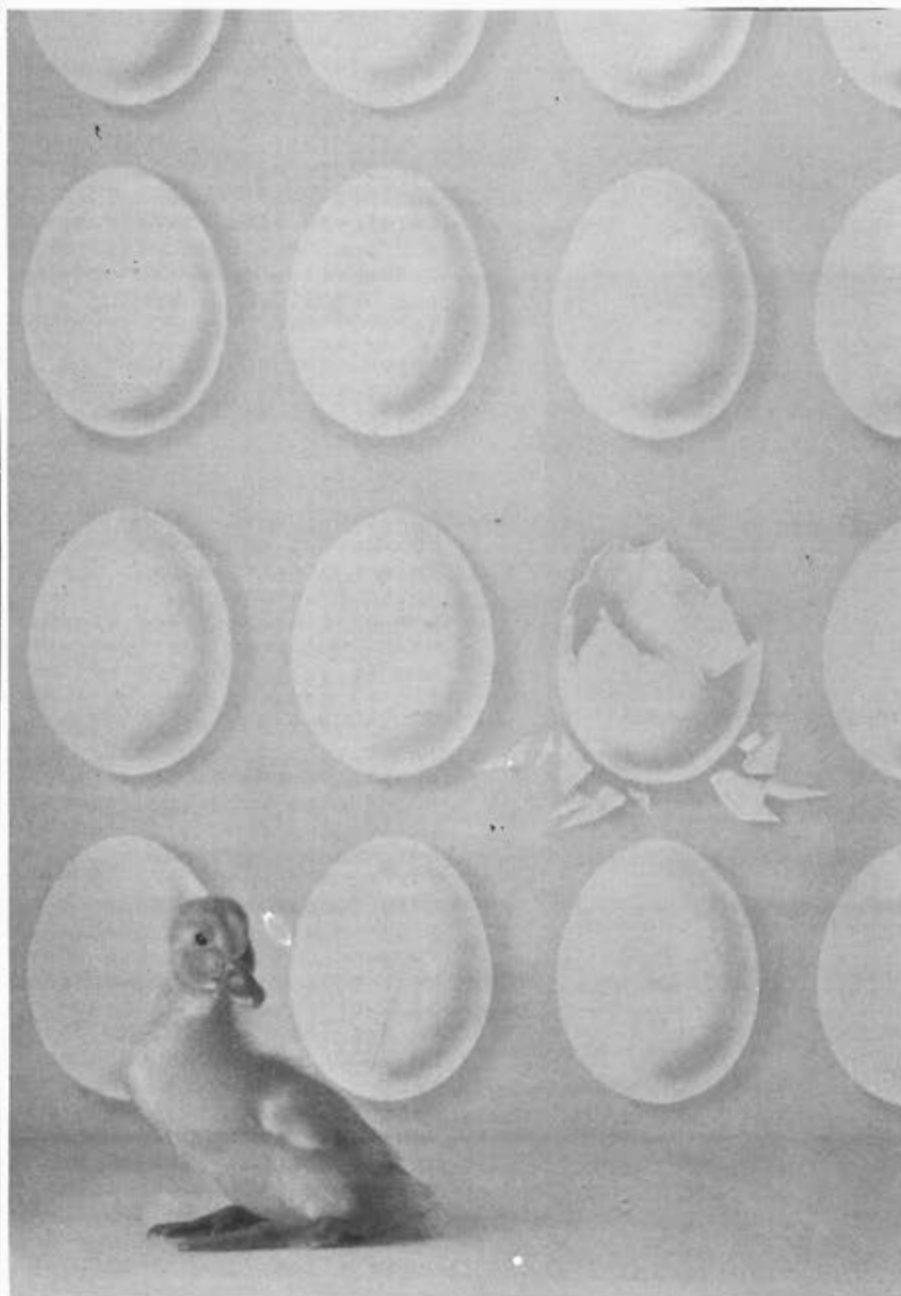


UTPOSTEN®

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

AV INNHOLDET:

| | |
|--|---------|
| Legens postkasse H. Siem | side 4 |
| Sosialreform- komitéens innstilling B. Aasen | side 6 |
| Medisiner- utdannelsen P. Wium | side 8 |
| Sosialreformkomitéen ute i hardt vær P. Wium | side 12 |
| Legesekretær- utdannelsen | side 13 |



En ny forening er ruget ut

Norsk forening for samfunns- og miljømedisin ser dagen 4. mai 1973. Foreningen tar sikte på å styrke den offentlige lege og helserådet i deres arbeidssituasjon, og akter å etablere sitt eget sekretariat og utgi tidsskriftet «Samfunns- og miljømedisin».

Velkommen til verden.

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

smm

samfunn • miljø • medisin

Norsk Forening for Samfunns- og miljømedisin er startet. Må hell og lykke følge den på ferden. Den har vært et lenge følt savn, i og med at hverken den Norske Legeforening eller Helsedirektoratet har kunnet makte oppgaven med å gi de lokale medisinske miljøarbeidere, nemlig helserådene, den livgivende vitamininnsprøyting som de lenge har trengt. Vær med en gang klar over at det nyutklekkede Columbiegg er helt uavhengig av Den Norske Legeforening og Helsedirektoratet, men vil søke å samarbeide med disse institusjoner og andre institusjoner til fremme for samfunns- og miljømedisin. Vær også klar over at det er ingen politisk pressgruppe som står bak dette foretagende. Beroliget blir man i så måte når man leser navnene på arbeidsgruppen som har forberedt stiftelsen, nemlig:

Fylkeslege Hans H. Tjønn som også vil bli foreslått som formann i foreningen, overlege Aud Blegen Svindland, distriktslege Klaus Rambøl, fylkeslege Edvard Fjærtøft, fylkeslege Marius Hoffgård, stadslege Dag Andreassen, overlege Jo Asvall og stadslege Ingemar Bøen.

Hva skal foreningen drive med?

Forslag til formålsparagraf lyder:

Foreningen skal virke innenfor samfunnsmedisin, human økologi og miljøhygiene og fremme opplysning og forslag innenfor disse og beslektede felter. I praksis blir dette et tidsskrift i første omgang i alle fall.

Tidsskriftet blir litt mer seriøst enn "Utposten" og heldigvis litt mindre seriøst enn Den Norske Legeforenings Tidsskrift. I første omgang vil det bli en forening for legger i det offentlige helsevesen samt andre legger og representanter fra andre yrkesgrupper med interesse for formålet.

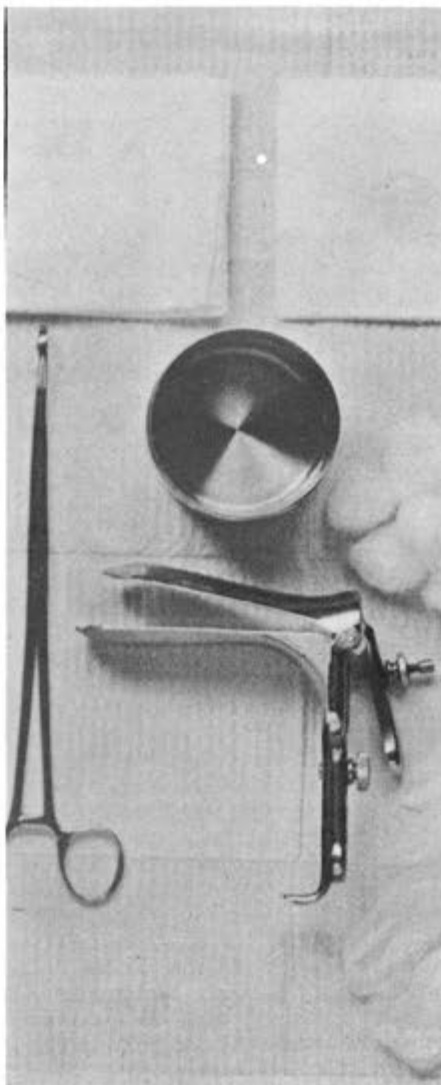
På denne måten vil jeg så innstendig jeg kan be mine kolleger i den offentlige helsetjenesten slutte opp om dette foretagende. Som vi tidligere har fremhevet i "Utposten", er det mye som er galt innenfor offentlig helsevesen i Norge i dag.

Her har vi et virkelig instrument som kan brukes dersom vi ønsker det. Den noe lunkne holdning fra offentlige leger som jeg tidligere har kunnet registrere i diverse sammenhenger, må nå brytes. Innenfor samfunns- og miljømedisin er det distriktslegene som kanskje kan gjøre mest og som har best greie på hvordan det skal gjøres på det lokale plan. Nu har vi muligheten til å koordinere vårt arbeid over hele landet og hvis dette ikke går med den nystartede forening, er det vel tvilsomt om man noen gang vil få det til. Jeg mener det her ikke skulle være nødvendig med den sidrumpede Ola Normann-skepsis.



Salg og service på utstyr til legepraksis

To av UTPOSTEN's redaktører stakk innom Medi-Nor's nye utstillingslokale i Oslo, Norges største permanente utstilling i legeutstyr, og ble mottatt på en hyggelig måte. Utstillingen var overblikkelig og pen, han som viste oss omkring, nevnte nok så tidlig at man ikke hadde tatt sikte på den praktiske - rende lege, men først og fremst sykehus - funksjons - hemmede og fysioterapeuter. Han hadde til dels vanskelig for å parere en del av de spark og fintinger som var rettet mot ham på grunn av legeutstyersforretningenes manglende service overfor primærlegene. Medi-Nor begynte jo med gode løfter til primærlegene, og forretningen har vokst seg stor og sterk allerede, - men har ikke kunnet oppfylle sine løfter. Det eneste de skal ha takk for, er sin meget oversikt - lige katalog som erstatter meget annet katalogmateriale. Nå vil vel situasjonen variere rundt om i landet, men mange kolleger har beklaget seg over at de vanskelig kommer i kontakt med kvalifiserte selgere fra legeutstyersforretningene. Delvis kan det også være vanskelig å få sendt utstyr raskt nok, og ofte kan det gå meget lang tid hvis lagrene er tomme, uten at man får beskjed om det. Prisene på utstyr er til dels ublu, små plastikkgenstander som i produksjon kun kan koste få øre, selges for kroner. Det er forbausende at forretningene selv ikke har innsett nytten og betydningen av bedre informasjon og service, sammenlignet med den farmasøytiske industri blir de i så henseende rene krambuer fra det 19. århundre. Det eneste begge grener har felles er som nevnt prisene.



*Vi sakser fra
Stavanger Aftenblad
8. desember 1972:*

LEGER OG HUSLEGER.

Herr Redaktør,
Legevitenskapen har i de senere år gjort store fremskritt. Jeg har allikevel en følelse av at utdannelsen i psykologi har stagnert for de legene som skal drive privat praksis. Den gode gammeldagse huslegen som samtidig med å være lege også var sjelesørger og hadde de rette ord å si i riktig tid, er etter min

erfaring forsvunnet og erstattet med mer forretningsmessige og kalde leger.

Nå må ingen misforstå meg dit hen at jeg mener at alle unge leger i dag er som noen maskiner uten følelse for sine pasienter. Det finnes sikkert mange som helt igjennom er fine og gode mennesker og som har valgt legeyrket nettopp fordi de føler trang til å hjelpe andre. Likevel synes jeg tendensen i tiden går mer og mer i retning av at det ikke lenger er pasienter som står i sentrum, men legens eget ve og vel. Jeg har selv opplevet å bli møtt med hån og spydighet av en ung lege som jeg ringte opp etter at han hadde sagt at min datter på 10 år led av en alvorlig sykdom. En slik oppførsel røper en så stor ukyndighet at selv om legen er flink rent faglig er han likevel etter min mening uskikket til å drive praksis. Derfor skulle jeg ønske at de unge leger i fremtiden får mer opplæring i å kunne behandle mennesker.

Nærbø, 6.12.72.

Olav Høyland

Det er litt for enkelt å feie slike innlegg bort uten å reflektere over viktige spørsmål. Er vi blitt mer forretningsmessige og kalde etter hvert? Tenker vi mere på vårt eget ve og vel enn på pasientene. Slike leger som beskrevet i inseratet har alltid eksistert dessverre, men er det fare for at gruppen blir større med de siste års utvikling. Jeg tenker her på den grenseløse begeistring for gruppepraksis som har fått utvikle seg de senere år nesten uten motforestillinger. Er ikke tiden nå inne til en nøyere selvransakelse for å finne ut hvor slike former for praksis har sin berettigelse og hvor man skal satse på en-legepraksis eventuelt helsesentra. Slik situasjonen er i dag dukker gruppepraksis opp som paddehatter velsignet av Legeforeningen. En-legepraksis lever tilbaketrukket og tør nesten ikke vise hode over åskammen hvor det er en gruppepraksis i nærheten. Selv om de kanskje på mange måter gjør en vel så stor innsats i helsetjenesten. Og helsesentrene er i startgropen under Sosialdepartementet hvor de foreløpig ser ut til å ha gravet seg lenger og lenger ned.

Hvorfor har legen ofte større postkasse enn andre?
Fordi han mottar mer post enn andre.
Hvorfor mottar han mer post enn andre?
- ?

Ja, mon noen egentlig kan svare på det. Ved siden av post som alle andre mennesker, brev fra slekt og venner, regninger, forretningsbrev, blad og aviser han har abonnert på, og som alle andre, de sporadiske reklamelapper som dyttes i alle postkasser, - mottar legen en betydelig mengde tilsendt post som han ikke har bedt om. I 1960-årene en gang hadde en norsk lege veiet opp det han mottok av hva han kalte for reklame i posten, og vekten i løpet av et år var visst 48 kg. Det er nesten utrolig at disse 48 kg skal være verd sin porto, for ikke si sin trykk som ofte er fremragende. Man mottar alt fra enkle reklameark til tykkere trykksaker. Selv om en del av denne informasjonen er verdifull, er mye overflødig.

Av de periodiske tidsskrift man mottar, skal nevnes: "World Medical Journal" som kommer ca. annenhver måned. Man har følelsen av at redaktørene sliter med stoff til dette bladet som skal distribueres til alle verdens leger. Man kjenner igjen artikkelforfatterne fra blad til blad, og man kjenner også igjen de avbildede fra blad til blad, og dette er stort sett publikasjonskomitéen. Ikke dessto mindre tar bladet for seg en rekke interessante emner som det diskuterer samvittighetsfullt.

Man mottar "Nordisk Medisin" som nå har kommet i ny design, etter hvert et riktig interessant blad med mange gode tema til debatt. De søste måneder har vi mottatt "Patient Care Scandinavia", etter mitt syn et utmerket blad med pedagogisk grundig forarbeidete artikler om aktuelle emner i almen praksis. Bladet fikk en kjølignende mottagelse av Legeforeningen da det ble diskutert i de sentrale organer, men det er så godt at det sikkert snart får en høy stjerne hos almenpraktiserende leger.

Når disse tre tidsskrift er nevnt, er også den mest verdifulle informasjon omtalt. En nedenfor listet mengde periodiske tidsskrift sendes

ut fra farmasøytisk industri, og den informasjon man der får, er enten lite aktuell for leger, eller preget av industriens ønske om å omtale (les selge) sine egne produkter sammenlignet med andre.

Først skal nevnes "Medical Tribune Scandinavia" som synes å være en svak kopi av det tidligere "Medical News". Bladet tar i avisstil sikte på å bringe medisinske nyheter lett tilgjengelig, men resultatet har blitt en rekke mindre interessante opplysninger, på første side stort sett hentet fra Skandinavia, kanskje først for å motivere oss til å lese bladet, men på de senere sider i bladet finner man ofte fengende overskrifter til meddelelser som er lite utfyllende.

Diverse sveitsiske og tyske firmaer utgir lekre trykksaker. Først og fremst må nevnes "Luitpold" som skjenker oss sine hefter med beskrivelse av kunstnere og kunstepoker med nydelig trykk, kun for å minne oss om firmanavnet.

"Image Roche" har spesialisert seg på å finne frem godbiter fra våre tilgrensede vitenskaper som de presenterer iblandet kunstartikler og medisinske artikler. Bladet er så godt laget at det er vanskelig å legge fra seg. Sandoz utgir "Sandorma" som vi kun mottar sporadisk, og så i avisstil, men med et tema for hvert nummer, og med mange godbiter. Artiklene er imidlertid av veksellende kvalitet, og det tar noe tid å komme gjennom en avis. Samtidig utgir Sandoz "Triangle" som formidler litt spesielle vitenskapslige artikler og delvis oversikter over grensefelt i medisin, alt fra inborn errors of metabolism til tumorvirus og diabetikerens liv. "Das Medizinische Prisma" utgis av Boehringer og har pr. nummer en oversiktsartikkel om sentrale medisinske problemer med en grundig presentasjon av forfatteren som som regel er en liten celebritet.

"Kliniske Visitter" kommer også fra Boehringer, distribuert fra Collett. Her er det takknemlig lett å kaste den innlagte reklame i papirkurven, og mange av bildene som gjelder stort sett hudforandringer og overflatekonfigurasjoner, er instruktive.

Legens postkasse rommer alt

Av Harald Siem



Forts. neste side

CLINICAL SYMPOSIA

Terapeutiske Fremskritt
FARMAKOTERAPI

Das Medizinische Prisma

KLINISKE VISITTER

Astra-nytt

Informasjon fra Astra



LØVENS
LITTERATUR
INFORMATION

Medical Tribune
International Edition
World news of medicine and its practice—fast, accurate, complete

Scandinavia

"Folia Traumatologica Geigy" bringer grundige artikler som kanskje kan bli noe lange å lese, men vel er meget verdifulle som oppslagsverk. "Therapeutische Berichte" fra Bayer bestreber seg på et pedagogisk opplegg med meget oversiktlige

meget oversiktlige tabeller og figurer, men detaljene kan bli mange, og det er vanskelig å skaffe seg en oversikt over innholdet før man eventuelt skal pløye seg gjennom hele teksten. Det blir derfor relativt lite lest, men som "Folia Traumatologica Geigy" kunne det tjene som et nyttig oppslagsverk hvis man fikk et register eller kode.

"Clinical Symposia" fra Sibagir oss regelmessig gleden av å studere Frank H. Netters oversiktlige anatomiske og patologiske tegninger. Disse tegninger med tilhørende tekst er alltid instruktive, mens artiklene i "Clinical Symposia" setter små spor etter seg. Her igjen kommer det relativt gode oversikter, men ofte med nye inndelinger innenfor et emne enn det man har lært før, differensialdiagnoser man ikke finner igjen når man trenger dem, og problemer med å få oversikt over artikkelen før man leser den.

Også skandinaviske firma fyller postkassen til legen. "Ph-acta for hele familien" har nok blitt mere et blad for legen og mindre hans familie etter hvert, men i alle fall mange legefruer er orientert om dette bladet. Løvens litteraturinformasjon bringer ekstrakter av tidskriftsartikler som formidler stoff fra forskningsfronten ferdigtygget til den travle almenpraktiker, slik at han kan holde seg orientert om fremskrittene. Jeg vil imidlertid sterkt beundre den almenpraktiker som klarer å bite seg fast i de facts han finner i disse referat, og jeg tror det er få som skriver etter mer utfyllende opplysninger hvis de interesserer seg for emner de finner her.

"Farmakoterapi", utgitt av Nyco, bringer artikler tilsvarende den faglige del av Det norske legetidsskrift, bare i bedre trykk, med flottere figurer.

Også i dette blad en del referater og oversikter, delvis av stor interesse og delvis uten interesse.

"Astra-nytt" er vel det dårligste blad som nevnes. Her

bringes stort sett artikler som handler om preparater eller konkurrerende preparater med samme indikasjonssområde som Astra's egen produksjon. Dette er farlig informasjon, må vel nødvendigvis bli ensidig.

"Terapeutiske Fremskritt", fra AL, bragte små kortfattede artikler om ofte aktuelle emner som var tiltalende på grunn av sin oversiktighet. Passende lesning på fergen eller bussen. Listen kunne gjøres lenger. I tillegg til disse tidsskriftpregete gratisbrosjyrer strømmer det inn en større mengde med såkalte reminders, enkeltblad og dobbeltblad, bøker på 4 til 150 sider som omhandler medikamenter som er kommet på markedet nylig eller er godt kjent. Stort sett overflødige brosjyrer som går rett i pappkurven. Trykksakene er til dels vel forsegget, med halvnakne damer som smører cortisonkremer av samme kvalitet som alle andre, på seg og snegler som kryper inn i sitt sneglehus og gjemmer på sin angst. Utgiverne må vel spekulere i vår underbevissthet og håpe på å trenge seg direkte inn der når vi skal gjøre vårt neste valg av medikament. Rådet blir derfor at legen skaffer seg en pappkurv i størrelse med sin postkasse og lar en del av brosjyrer og reklamematerial gå uåpnet ned i førstnevnte.

Harald Søren

Sosialreformkomitéens innstilling nr. II

Ein kommentar ved distr.l. B. Aasen

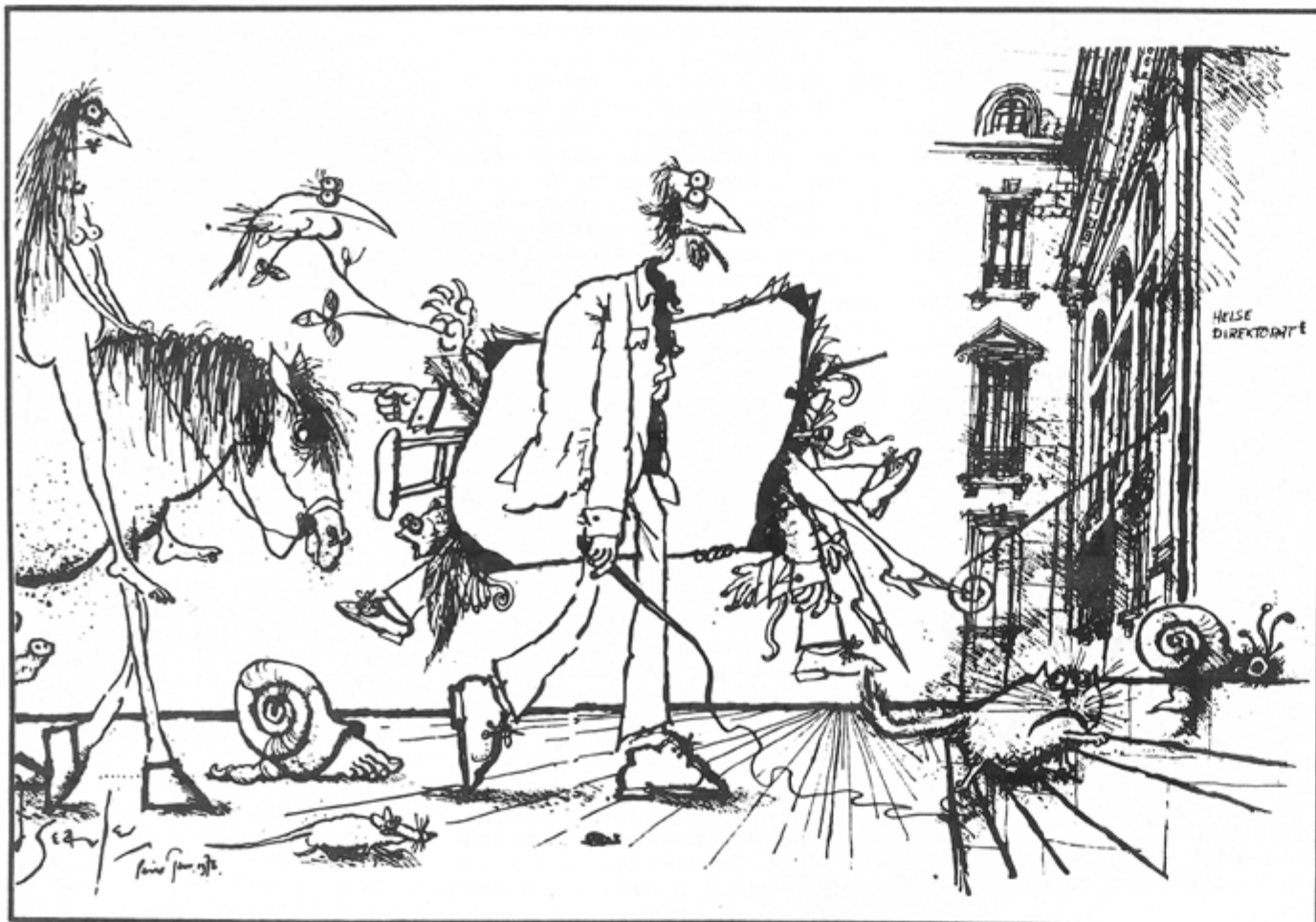
Sosialreformkomiteens innstilling nr. II var ferdig for ca. 1/2 år sidan, og eg har ikkje sett at UTPOSTEN har teke denne viktige innstillinga opp til debatt, sjølv om den vedkjem i særleg grad den offentlige lege, men også den privatpraktiserande lege sine arbeidsfelt. Kort sammenfatte gjeng komiteen inn for at helse-sosialvesenet i kvar kommune skal gjennomgå ei ganske radikal strukturendring. Sosialstyre, edruskapsnemnd, barnevernsnemnd og helseråd skal slåast saman til eit sosialstyre samansett av folkevalde representantar. Sosialstyret skal vere det planleggande og styrande organ for helse- og sosialpolitikken i kommunene, det

skal ikkje lenger handsame klientsaker, men meir stake opp vegen for det faglege organ, sosialutvalget, som er representantutvalg for fagpersonell i helse-sosialsektoren og skal vere samansett av seksjonsleiarane i det kommunale sosialsenter. Sosialutvalget sin aktivitet er forutsetningsvis lagt til eit helse-sosialsenter som skal bestå av minst tre seksjonar, helseseksjon, trygdeseksjon og sosialseksjon. Dessuten skal senteret ha eit felles administrativt sekretariat.

Eg vil ikkje take opp ein diskusjon om målsettinga av ei slik strukturendring, som er forøvrig trur har mykje godt i seg, men eg vil prøve å peike på enkelte punkt som

etter mi meining er ei svakheit ved innstillinga, og dessuten peike på ein del krav som vert stilt til helsepersonalet ved ei slik forandring.

Distriktslegen sin plass i helserådet saman med helse-søstrene har vore den viktigaste kommunikasjonslinje mellom fagpersonale og dei folkevalde. At distriktslegen i kraft av si stilling som helserådsordførar også blir tillagd politisk makt, har sikra at dei som sit med fagkompetanse og klientkontakten kan formidle og omsette sine erfaringar til politisk handling.



Vi får i fylgje innstillinga eit klart avgrensa skilje mellom det folkevalde, planleggande organ og det faglege, behandlande organ i helse-sosialsektoren. Sitat: "Komiteen antar at det er riktigst at lederne av sosialsenterets seksjoner ikke kan velges som medlemmer av sosialstyret. Det samme gjelder for de øvrige tje- nestemenn ved sosialsenteret som er faste medlemmer eller er forutsatt å møte i sosialutvalget.

I fleire kommunar har legen eller helsesøster sete i sosialstyret, medan sosialsjefen ikkje har stemmerett, men rett og plikt til å møte for å gi dei folkevalde faglig informasjon og støtte i klient saker.

Sosialreformkomiteen skriv ingenting om korleis dei tenkjer seg denne kommunikasjonslinja erstatta. Dessutan nemner dei ingenting om kva som skal skje ved store motsetningar mellom dei folkevalde og fagpersonalet.

Det kan vel seiast at fagpersonalet har plikt å standig gi dei folkevalde den nødvendige informasjon dei treng for å skape ei god helse- og sosialteneste, og dette vil igjen stille ganske store krav til fagetaten om utreiingar, behovs- og funksjonsanalyser, for at dei skal bli høyrd av politikarane.

Eit anna faremoment er at dersom politikarane aleine skal bestemme strukturen og målsettinga i helse-sosialtenesta, kan det lett bli slagside over mot lett løy-selege saker som viser igjen i "terrenget" etter ei periode i sosialstyret, som f. eks. store, fine sjukeheimar og svære helse-sosialsentra, medan det vert lite til overs for tiltak for eldreomsorg, sosialomsorg, ungdomsarbeid o.l. Tiltak som viser igjen og som frir til dei store velgarmassene, kan lett bli prioritert føre dei store hjelpebehov enkelte klientar har og som ikkje syner så mykje dersom dei vert løyste.

**SKRIV
SELV!**

Eg trur det vil vere rett å ta med seg ein del av det systemet ein har no der fagfolk også er tillagt politisk makt. Det må vere rett å få ein eller to representantar frå sosialutvalget i sosialstyret. Dette vil skape dei beste informasjonslinjer og den mest umiddelbare og skapande kommunikasjon. Ved at dei folkevalde har fleirtall i sosialstyret, vil det ikkje vere nokon fare for at folkeviljen ikkje skal sigre. Det er tross alt fagpersonalet som har den daglege kontakt med klientane som kan analysere behova på fagleg grunnlag, og dei bør då også få anledning til å ta del i det planleggande og styrande arbeidet.

Vi kjem her over på eit anna problem, nemleg kvaliteten på den informasjon helse-sosialsektoren gir dei folkevalde. Dette er tross alt det einaste grunnlaget dei har å treffe sine politiske



avgjerdsler på. Eg trur helsepersonalet har har svikta i stor grad, og at behovs- og funksjonsanalyser i m.a. almen praksis, sosial-, trygde-, arbeids- og skolepsykologkontor må settast i gong snarast for å sikre ei fornuftig prioritering av dei tross alt begrensa ressursar vi har til rådvelde i helse-sosialsektoren i dag. Initiativ til slike analyser bør kome frå den sentrale helseadministrasjonen som i lang tid har svikta si viktigaste oppgåve her. Mitt inntrykk er at dei baserer sin prioriteringspolitikk på mangel-

fulle informasjonar, men som kan hentast frå den primære helsetenesta. Gjennom slike analyser kan ein på nokolenger sikt oppnå ei styrking av den primære helsetenesta både fagleg og administrativt, dessutan vil ein kunne stille skriftleg bakgrunnsmateriale til disposisjon for dei folkevalde som dermed lettare kan foreta ei prioritering i tråd med dei behov som er i kvar enkelt kommune.

Eg har tidlegare oppfatta helse-sosialsentertanken meir som ei samarbeidsform mellom fagetatar enn eit bygningskompleks der ei rekke offentlege kontor har sete. Det var skuffande å sjå at Sosialreformkomiteen "forutsetter" at senterets seksjoner og sekretariat samles i en bygning." Eg trur dette vil føre til så store økonomiske lyft både for kommunene, fylke og stat at det synest urealistisk å stille eit slikt krav. Ein må ikkje tru at store bygningar med allverdens tekniske kommunikasjonssystem fører til auka samarbeid, og at ein ikkje kan ha helse-sosialsenter utan å vere samla i ei bygning. Den samarbeidsform som helse-sosialsentertanken står for, er på ingen måte avhengig av eit "sosialpalass", men av vilje og evne til kommunikasjon og samarbeid mellom dei ymse fagetatar til klientens beste.

Bjørn Aasen.



ET GAMMELT, GODT (MEN GLEMT?)
MIDDEL

Stomatitis aftosa er en ikke skjelden sykdom hos barn. Feberer blir jo som regel ganske høy. Den vanlige behandling er vel Kenakort T Munnsalve, evt. + penicillin. Imidler tid fører pensling med 5% Mercuorocromopløsning til rask bedring. Kommer man raskt til, er en pensling nok. Den er mer effektiv enn Kenakort og sparer for eldrene for mange penger.

9970 Mehamn, 17.4.73

Leiv Tormod Hansen
distr.lege

Skarpt lys på medisiner-utdannelsen

Ved Per Wium

Medisinerforeningen i Bergen innbød til diskusjon om medisinerutdannelsen på et seminar den 14. mars 1973.

Innledere var overlege Ødegård fra Helsedirektoratet, dosent Tønder fra Det medisinske fakultet og undertegnede.

Overlege Ødegård var først innleder og understreket i begynnelsen at medisinsk problematikk ikke kan adskilles fra generell samsunnproblematikk. Han mente deretter at det hadde skjedd endringer i den norske befolknings sykdomsbilde de senere år og man hadde flere mennesker med varige defekter og kroniske sykdommer enn før.

Diagnosen mente han var kommet mer i bakgrunnen de senere år, og at man nu prøvde å få et mer helhetsbilde av pasientens lidelse. Utviklingen innen medisinen har ført til at den tradisjonelle medisin har blitt mer og mer teknisk, og at man har fått en skjev fordeling av resurser til sykehusteknisk medisin kontra primærmedisin og sosialmedisin.

Han nevnte videre at legene på langt nær har noe monopol på helsearbeidet. De er nødt til å samarbeide med andre grupper innen helsesektoren, og samarbeidet bør få et større omfang på mange områder enn det har i dag. Som forutsetning for samarbeidet sa han at man må føle at man bør samarbeide og man må ha nogenlunde samme mål for å kunne samarbeide. Man må dernest akseptere den parten man skal samarbeide med og forutsetningen for dette er en faglig høy kvalitet og trygghet på sitt eget fag. Det må være muligheter for god kommunikasjon mellom samarbeidspartnere, man må ha evnen til å se de yrkesgrupper man skal samarbeide med



Hva er det dere pønsker på?

ut fra problemene de strir med og hvilke sterke sider de har.

Ut fra dette kan man finne ut hvem som skal lede arbeidet. Noe av årsaken til vanskelighetene i samarbeidet mente han var den isolasjonen som i dag preger medisinerstudentene. Han mente medisinerstudentene hadde altfor lite kontakt med andre yrkesgrupper innen sosial- og helsetjenesten, bortsett fra sykepleiere og fysioterapeuter selvfølgelig. Det er viktig at man allerede på et tidlig tidspunkt i medisinerstudie får et mer tverrfaglig preg slik at man ikke så tidlig blir låst fast i et spesielt mønster.

Videre mente Ødegård at studentene på et tidligere tidspunkt burde møte mennesker, ikke som anatomiske preparater, men i levende live. Han trakk her frem Tromsøopplegget som han hadde store forhåpninger til i så måte. Forskning i primær helsetjeneste er meget aktuelt. Det må ikke bare foregå på laboratorier. Spesielt innen epidemiologi er det mange store oppgaver å ta fatt på. Ødegård mente at man til nu har planlagt fremtiden på grunnlag av analyser fra tidligere tider og at man på den måten fikk en helsetjeneste som var tilpasset tiden 4-5 år tilbake. Når det gjalt helse- og sosialsentra mente han at et riktig nytt moment her er større vekt på forebyggende tiltak, noe som har vært altfor lite påaktet inntil nu.

Dosent Tønder fra Universitetet i Bergen, som også representerte Studieplankomiteen for medisinerstudie i Bergen, tok først for seg målsettingen for utdannelsen gjennom tiden. Han mente at i 1968 var målet å utdanne studentene til almenpraktiserende

leger. Denne målsettingen var nu avleggs fordi det mer og mer gikk over til en spesialisitet i og med at det var dannet en egen forening for alle privatpraktiserende leger.

Videre nevnte han at utdannelsen skal gi grunnlag for å utføre turnustjenesten. Den skal gi praktiske ferdigheter og teoretisk innsikt i stoffet. I Bergen har man forsøkt å evaluere resultatet av utdannelsen ved å henvende seg til nylig uteksaminerte kandidater i almenpraksis, men dette hadde etter Tønders utsagn vært nytteløst. Når studentene er ferdige med studiet og begynner i praksis hadde de ingen interesse av å føre tilbake noe av de svakheter som de så ved studieopplegget. Målsettingen anno 1973 ble satt opp i 4 punkter:

1. Hjelp studentene til kunnskaper og ferdigheter for å starte yrkesutøvelse i medisin (altså ikke primærmedisin spesielt).
2. Motivere studentene til å arbeide med mennesker.
3. Formidle en vitenskaplig innstilling til studentene.
4. Motivere studentene til å fortsette utdannelsen etter studiets avslutning.

Studieplankomiteen hadde for seg selv satt opp sin arbeidsoppgave således:

Ta initiativ til å utrede spørsmål av faglig og pedagogisk art for å utvide undervisningstilbud og studiemuligheter.

Koordinere og integrere studiet.

Kontrollere pensum, eksamen og undervisningsmengden.

Sørge for pedagogisk skoleing av lærere.

Jeg skulle så prøve å besvare spørsmålet om legeutdannelsen i Norge kvalifiserer til å være almenpraktiserende leger. Jeg mener at studentene i dag blir overkvalifisert til diagnosestilling og underkvalifisert til behandling av pasienter, spesielt på enkelte områder. Størst insuffisiensfølelse får man vel i belastningssykdommene. Man skal her bl.a. fortelle fysioterapeutene hva slags lidelse pasienten har, hvor lidelsen sitter, hva slags behandling fysioterapeuten skal gi, hvor lenge den skal vare og hvor

mange behandlinger som skal gis. Dette har medisinske kandidater i dag ikke forutsetning for, og når man ser på antallet pasienter med belastningssykdommer, er det opplagt at man må satse vesentlig mer her.

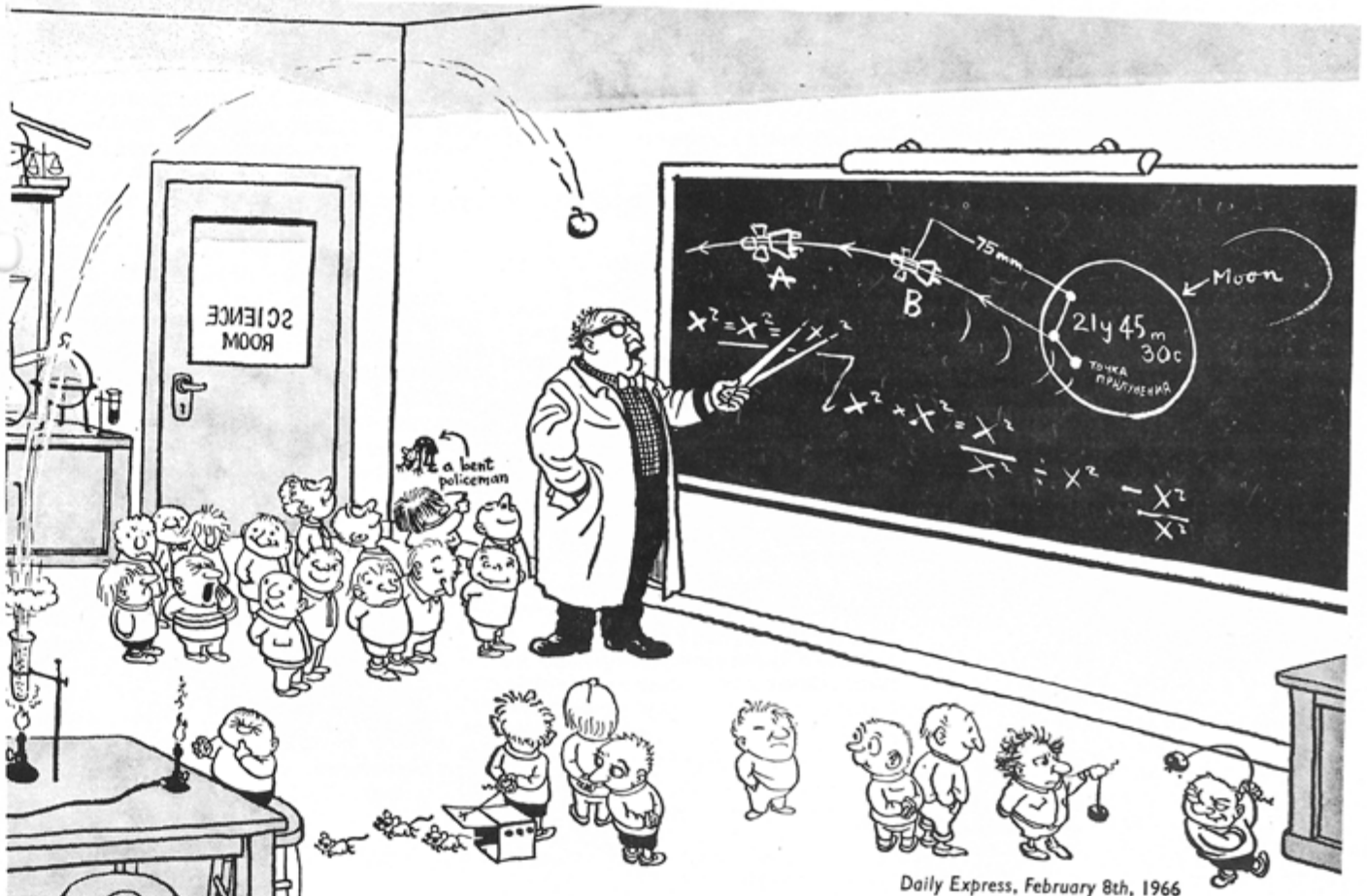
Dernest gikk jeg over til å beskrive universitetens "hjertesaker".

Det består i teknisk utstyr og spissfindigheter, spesielt innen hjertesykdommene er det utrolig hvor mye fine sjeldne ting man kunne få servert fra toppspesialistene mens de elegant hoppet over viktige ting i almenpraksis. F.eks. hjertenevrosene som sykehusspesialistene muligens kan få ut av døren på en grei måte, men som vi i almenpraksis er tvunget til å måtte hjelpe på en eller annen måte hvis vi ikke skal bli nedrent natt og dag. En annen innvending mot det medisinske studiet var med hvilken overfladiskhet preventiv medisin ble behandlet. F.eks. skolebarnundersøkelse, arbeidet på kontrollstasjonen for mor og barn, bedriftslegeundersøkelse og praktisk prevensjonsveiledning. Medisinsk økonomi og resurs-

utnyttelse var vel overhode ikke nevnt i løpet av medisinerstudiet. Det synes ikke å være grenser for hvilke økonomiske midler man har på sykehusene når det gjelder prøvetaking og behandling, og jeg tror de færreste sykehusleger tenker over hva det koster hver gang de rekvirerer undersøkelser og behandlinger. I dette systemet blir alle medisinerstudenter oppfratt og det er da ikke rart at de yngre legene tar med seg indikasjonene for bl.a. laboratorieprøvetaking ut på utkantøya si, hvor forholdene er totalt anderledes. Hvis målsettingen av det medisinske studiet var å utdanne leger til primærpraksis, primær helsetjeneste, hvorfor er det da ikke tatt inn praktisk drift av legekantor i studiet?

Jeg kritiserte dernest endel sykehuslegers holdning til pasienter. De har veldig liten forståelse for å takle pasientenes problemer, spesielt de som kommer fra utkantstrøk og som er totalt ukjent i hele det kjempemessige sykehusapparat som f.eks. på Rikshospitalet i Oslo.

«Basalfag har størst betydning ved utdannelsen av leger»



Daily Express, February 8th, 1966

I studiet savnet jeg videre samarbeidet med andre institusjoner i sosialtjenesten og helsetjenesten. Kunnskap om de forskjellige institusjoner, hva de sto for, hva man skulle bruke de til og hvordan man skulle bruke de. Jeg synes man i medisinerstudiet skulle kunne oppsette spesielle krav til samarbeidet mellom folk innen helsevesenet. At man var villig til å yte en viss minsteservice innen hele systemet. Konferer epikriser fra sykehus.

Videre ble det påpekt at hele studieopplegget i dag inviterer studentene til å drive med forskning i og med at de øverste på de forskjellige institutter plukket ut spesielt egnede studenter hele veien oppover studiet til forskning innen spesielle felt. Her stiller primærhelsetjeneste sist i rekken i og med at studentene til for ganske få år tilbake kom i kontakt med denne form for legepraksis først på slutten av turnustjenesten. Man har nå fått 2 institutter for almenmedisin, men universitetene har ikke sett seg istand til å kunne yte økonomisk støtte til dette. Det mener de er helt uviktig. Jeg forstår ikke at Det medisinske fakultet på den ene siden kan sette opp i sin målsetting for medisinerstudiet, at man skal utdanne almenpraktiserende leger, og på den andre siden nekte bevilgninger til institutt for almenmedisin. De medisinske fakulteter har altså nektet at man skal få almenmedisinere til å utdanne studentene, man mener altså på det hold at de kliniske spesialister har fullstendig oversikt over hva primærmedisinen i dag vil si. Det var patetisk å høre våre professorer fortelle om de givende 3 måneder i distrikt i løpet av hele sin medisinske karriere. Slik systemet er i dag kan altså de øverste lederne ved prekliniske og kliniske institusjoner plukke til seg de studentene de vil ha til videre forskning opp gjennom hele studiet. Det innebærer vel at man ikke akkurat får de aller best kvalifiserte leger ut i primærmedisinen. En viss bedring har det vel blitt i og med utenlandsstudentene som kanskje ikke har hatt samme nesegruse begeistring for forskning slik at studenter utdannet i Norge på grunn av seleksjonen har hatt

En gammel professor fra Sveits synes jeg hadde det rette syn på tingene da han mente at de beste og mest kvalifiserte leger burde ut i primærhelsetjeneste. Dette var stedet der pasientene fikk det første møte med helsetjenesten og man måtte ver satse på absolutt det beste man kunne oppdrive av medisinsk personell.

Innen sykehus og forskningsinstitusjoner kunne man så plasere de som ikke var fullt så godt kvalifisert. De var her alltid under oppsikt og kunne ikke gjøre så mye galt. Jeg mener at man må få flere almenpraktiserende leger inn i studieplankomiteene for å kunne komme videre.

I debatten etterpå kom studentene mye inn på de store vanskelighetene man hadde med å skaffe leger til utkantstrøkene. Man var redd for at Stortingsmelding nr. 85 ville bety en sentralisering av helsevesenet. Professor Bertelsen kom også inn på vanskene med å få legene ut i utkantstrøk. Han mente de fleste studenter synes det var en straff, bo i utkantstrøk og mente at dette kunne rettes på ved å få en bedre geografisk fordeling av utvalget av medisinske studenter. En annen komponent som skremte folk fra å ta arbeid i utkantstrøk, var den altfor anstrengende arbeidsdag.

En utsending fra medisinerstudiet i Oslo mente at det var vanskeligheter med turnusplasser, og var meget bekymret over at det har vært diskutert å sløyfe turnustjenesten. Han stilte seg tvilende til forskning i almenpraksis og synes det var synd at kapasiteten på medisinerstudiet ikke var mer utnyttet enn den var. Noen studenter kom inn på strukturrasjonaliseringen, at medisinen ikke var engasjert i interessekonflikten mellom privatkapitalistene og arbeiderne. De var engstelige på grunn av rekrutteringen til medisinstudiet var fra den øvre middelklasse. En medisinerstudent anklaget de medisinske lærere i Bergen for å være lite samarbeidsvillige. Medisinerforeningen hadde innkalt til seminar angående bruk av psykopharmaca hvor representanter fra fakultetet var innbudt men ingen møtte opp fra Det medisinske fakultet.



Andre studenter mente målsettingen med å utdanne studentene til almenpraktikere var god, men at studieopplegget totalt hadde forfeilet. Man måtte gå mer inn for å lære om sykdommer som folk lider av.

Dosent Tønder svarte på beskyldningene om at det medisinske fakultet i sitt opplegg hadde forfeilet sitt mål, nemlig å utdanne almenpraktikere. Han sa der at det var vanskelig å prioritere hvilke fag man skulle ta med og hvor mange timer de enkelte fag skulle få. Han hadde snakket med noen som mente at det febrile barn hadde man hatt for lite om, infeksjonssykdommer var for lite omtalt og mente at prioriteringen av fag innen medisinen og spesielt medisinerstudiet var vanskelig. Hvis man imidlertid var interessert i å utdanne almenpraktikere, ville det ikke være vanskelig å finne ut sånn nogenlunde hvor mye almenpraktikere brukte av tid på de forskjellige sykdommer og ut fra f.eks. Guttorm Bentsens eller andres undersøkelser av hvilke sykdommer som kommer til konsultasjon og i hvilket antall, skulle det være en lett sak å få et nogenlunde oversyn over hva man driver med i almenpraksis, selv om man ikke har med almenpraktikere i opplegget mener undertegnede.

Og med dette var debatten blitt såpass lang at de fleste tilhørerne hadde gått, og møtet ble avsluttet.

Symposium om Hypertensjon

28. april 1973

på Universitetet,
Blindern,
Oslo



EKG-kurs i Bergen

For første gang i historien EKG-kurs i Bergen våren 1973. Over 70 søknader, opptak 25. Et etter min mening meget

vel gjennomført kurs med ferdig opptrykte eksempelsamlinger i EKG.

Vi gjennomgikk en tre-test for å finne kunnskapsnivået som viste seg å være meget varierende. Undervisning med teori og gjennomgåelse av praktiske eksempler, et for meg ukjent begrep "eplepauser" ble meget vel mottatt. De bestod av 5-10 min. pauser hvor man i stedet for den klassiske røyk eller kaffepause gikk ut og spiste et eple for deretter å komme frisk og opplagt til neste EKG-eksempel. Som kjent holder eplene doktoren borte og det er jo også en fordel av og til.

En liten ulempe er det ved alle kurs, om det skyltes deltakerne eller de indremedisinske spesialister skal være usagt, men litt for mye spissfindigheter elektrocardiografisk ble det vel kanskje. Det synes å være en generell tendens hos alle medisinerne at man er mer interessert i det superspesielle enn det generelle og matnyttige. Et spørsmål til komiteen til disse kursene. Er det mulig å desentralisere til fylkessykehusplan? Det er mye som tyder på at søkningen til kurset blir meget stort i fremtiden også. Jeg vil takke professor Hummerfeldt, dr. Egernes og dr. Ohm for et utmerket gjennomført kurs.

Per Wium

Gigantisk opplegg. Over 600 deltagere. 25 % av almenpraktiserende leger i Norge, 10 % av landets leger. 40 av de deltagende leger kom fra landet nord for Bodø.

Symposiet var preget av forståelse for behandling av hypertensjon i almen praksis. Professor Sigurd Hummerfeldt sa bl.a. at en serie målte blodtrykk sittende på kontoret kan gi indikasjon for behandling, og at det er god relasjon mellom dagens gjennomsnittstrykk og det første målte systoliske blodtrykk hos primærlegen. Man opplever ofte at pasienter har vært innlagt på sykehus hvor blodtrykket har normalisert seg etter noen dagers sengeleie, og de er sendt hjem, merket frisk. Det er all grunn til å være oppmerksom på disse pasientene og snappe dem opp igjen for å gi dem fortsatt behandling. Når det gjelder høyeste tolerable blodtrykkverdi, mente han at man godt kunne gå 5 mm høyere på kvikksølvskylen når det gjaldt behandling av kvinner enn menn på grunn av tykkere overarm.

Vi fikk redegjort for Oslo-undersøkelsen av dr. Leren og medarbeidere.

Salg av diuretika og Alfa-methyl-dopa overstiger 10 mill. kroner i Norge i dag.

Det er i dag godkjent prosedyre å påbegynne blodtrykkbehandling for å vurdere effekten før man evt. avklarer hvor vidt det foreligger sekundært blodtrykk. Kun ved lavt kalium, unge pasienter og terapieresistente pasienter synes det umiddelbart behov for primær avklaring. Symposiet var preget av vakkne tilhørere, ivrig diskusjon. Fjernsynet brøt inn og ødela en del av en forelesningene.

Det gikk tydelig frem at man har håp om stor gevinst ved behandling av grenseblodtrykk, men panelet ved diskusjonen var ikke villig til å diskutere innsats på dette felt i en helseøkonomisk sammenheng. Hvilken prioritet bør tidlig behandling av esensielle hypertensjon ha sammenlignet med andre helseoppgaver?

Symposiet ble avsluttet med en særdeles vellykket bankett. Når 600 leger med fru er møter frem, treffer man jo alltid en rekke kjente. Symposiets innhold vil bli publisert og anbefales som lesing omkring blodtrykkbehandling i almenpraksis.

Sosialreformkomiteens 2. innstilling med god tanke om integrering av helse-, sosial- og trygdetjenestene i kommunene er ute i høy sjø. Tidligere har helserådene protestert kraftig mot å bli radert ut av kartet, og den 4.1.73 kom Trygdekantorenes Landsforenings uttalelse angående samme innstilling, og vi tillater oss å sakse noen gode poenger fra denne innstillingen:

Trygdekantorenes Landsforening mener at man må ha en mer utstrakt og organisert forskning omkring problemene for å kunne finne ut hvor, når og hvordan man skal sette inn sosialpolitiske virkemidler. Den sier seg enig med Sosialreformkomiteen i at det må igangsettes forsøksvirksomhet.

Videre savner Landsforeningen en analyse og kartlegging av de trygdesaker som har berøringsfelter til andre sosiale organer og først og fremst da til sosialkontoret. Uten at man har undersøkt dette, mener Landsforeningen det er sviktende vurderingsgrunnlag for å kunne ta stilling til omfanget av samarbeid. Videre nevnes tanken om å gjennomføre ordning med garantert "minsteinntekt" og mener trygdekantorene er utmerket skikket til å overta ansvar og administrasjonen av en slik ordning lokalt. Utredningen kommer videre inn på prioritering innen dette området og mener at man skal være forsiktig med å foreta en kostbar omlegging av administrasjonsapparatet når viktige saker som utbygging

ringsskisse samarbeider under behandlingen av sammensatte "saker". Dette har etter erfaringer til nu vist utmerkede resultater. Til slutt understreker Trygdekantorenes Landsforening at de stiller seg i alle henseende positivt til et organisert samarbeid mellom trygdekantor og helse- og sosialvesenets organer i kommunen. Av konkrete saker som de mener man kan få fatt på allerede nu uten store administrative omlegginger og forsøksmessige utredninger, er felles representasjon i sosialstyret og trygdekantorstyret, slik at minst en person er medlem av begge organer. Opprettelse av samarbeidsorgan for behandling av sammensatte "saker". Trygdekantoret bør kunne benytte helse- og sosialvesenets faglige ekspertise i nødvendig utstrekning under saksbehandlingen.

Felles opplysnings- og informasjonstjeneste, at man som ledd i en naturlig utvikling tar sikte på å bringe trygdekantorets, sosialkontorets og det offentlig helsevesens lokaler inn under samme "tak" eller på annen måte i hensiktsmessig nærhet av hverandre. Man understreker her at Trygdekantorenes Landsforening er mer tilhenger av et organisert samarbeid i stedenfor et integrert samarbeid i et felles senter.

Jeg siterer fra uttalelsen:

"Det er en kjennsgjerning at de saksområder som naturlig soterer inn under henholdsvis helserådet, sosialkontoret og trygdekantoret, stort sett har forskjellig karakter og at det ville være både rasjonelt og pasientens/klientens/den trygdedes interesse at saken blir behandlet av vedkommende fagorgan. Ikke minst taler hensynet til rettsikkerhet og til hurtighet i saksbehandlingen for et slikt system." Samarbeidsmekanismen" tas på sin side i bruk de tilfeller hvor det er reelt behov for dette".

Når det gjelder samarbeidet på fylkesplanet, blir dette berørt ganske lett i uttalelsen men de gjør oppmerksom på at en koordinering på fylkesplanet i dag allerede er gjennomført til en viss grad gjennom fylkesnemda, der bl.a. fylkeslegen, fylkesarbeidssjefen og som regel en trygdesjef og/eller en sosialsjef er medlemmer. Et trygdesekretariat er tillagt saksforberedelsen før fylkesnemda.

Sosialreformkomiteen ute i hardt vær

Jeg leser videre:

"Det går tydelig frem av komiteens innstilling at utredningsarbeidet har vært konsentrert om den kommunale sosiale etats virkemidler og problemer. Om dette har komiteen foretatt en bred kartlegging, analyse og vurdering, og den har lagt frem et materiale som bør gi grunnlag for en vidtgående omlegging og effektivisering av den sosiale administrasjon og de sosiale styringsorganer i kommunene. På den andre siden synes komiteens forslag om å integrere sosialkontoret trygdekantoret og den offentlige helsetjeneste i kommunen i et felles "sosiالسenter" å mangle det nødvendige grunnlag av kartlegging, analyse og vurdering når det gjelder helsevesenets og trygdekantorets funksjon, oppgaver og virkemidler. Komiteens beskrivelse av trygdekantorene er i høy grad ufullstendig og skjev. Dette gjelder både oversikten over et trygdekantors arbeidsoppgaver, og i særlig grad beskrivelsen av saksbehandlingen i trygdekantoret."

av sykehjem, hjemmehjelpsordningene, daginstitusjoner for barn og kanskje spesielt attføringsapparatet er så dårlig utbygget som de er i dag.

Når det gjelder forsøksvirksomheten understreker Landsforeningen at den må omfatte forskjellige løsninger tilpasset spesielle forhold i kommuner av ulik størrelse, og med forskjellig befolkningsmessig og næringsmessig struktur. Et spesielt siktepunkt med slik forsøksvirksomhet bør være å foreta en analyse og vurdering av forholdene i små kommuner spesielt. Trygdekantorenes Landsforening nevner eksempler fra Sverige der man foreløpig har forkastet tanken om integrering av forsøkskassene i de øvrige sosiale helsemessige og arbeidsmarkedsorganer, og at man i stedet har satt igang forsøksprosjektet med sikte på å finne frem til beste samarbeidsformer. Spesielt nevner man her de såkalte sosiale "samarbeidsgrupper" der tjenestemenn innen sosialomsorg arbeidsformidling og forsøk-

Nå har altså helsetjenesten i helserådernes skikkelse og trygdekontorene kommet med vesentlig innvendinger på vesentlig områder omtalt i Sosialreformkomiteens 2. innstilling. Det er vel tvilsomt om denne opprinnlige Sosialreformkomiteens 2. innstilling kan ha særlig nytte for politikerne når de skal ta stilling til den fremtidige helse- og sosialtjeneste utover i vårt land. Hvis man imidlertid tar med Stortingsmelding nr. 85, samt kritikken fra Legeforeningen og fra Offentlige Legers Forening på denne og Sosialreformkomiteens innstilling nr. 2 med kritikken fra trygdekontorene og offentlig helsevesen, kan det vel hende man kan tegne seg et noe uklart bilde av hvordan man best skal løse hele problemkomplekset. Vi får håpe våre politikere har godt tåkesyn.

Per Wium

Legesekretær- utdannelsen

I 1-2 måneder kan man ha en elev på kontoret. Hun bør opplæres 1 uke, da de praktiske ferdigheter ikke er i den grad at de direkte kan steppe inn i arbeidet. Spesielt kanskje treningen i venepunksjon og hurtigheten i taking av prøver er litt for liten. Men etter 1 uke kan man rolig sende sin vanlige kontor eller laboratoriesøster på ferie i de fleste tilfeller.

Et annet viktig moment er den ekspertise som disse elevene sitter inne med og som sikkert kan være et friskt pust for det personale man har på kontoret fra før av. Jeg vil oppfordre så mange som mulig av legene i den primære helsetjenesten til å benytte seg av tilbudet. Det skulle ikke være nødvendig for skolen som har relativt få elever å ha vanskeligheter med utplasing i praksis. Bare gjør henvendelse til kurslederen, Grete Hegrenes på Oslo Yrkerskole og du har nesten ordnet 1 ukes vikariat for din kontorsøster.

Fra 1968 har man ved Oslo Yrkerskole utdannet legesekretærer. I dag har man også muligheter ved Tromsø Yrkerskole og Trondheim Yrkerskole. Målet er å utdanne medisinsk kontorpersonale for almenpraksis og sykehus og utdannelsen er 1-årig. Oppgavene en legesekretær utdannes i, for å kunne være i almenpraksis, er meget omfattende og jeg kan bare henvise til listen gjengitt i et av de første av årets tidsskriftnummer for Den Norske Legeforening. Et skjønnsomt utvalg kan være nødvendig:

Timebestilling.
Utføring av mest vanlig laboratorieprøver, bl.a. dessverre Sicca til Hgb.måling, farging av utstryk for blod, venepunksjon, EKG.
Det er lagt stor vekt på opplæring i maskinskriving. De gjennomgår et 30 timers førstehjelpskurs, hygiene er gitt hele 20 timer.
De har hele 70 timer anatomi og fysiologi og dette må vel kun være for å unngå mindre-

verdighetsfølelse overfor våre sykepleiere som forevrig også etter min mening har altfor mye anatomi.

I løpet av tiden på skolen skal de ha en praktikanttid på 8 uker hvorav minst 4 uker skal være i almenpraksis, og det var i grunnen det jeg skulle fortelle om.

Våren 1972 hadde Sandøy, Aukra og Midsund, representert ved de respektive distriktsleger, den glede å ha hver sin legesekretærspirant fra Oslo Yrkerskole. Jeg har hørt fra skolens leder, Grete Hegrenes, at det har vært visse problemer med å plasere ut elevene. Dette kan jeg ikke riktig skjønne og jeg tror det må bero på at legene ute i primær legetjeneste ikke er oppmerksom på tilbudet.



Godbiter fra 21. Kollegiale kurs ved Drammen sykehus

Generell anestesi er en tilstand hvor bevissthet, smerte og mange reflekser er borte mens respirasjon og kretsløp affiseres relativt lite.

Krav til anestesøren:

Bør helst være spesialist i anestesi eller i alle fall ha tilstrekkelig lang erfaring fra arbeid på en anestesivdeling til å kjenne anestesimidlenes virkninger og bivirkninger, kjenne til komplikasjoner som kan oppstå samt kjenne til å kunne bruke de medikamenter og det utstyr som skal til for å takle de oppståtte komplikasjoner.

Krav til utstyr:

Operasjonsbord hvor hodeenden kan senkes raske.

Narkoseapparat eller O₂-kolbe Effektivt sug.

Maske-bag til overtrykksventilasjon.

Svelgtuber og trachealtuber i forskjellig størrelse.

Laryngoskop. Magill's tang eller annen tang.

Man plukker fra de rikes bord. Emne "Generell anestesi i praksis" foredratt av en anestesilege eller en som har lyst til å bli det.



Kurset var beregnet på leger i alminnelig praksis, - hvor - for kunne han ikke sagt med en gang generell anestesi brukes ikke i almenpraksis. En av de eldste legene i forsamlingen skjønte ikke riktig dette da han gjennom flere år hadde gitt eternarkose til fødende kvinner uten noen som helst komplikasjoner. Han ble avbrutt, karakterisert som en stemme fra graven av en suveren spesialist i anestesi i forsamlingen. Er vi iferd med å få et spesialistvelde innen legekretser her i landet hvor leger av forskjellig spesialitet nærmest ikke kan snakke med hverandre lenger. I såfall vil jeg sterkt anbefale disse spesialister snarest mulig å komme seg ut i almen praksis for å gjenvinne kontrollen.

Red.



Dette spørsmål ble jo tatt opp for en tid siden i UT - POSTEN. Nå leser en i Tids - skriftet nr. 6 1973 en artikkel om det samme. Jeg sitter: Hofteleddet er lett vulnerabelt i den første tid etter fødselen p.gr.a. anatomiske og fysiologiske forhold, og bør derfor behandles meget varsomt.

Mye taler for at vi bør unnlate enhver ekstensjon og adduksjon av nyfødtes hofter og derfor gå bort fra den tradisjonelle lengdemåling og heller måle barnets lengde fra isse til sete. (Sitat slutt).

Artikkelen er skrevet av Ingjald Bjerkreim, Sophies Minde.

Hva skjer? Jo, man fortsetter å måle barnets lengde som før som om ingen ting var skjedd. En artikkel skulle vel få folk som sitter i sentrale stillinger til straks å sperre øynene opp og til alle landets leger sende ut et direktiv om ikke å øve vold på barnas hofter, dvs. gå over til å måle isse-sete.

Vi har mange stygge tilfeller i historien som viser legestandens manglende evne til å innse egne feil. La så ikke det sies om oss at vi påfører små barn hofteleddsdysplasi på tross av at vi visste bedre.

Leiv Tormod Hansen
distr.lege

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.

Økonomi:

Økonomiutvalget har avgitt sin innstilling den 6. mars 1973, publisert i Tidsskriftet for DNLF nr. 11 - 1973. Kritiske bemerkninger som skal publiseres i UTPOSTEN, bes innsendt før 25.mai. Til belysning av lønnsplussinger av leger, anfører innstillingen blant annet sykehuslegers lønnsplussing og distriktslege I og distriktslege II, hvorfor ikke distriktslege III og distriktslege IV? Det anføres at overleger og assisterende overleger har anledning til å drive praksis begrenset oppad til ca. 7 timer uken, ikke et ord om den utstrakte polikliniske virksomhet i og utenfor arbeidstiden blant sykehusleger. Ikke et ord om sykehuslegers deltagelse i den primære helsetjeneste i form av korridorpraksis og legevaktkjøring.

Innstillingen antar at et etableringsfond vil sikre oss en kvalitativt akseptabel primærtjeneste, som vil rekruttere godt nok til også å kunne gi en tilfredsstillende geografisk spredning. Innstillingen inneholder i kapittel 1401 en innstilling fra et mindretall som vel er de med mest kjennskap til den primære helsetjeneste i utvalget.

Les innstillingen og kommenter den før landsstyremøtet i juni.

15. Nordiska Ämbetsläkarmötet

Mötet arrangeras i Ekenäs, Finland, den 9.-11. augusti 1973.

Mötesplats är den pittoreska staden på den finländska sydkusten. Mötesdeltagarna inkvarteras i Ekenäs och i Hangö på Finlands sydligaste udde. Avståndet mellan städerna är c. 3 mil. Båda städerna har övervägande svenskspråkig befolkning, vilket beräknas bidra till de gästande nordiska mötesdeltagarnas trivsel. Vid behov ordnas specialtransporter mellan kongresshotellet och Helsingfors hamn/flygfält, Åbo hamn/flygfält eller färjhamnen i Nådendal.

Mötets program i huvuddrag:

- 9.8. Ankomst, mötet öppnas, förbrödringsafton
- 10.8. Mötesförhandlingar. Tema: Turism och epidemiska sjukdomar. Inledningsanföranden av företrädare för de olika nordiska länderna. Diskussion
- 11.8. Tema: För- och nackdelar i utvecklingen mot fri hälso- och sjukvård
Mötet avslutas

Parallellprogram samt rekreationsprogram alternerande med föredragen arrangeras. Planer föreligger även på särskilt program för barn i skolåldern om tillräckligt antal kongressfamiljer anmäler intresse på förhand.

Inkvartering på hotell, motell eller pensionat i prislägen som ej överstiger vanlig skandinavisk prisnivå.

Anmälan om deltagande i mötet önskas såvitt möjligt senast den 31 maj. Anmälningsblanketter kan rekvideras av byråsekr, Lars-Einar Floman, adress Finlands Läkarförbund, Gräsviksgatan 4, SF-00180 Helsingfors 18, som också tar emot förhandsanmälningar och ger närmare uppgifter på begäran.

Reumatiske sykdommer
akutte inflammasjoner

Confortid

INDOMETACIN TIL LAVESTE PRIS

Kapsler Mikstur Suppositorier

Barn bør ikke behandles med indometacin. Foreiktighet bør utvises ved langtidsbehandling med nøyaktighet på bivirkninger. Indikasjon, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

DUMEX



En tablett i kveld kan forebygge høyfeber i morgen

Phenergan[®]

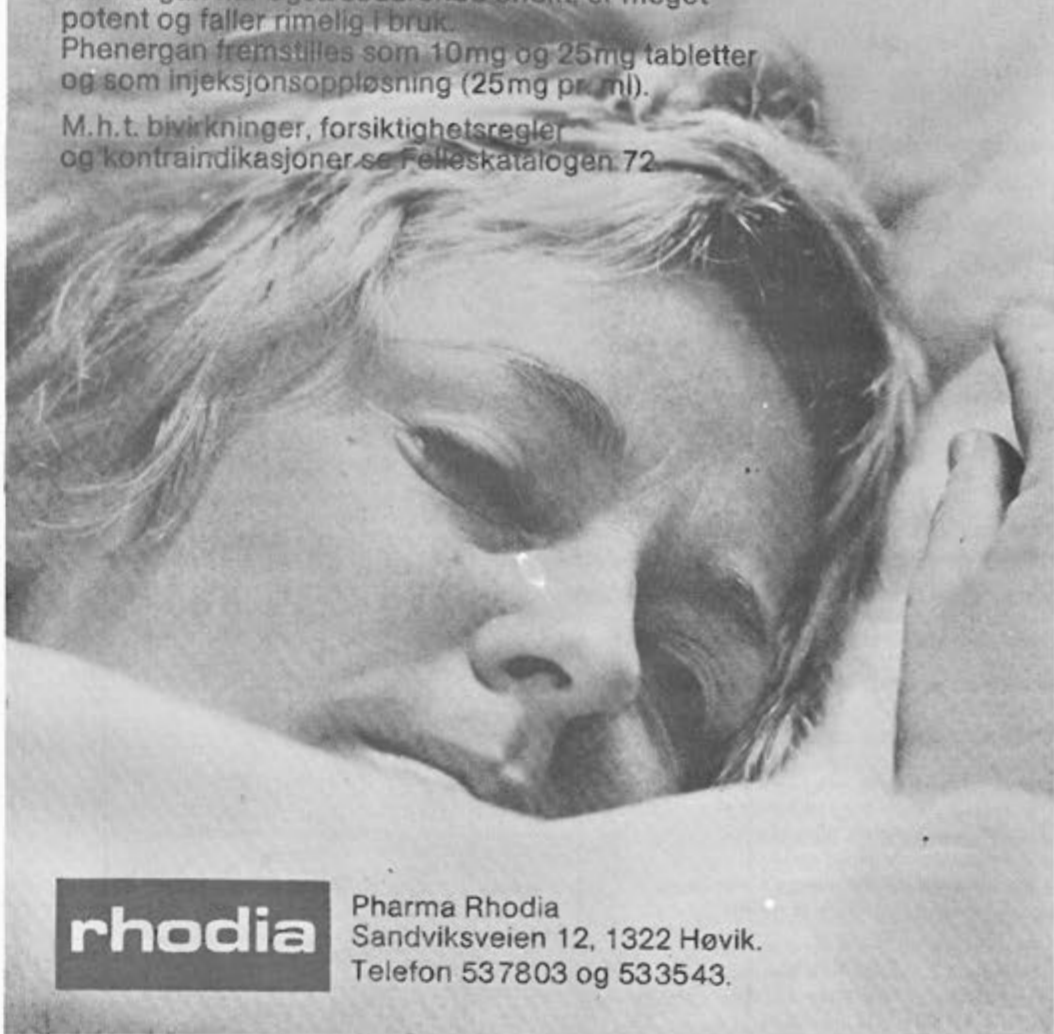
Pyramethazin

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.