten vår. Men dersom du går langt nok kjem du til ein fjord som er for lang til å gå rundt, for djup til å vasse gjennom og for kald til å sømje over. Og dei fleste distriktslegar i kystdistrikt har for lengst funne ut at det alltid bur einkvan på andre sida av alle fjordar.

Men kva side av fjorden folk no bur på, så finn dei seg ikkje i å døy med resignasjon. Dei vil gjerne spørja fagfolk til råds om annan veg, enten fagmannen no er medisinmann, seidkjerring, gandkall jordmor eller distriktslege. Og dette er slett ikkje ein nytanke i vårt moderne forbrukarsamfunn, men resultatet av ei utvikling som ser ut til å ha byrja i førhistorisk tid.

På eit helleristingsfelt i Hjelmeland er avbilda ein tynn mann og ei fyldig kvinne som sit overskrevs på ein stokk, og mannen held ei lang stong. Dette er den eldste kjende avbildinga av jordmorskyss her i landet. Og på eit nes i Meløy er nyleg funnen ei runeinnskrift som er noko omstridd, men som truleg skal tolkast slik: Torleiv riste desse runer då seidmanns skysskarar var juke.

Desse funna stør oppunder teorien om at det alt i førkristen tid var eit system av distrikts-seidmenn langs kysten. Desse blei etter kvart sentralisert bort då Harald Hårfagre bygde sentraladministrasjonen så urimeleg sterkt ut. På Olav Trygvasons tid finn mes stort sett berre seidmenn att i fylkesadministrasjonane og desse var så bundne i rituelt byråkrati at dei ikkje kunne gjere effektiv motstand mot kristendomen og andre radikale nye behandlingssopplegg. Men ein rest av denne striden finn me enno i Rikstrygdeverket, som ikkje vil refundere for seiding utanom institusjonar som kjem innunder reglane i sjukehuslova.

Til alle tider har altså medisinsk personell tronge båtskyss men no meir enn før. Dette er ikkje alle offentlege instansar klar over, så nokre av våre kolleger slåst framleis om båtskyssen med mjølkespann og skuleungar. Så dersom du treng betre båtskyss lyt du fyrst få ein høveleg offentlig instans med på tanken. - dersom du ikkje har tenkt å betale båten sjølv.

Du er heilt avhengig av treskotelegrafen for å finne fram til beste båttypen. Fylkeslegen kan truleg gje deg eit vink om andre distrikt i fylket som nyleg har hatt skyssbåtproblematikk men vent deg ikkje meir av han. Elles får du leite og spørje deg fram. Helsedirektoratet kan ikkje hjelpe deg. Du lærte ikkje noko om dette på dokterskolen. Men 2-3 år etter eksamen er det kanhende du som får det avgjerande ordet om korleis ein skal bruke ein halvmillion kroner eller så til båtskyss.

Det er mange typar å velje mellom. Du kan få 28-30 fots cabincruiserar med doble hekkaggregat og barskåp med innebygd lys. Men dette er



høgtrimma finmekanikk som ikkje plar tåle langvarig hardkøyting utan protest. Så finn fyrst ut kor lang ventetida i praksis er for reservedelar til motorar og drev. Elles kan du få ein 32 fots båt med 2 midtmonterte dieselmotorar og 24 knops fart for ca. 270 000. Eller du kan få ein 53 fots båt med 20 knops fart for 630 000. Du kan få mykje anna rart og, dersom du leitar.

Korleis ein finn pengar til kjøpet? Lån. Detaljar? Veit ikkje, men spør kommunen. Moderne utkantkommunar er utruleg flinke til å leite fram lånehøve.

Etter alt for lang tid er båten kontrahert, du er lei av å krangle med kommunen og flyttar bort, og ettermannen din får innvie nybåten. Då skal det søkjast om godkjenning av kilometerpris for båten. Dette skal (sjølv sagt) gjerast på fastsett skjema: "Søknad om samtykke til bruk av egen større motorbåt på tjenstereiser" (2 eks.), endå det ikkje er din men kommunens skyssbåt. Der er mange rubrikkar, så som løn til båtførar, til maskinist og til dekksmann samt til "kull, petroleum og fett" men ikkje til avskrivning. Eg har sterk mistanke om at dette skjemaet blei fødd for ca. 90 år sidan. då distriktslegen drog 13 000 kroner opp or vadsekken og kjøpte seg eigen dampbåt samt hyrte 3 stk. mannskap à kr. 24,-/månad til denne.

Så sender du skjemaet frå deg, og det vandrar vidare til fylkeslege, fylkesmann Helsedirektoratet og Løn- og Prisdepartementet. Overalt møter det sjølv sagt båtvane folk som veit korleis det er å arbeide i eit værhardt kystdistrikt. Og nokre månader seinare kjem samtykket tilbake, med gjenpartar til trygdekontor, RTV og Riksrevisjonens 573. kontor. Samtykke for eit år, søk på nytt neste år.

Tap ikke motet, du kjøre, om du ikkje får godkjent den kilometertaksten du søkte om. Dess fortare ein skyssbåt går, dess meir får den å gjere, og då er det gode sjansar for at budsjettet vil balansere likevel, vel å merke dersom det er kort ventetid på reservedelar. For nokre år sidan fortalte truverdige folk meg at ein fattig kystkommune under sterke tvil hadde nytta sine siste lånesjansar til å kjøpe ny skyssbåt. Men denne bar seg så godt økonomisk at fleire sær sars pent brukte skrivemaskiner blei overført frå skyssbåten til kommunehuset ved årsslutt. Det er heilt sant, men Riksrevisjonen har ikkje funne fram dit enno.

4150 Vikevåg, 4. februar 1973. Beste helsing, Torleiv Robberstad.

Medikament- forbruk hos eldre

Undersøkelse foretatt
på Aukra og i Oslo

Ved Ellen Smith

Etter idè og initiativ fra professor dr. med. F. Chr. Borchgrevink ved Institutt for Almenmedisin og dist-riktslege Harald Siem på Aukra, ble det i løpet av 1971 og 1972 foretatt en undersøkelse av medikamentforbruket hos to grupper eldre, bosatt på Aukra og i St. Hanshaugen-distriktet i Oslo. Hensikten med undersøkelsen var å finne ut i hvilken grad eldre mennesker bruker medikamenter, og om de bruker dem som foreskrevet, eventuelt om det er indisert med noen tiltak for å hjelpe på forholdene hvis disse gir grunn til bekymring. Dessuten vil det være interessant å sammenligne grupper fra land og bybefolkning i denne henseende.

Undersøkelsen ble finansiert med midler fra Institutt for Almenmedisin og fra Helsin-gens fond.

Opplysningene ble samlet ved hjemmebesøk, hvor personene ble intervjuet etter et bestemt skjema, og ble bedt om å vise frem det de hadde av medikamenter i huset. De intervjuete ble plukket ut av manntallene, på Aukra 107 tilfeldige av de 171 personer født før 1901 i kommunen, i Oslo 60 personer fra en liste over 111 tilfeldig utvalgte personer i St. Hanshaugen-området, født i 1902 og tidligere. Det dreide seg altså ikke om grupper definerert som pasienter, men et utvalg fra en bestemt aldersgruppe. Det var omtrent like mange kvinner som menn.

RESULTATER.

Det ble spurt etter følgende:

1. Hvor lenge er det siden siste legebesøk?

På Aukra hadde 40% vært hos lege i løpet av de siste 3 måneder, mens hos 20% var det mer enn 2 år siden siste legebesøk. De tilsvarende tall for Oslo-gruppen var 67% og 13%.

2. Hvor mange og hvilke medikamenter brukes regelmessig - a. foreskrevet av lege b. ikke på resept c. fått av venner, og hvilke medikamenter brukes sporadisk?

	Aukra	Oslo
Ingen medikamenter	18%	3%
Bare sporadisk medikamenter	20%	10%
Regelmessig reseptfri medikamenter	11%	28%
Regelmessig medikamenter foreskrevet av lege	50%	58%

Det var ytterst få som oppga å bruke medikamenter de hadde fått av venner.

Antall medikamenter pr. person.

I Aukra-gruppen var det 55 personer som brukte medikamenter foreskrevet av lege regelmessig, i Oslo-gruppen 35 personer.

Braker	Aukra	Oslo
1 medikament regelmessig	23%	14%
2 eller 3 medikamenter regelmessig	50%	54%
4 eller flere medikamenter regelmessig	27%	31%

Ingen brukte mer enn 5 medikamenter på Aukra, det var en pasient i Oslo-gruppen som brukte 12 medikamenter.

Type medikamenter.

Av medisiner foreskrevet av lege utgjorde psyko-farmaka den største gruppen, både på Aukra og i Oslo (Aukra: 24 av 139 preparater, Oslo: 25 av 116).

Andre store grupper var digitalis-preparater o.a. hjertemedisiner og antihypertensiva/diuretika. Blant reseptfrie medikamenter var på Aukra gruppene jern/vitaminer og avføringsmidler omtrent like store (henholdsvis 10 og 13 av 40 preparater). I Oslo utgjorde jern/vitamin-tabletter den ubetinget største gruppen 852 av 87 preparater). Sporadiske medikamenter var særlig analgetika, først og fremst acetylsalicylsyre, deretter jern og vitaminer.

3. Vet den spurte hva medikamentene er for?

Av de personer som regelmessig brukte medikamenter foreskrevet av lege, visste 80% på Aukra og 80% i Oslo så noenlunde hva medisinen var for. Av de som var usikre, var det bare noen få som var helt desorientert, resten hadde greie på de viktigste medisinene sine, og uvitenheten hadde ingen praktiske konsekvenser for pasienten.

4. Hvor gamle er medikamentene?

Med få unntak var medikamentene i bruk av nyere dato (mindre enn 1 år gamle). Av medikamenter mer enn 2 år gamle, fantes særlig Nitroglycerin, også analgetika.

5. Hvordan er pasientene instruert om bruken av medikamentene?

For medikamenter på resept i regelmessig bruk var 76% utstyrt med skriftlig bruksanvisning på Aukra, 80% i Oslo, for resten var instruksjonen gitt muntlig.

6. Er det overensstemmelse mellom foreskrivning og bruk av medikamentene?

Stort sett oppga de spurte at de brukte medisinen som foreskrevet. Ingen tok for mye, mens det var en tendens til å ta noe mindre enn forordnet. Imidlertid syntes det som de aller fleste fulgte instruksjonen for de viktigste medikamentene.

7. Administrerer den spurte selv medikamentene, og ville det eventuelt være ønskelig med oppsyn?

De aller fleste administrerte sine medisiner selv. Etter intervjuerens skjønn, ville det vært ønskelig med oppsyn i 5 av 35 tilfelle i Oslo, i 5 av 55 tilfelle på Aukra, da de hadde uorden i viktige medisiner.

8. Har den spurte medikamenter i huset som han ikke bruker?

I Oslo-grupper hadde 35% av alle spurte stående medikamenter fått på resept som de ikke lenger brukte. Bare 2 (9%) av disse hadde mer enn 4 forskjellige seponerte medisiner. De viktigste grunnene til seponering var: følte seg kjekk (38%), råd fra lege (27%), 22% husket ikke hvorfor.

På Aukra hadde 20% av de spurte medisiner de ikke brukte, stående. Her var den viktigste grunnen til seponeringen råd fra lege (60%). Medikamenter seponert uten råd fra lege var bl.a. antihypertensiva, hjertemedisiner, ataraxika, men særlig analgetika.

OPPSUMMERING.

Det ble ikke funnet noe overforbruk av medikamenter blant eldre, heller ikke foruroligende grader av forglemmelse eller rot og uorden når det gjaldt de eldres medisiner.

Det generelle inntrykk etter intervjurunden var at de fleste av de eldre var noe skeptiske til bruk av medisiner og helst ville ta minst mulig.

Til tross for at det var enkelte (5 på Aukra, 5 i Oslo) som kanskje burde hatt oppsyn med medikamentforbruket, gir etter min mening resultatet av undersøkelsen ikke grunn til noen organiserte tiltak. I tilfelle hvor pasienten har problemer med å holde orden i medikamentforbruket, kunne han få doseeringsesker gjort i stand av pårørende eller f.eks. helsesøster. Alle medikamenter bør imidlertid utstyres med skriftlig instruksjon.

Sammenligningen av resultatene fra Aukra og Oslo viser enkelte interessante forskjeller, selv om materialet er for lite til å trekke sikre slutninger. I følge materialet er legesøkningen blant eldre større i Oslo enn på Aukra. Likeledes var det flere på Aukra enn i Oslo-gruppen som ikke brukte medikamenter i det hele tatt (18% mot 3%). Derimot var forskjellen mellom de i de to gruppene som brukte medi-

kamenter regelmessig, ikke så stor (50% mot 58% i Oslo). Når det gjelder seponering av medikamenter, ser det ut som personene i Oslo-materialet var mer selvrådige, da en relativt liten prosent av disse sluttet med medikamentet etter råd fra lege, i forhold til Aukra-gruppen. (27% mot 60%). Det må imidlertid bemerkes at på dette spørsmålet var svarene spesielt usikre. Intervjuerens inntrykk er at Oslo-gruppen oppbevarte medisiner de ikke brukte, i større grad enn Aukra-gruppen. Flere av de i Oslo-gruppen enn på Aukra hadde medisinskapskap, noe som ser ut til å bidra til at seponerte medisiner lagres.

KOMMENTAR.

Resultatene fra denne undersøkelsen må tas med forbehold, da det var vanskelig å få eksakte svar, og å la være å stille ledende spørsmål. Dessuten var det jo godt mulig for de spurte å skjule medikamenter eller gi inntrykk av større orden enn tilfellet var. Det viktigste jeg lærte som intervjuer ved denne undersøkelsen, var hvor uendelig mange feilkilder slik form for forskning er beheftet med.

Ellen Smith.



HER:

LØVEHISTORIE NR. 2.

En gammel mann eide to nesten like gamle sirkusløver som ikke lenger orket å gjøre sine sirkustriks. Det var således ikke lenger noe å tjene på dem, og han besluttet seg til å selge dem som vaktløver. Etter å ha vandret rundt i hovedstaden i flere uker, kom han til re-gjeringsbygget hvor han endelig fikk solgt begge løvene. De ble satt til å holde nattevakt i noen av de mellomste etasjene.

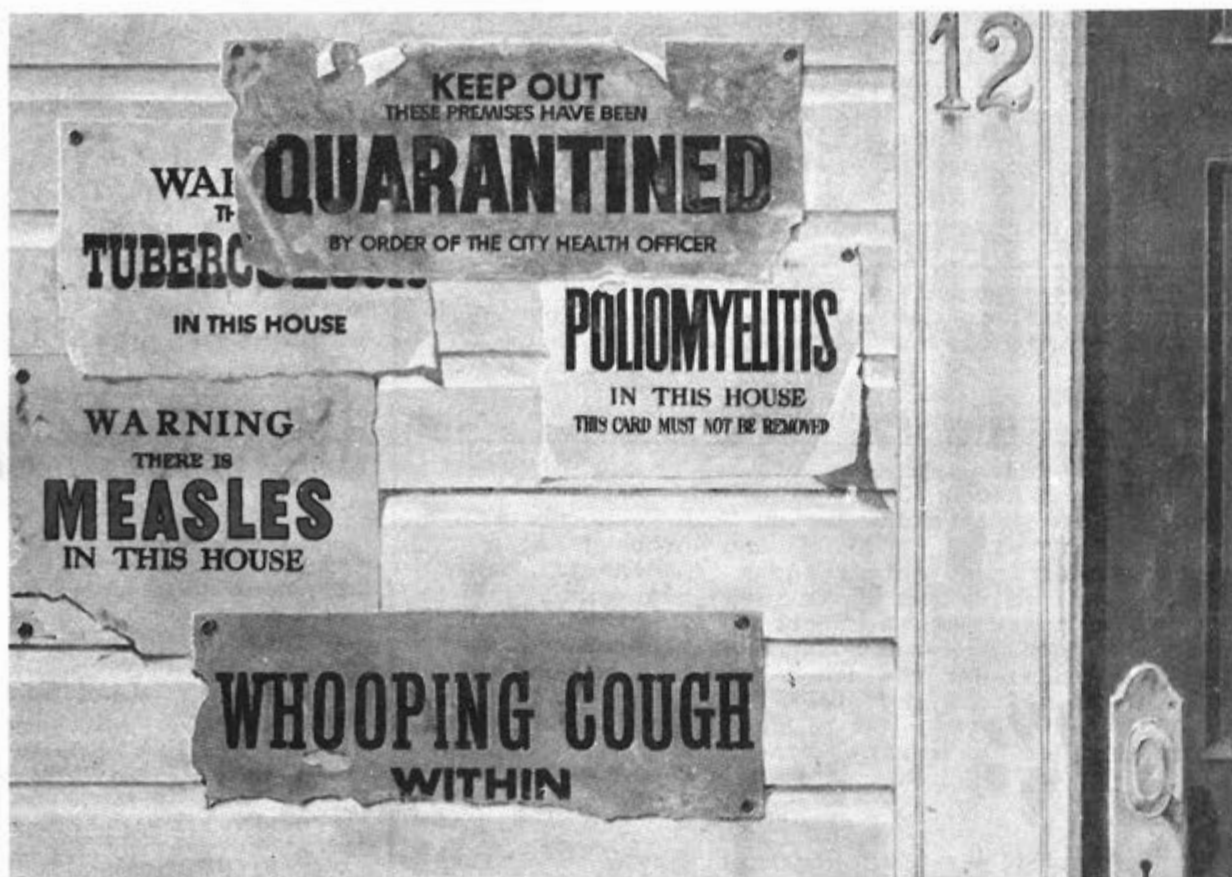
Noen uker senere, når de ansatte låser seg inn i sine kontorer, finner de at det er støvet og uryddig overalt. Når man finner en halvtuygget damesko i den ene korridoren, skjønner man at en av løvene har spist vaskekonen. Løven som har spist vaskekonen, får både stryk og skjenn, og lusker slukket til den andre løven for å få trøst. Men denne sier: "Du er nå dum også som spiser vaskekoner. Det er nå allerede mange dager siden jeg spiste både en ekspedisjonssjef, en helsedirektør og en medisinalråd, og det er ennå ingen som har oppdaget noen ting."



NITTERKUREN:

Da det har vært en del etter-spørsmål etter doktor Nitters redegjørelse for behandling av kreftpasienter med spredning, har UTPOSTEN sammenfattet artiklene om denne i et særtrykk som kan fås fra UTPOSTEN's redaksjon, adr. 6420 Aukra.





NY GIV VED MELDING OM SMITTSOMME SYKDOMMER.

Det ser endelig ut som om myndighetene nå tar konsekvensen av at våre meldeskjemaer vedr. smittsomme sykdommer ikke lenger er hensiktsmessige. Overlege Lystad i Statens Institutt for Folkehelse forteller at man arbeider med å utforme meldingslister for smittsomme sykdommer med mer moderne diagnosebegrep. Man ønsker å innføre ukemeldinger, disse skal gå direkte til SIFF for derfra å komme tilbake til leger og helseråd som oversikter i løpet av en uke.

Når det gjelder de nominative meldinger skal disse sendes etter hvert som sykdommen oppstår. Selv mistanke om slik sykdom skal meldes samtidig vil man kode meldingen til de mikrobiologiske laboratorier som eventuelt skal verifisere sykdommen slik at disse kan rapportere sine funn direkte til et sentralt register hos SIFF. Et problem man diskuterer, er nødvendigheten av å sende nominative meldinger via helserådet på stedet. Det er jo de som har det direkte ansvar for å hindre utbredelsen av smittsomme sykdommer i distriktet. Man tenker seg enten at den praktiserende lege som kommer over et tilfelle av kopper eller kolera forpliktes til å ta telefonisk kontakt med helserådets ordfører, dette gjøres vel i de aller fleste tilfelle i dag. Imidlertid synes man ikke å kunne utelate en skriftlig melding, og løsningen blir vel at man skriver et gjennomslag som sendes til SIFF og den originale meldingen får helserådets ordfører. De forskjellige skjematene og systemer skal nå utprøves i Vestfold og Nord-Trøndelag fylke i samarbeid med almenpraktiserende leger og distriktsleger der. Vi hilser initiativet med glede.

DOSEDIRIGERT DIURESE

Impugan
FUROSEMID

ØKONOMISK TERAPI

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

DUMEX



Sosialreformkomitéens innstilling nr. 2

APLF'S MENING:

Styret i APLF har behandlet sosialreformkomitéens innstilling nr. 2 og sendt sine meninger videre til Den norske legeförening. Man har innvendinger når det gjelder sosialreformkomitéens sammensetning, man mener at den i alt for stor grad er preget av folk fra sentrale administrative stillinger. En mener også at komiteen har gått langt utenfor sitt mandat, idet den ikke bare har søkt å finne frem til hensiktsmessige og effektive former for samarbeid, men et og slett har innkorporert de sosiale organer og helsevesenets organer trykdeorganene og andre institusjoner i de såkalte sosialsentra. - Med den stivbente, pyramideformete organisering byråkratiske, administrative og organisatoriske oppbyggingssonellet vil i større grad

som er foreslått for sosialsentra, sosialutvalg og sosialstyrer, tviler en på at de formulerte sosialpolitiske målsetninger kan nås. Styret i APLF er imidlertid enig i at man bør samordne ressursene innen helse- og sosialtjenesten, og mener at man her gradvis bør finne frem til fruktbringende samarbeidsformer. En er også enig i at fagfolk og politikere innen helse- og sosialtjenesten, ved økt engasjement, bør søke og påvirke samfunnsutviklingen mest mulig. Det er to vesentlige farer ved ordningen som foreslått i innstillingen:

1. Fare for sentralisering, geografisk, politisk og faglig.
2. Fare for byråkrati, økonomisk, administrativt og faglig.

Ansvar for den enkelte pasient/klient vil ved en slik pyramideformet organisering lett forskyves oppover. Per-

føle ansvar for systemet og sine overordnede, ikke for pasienten/klienten. - Det synes også merkelig at psykiatriske problemer skal behandles av den person han først henvender seg til, og ikke av den person som eventuelt er best faglig kompetent. En reagerer også sterkt mot at man overfører visse deler av helsevesenets arbeid til de tekniske etater innen kommunen. Helsemessige problemer av teknisk art behøver svært ofte medisinsk bistand. Distriktslegeordningen vil også bli amputert. Inkorporering av alle kommunale nemnder i sosialstyret synes urimelig. Man tror det er naturlig å beholde de nåværende råd og styrer og benytte seg av den faglige kunnskap og erfaring man har fra disse. Det synes dessuten urimelig at fagfolk ikke lenger skal være med i de lokale styrer og råd. Styret mener det er hensiktsmessig at politikerne får fortsatt delta i klientbehandlingen, i hvertfall delvis. Politikere trenger en slik kontakt med det praktiske liv for å kunne ta seg av de byggende arbeid og planleggingsoppgaver.

På fylkesplanet blir fylkes- sosialsjefen overordnet fylkeslegen og trygdesekretariatets sjef som igjen bare skal være medlemmer av fylkes- og sosialutvalget. Utvalget skal så være et koordinerende faglig organ og øverste klientbehandlende organ i fylket. I sannhet en merkelig ordning hvor den faglige kompetanse settes helt til side, spesielt når det gjelder helsestellet. Alment praktiserende leger er ikke spesielt nevnt i komitéens innstilling, men da helseseksjonen i sosialsenteret skal fungere både som preventiv og kurativ institusjon, må man frykte at de alment praktiserende leger tenkes innkorporert i sosialsenterene. Styret vil her presisere at en mener en praktiserende lege er nødvendig både i singel- og i gruppepraksis. I helse- og sosialsenter vil det også være aktuelt med almenpraktiserende lege som her må beholde en selvstendig stilling, slik at det frie forhold pasient/lege kan bevares. Styret vil til slutt sterkt protestere mot at de forslag som er fremmet i sosialreformkomitéens innstilling, settes i verk.

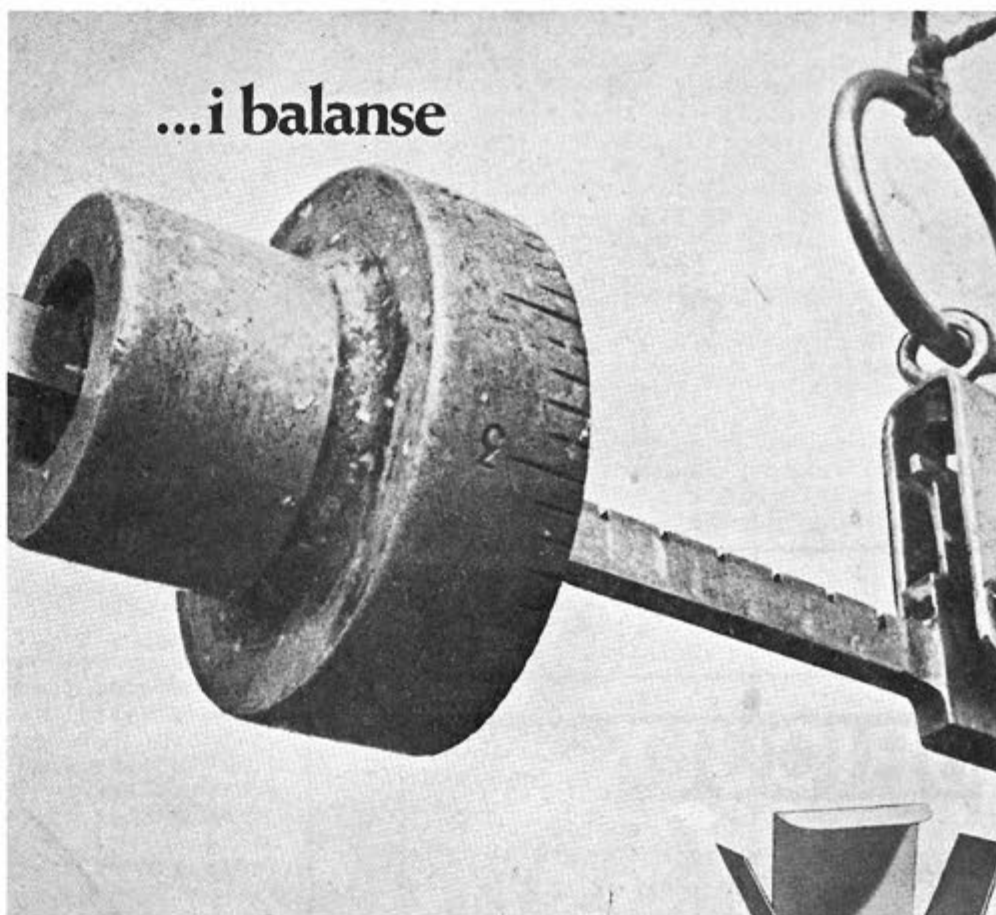
URICULT®

Fordeler:

1. Enkel prøvetagning, dyrkning og transport.
2. Pålitelig: Urinveisinfeksjoner oversees ikke.
3. Intet tidspress: Transporttiden for Uricult til laboratoriet påvirker ikke resultatet.
4. Lett avlesning: Agarskiven har stor overflate som det er lett å vurdere mot de trykte standarder.
5. Økonomisk: Mindre laboratoriearbeid fordi bare positive prøver behøver ytterligere undersøkelser.
6. Oppbevar Uricult kjølig (ikke i kjøleskap). Unngå temperatursvingninger. Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S - Asker.

...i balanse



Etablering av psykisk
balanse krever en
annen løsning

Terfluzin[®]

Trifluoperazinum

- angstneuroser og spenningstilstander
hvor inaktivitet er fremtredende symptomer.

Bivirkninger og kontraindikasjoner:
Vennligst se Felleskatalogen 1971/72.



rhodia

Pharma Rhodia

Sandviksveien 12, 1322 Høvik. Telefon 537803 og 533543