

MONIA SONDENVIA⁰

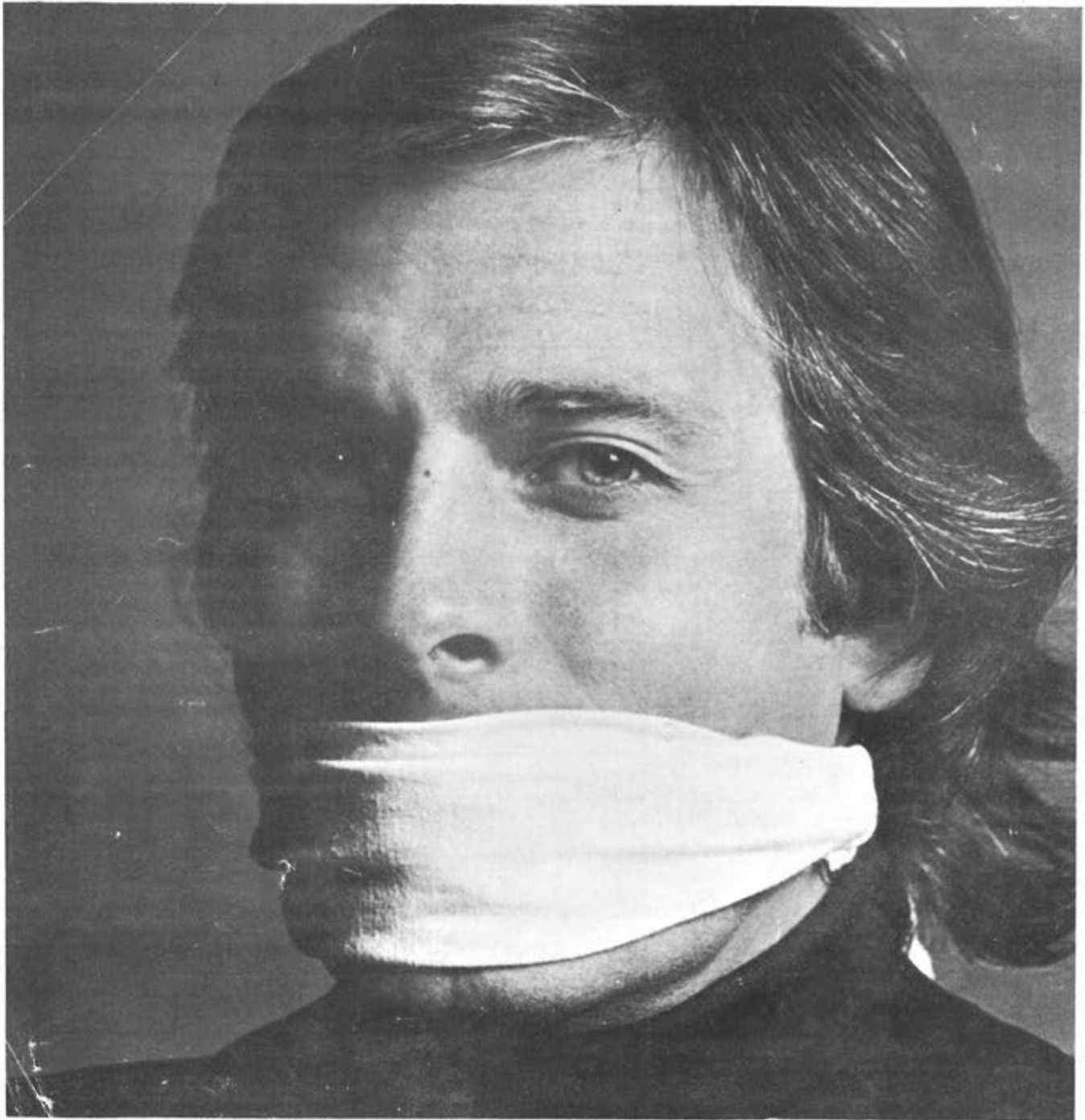
Nr. 5
JUNI

OPPLAG 1500

Årgang 2
1973

UTPOSTEN[®]

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



Forberedelse til debatten på Legeforeningens landsmøte

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

Økonomi i almen- praksis



Økonomiutvalget har avgitt en innstilling som analyserer mulighetene for den enkelte lege å drive sin praksis med rimelig avkastning og rimelige investeringer. Diverse finansieringsmetoder ble analysert.

Innstillingen har ikke i full grad klart å sette primærlegens økonomi i en større samfunnsmessig sammenheng. Det er klart at rekrutteringen til den primære helse-tjenesten og fordelingen av leger utover landet har en stor betydning for samfunnet, og på denne bakgrunn bør økonomien vurderes.

Innstillingen er meget svak nettopp fordi den ikke analyserer legers lønnsforhold og økonomi til bunns. Blant annet står det svært lite om sykehuslegers ekstraintekter betalt av folketrygden. Det står ingen ting om Legeforeningens undersøkelse foregående år om økonomi i almenpraksis, det ble sendt ut spørreskjema til en rekke

almenpraktiserende leger og distriktsleger, hvor opplysninger fra selvangivelsen ble hentet inn. Sykehusleger, både overordnede og underordnede, har betydelige inntekter på poliklinikkvirksomhet, delvis legeaktiv virksomhet. Til dels utfører de arbeid som egentlig burde tillegges almenpraktikeren som bedre er egnet til å ta hånd om pasientene og sette dem i kontakt med samfunnets hjelpeapparater forøvrig, det være seg trygdevesen, sosialvesenet el.lign. Legevaktordningen i byer er jo noe av det mest primitive arbeidet legene gjør, med 5 - 10 min. kontakt uten noen som helst mulighet for å følge opp pasienten.

Etter mitt skjønn bør man ikke honorere spesialister som driver praksis utenom sin spesialitet, høyere enn almenpraktikeren, kanskje

heller honorere almenpraktikeren som driver en sømmelig praksis, høyere enn leger, som ikke vil eller har muligheten til å ta full hånd om pasienten.

Det synes for mange leger mer og mer klart at man nok må gå bort fra honorartakster og tariffsystemet når det gjelder den primære legetjeneste. Legeforeningen er en sykehuslegeforening, de fleste medlemmer der er sykehusleger, og de er selvfølgelig ikke så engasjert i denne problematikken som medlemmer av APLF og OLL. Det er klart at når sykehuslegere har en fast lønn i ryggen, er de bare takknemlige for at kan gå og gresse i tariffsystemet. Det er ukollegialt at de skal være så sterkt imot fast lønn for almenpraktiserende leger, man føler en tydelig motstand mot dette i Legeforeningen.

Det er på tide at man foretar en undersøkelse blant praktiserende leger, både distriktsleger og almenpraktiserende, og spør hva de ønsker selv. Det er dette man eventuelt må rette seg etter.

Da må man også gjøre det klart for dem hvilke fordeler og ulemper et sånt takstsystem medfører. Sannsynligvis vil samtlige legers inntekter gå betydelig ned hvis takstsystemet forsvinner, køene blir nok lengre, og pasientene vil klage. Fordele og ulemper har man ved alle systemer, men i alle tilfelle bør spørsmålet opp til en bred debatt.

Helse- og sosialsenter i buss

Arbeidsgruppen for rasjonalisering av helsetjenesten med Jan Ivar Kvamme som formann, har avlevert sin innstilling til sosialministeren.

Det mest oppsiktsvekkende forslag er muligens helsesenteret i form av busser, tilsvarende Statens Skjerm bildefotografering. Det foreslås videre at man sløyfer helseattester, kommer til enklere skjema og standardiserer disse. Man foreslår forskningsgrupper i helseøkonomi, man foreslår masseproduksjon av prefabrikerte helse- og sosialsenter, og ønsker et koordinerende og rådgivende organ i nær tilknytning til sosialdepartementet for den primære helsetjeneste.

Vi har bare annenhånds kjennskap til innstillingen, men håper at den blir distribuert til alle primærleger. Sannsynligvis skal innstillingen ut på høring, og det er da en fordel å tenke gjennom problemene noen tid før eventuelle meningsytninger avleveres gjennom lokalforeninger og andre organisasjoner.

SVAR:

Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste — og det utviskede ansvar

Statsfysikus Fredrik Mellbye hadde en meget interessant artikkel i nr. 3 - 1973. Jeg siterer: "Et annet sett av årsaker til det store behov for ytelser ligger i at i vårt samfunn og i vår kultur - eller mangel på kultur - finnes en rekke sykdomsårsaker som alle erkjenner, men som ingen vil gjøre noe effektivt med. Samfunnet sit-ter og ser på at disse årsaker som virker med stigende styrke, og kaster de medisinske konsekvenser av dem i fanget på helsepersonalet og i fanget på hver eneste lege som i dette land ikke har trukket seg helt tilbake til et vitenskapelig elfenbens-tårn."

Blant konkrete eksempler nevner han mangel på den mest elementære viten om hvordan menneskets kropp og sjel fungerer. Men så kommer det: "Har viten til å bekjempe langt effektivere enn vi gjør, - men samfunnet vil åpenbart ikke det, - og det er lite som tyder på at vi vil komme ut av den onde sirkel som til dels ligger bak det stadig økende behov for helsetjeneste."

Her må jeg få lov til å spørre statsfysikus: Hvem er samfunnet? Det er neppe de alminnelige mennesker. Jeg har i mange år holdt opplysningsarbeide om forskjellige belastningssykdommer, nervøs

anspenhet, arbeidsmåte osv. - og på alle steder synes det å være utbredt interesse blant alminnelige mennesker.

En slik interesse har jeg dog savnet hos dem som vakt skulle være, - f.eks. i Helsedirektoratet, hvor statsfysikus Fredrik Mellbye var et fremtredende medlem i mange år. Eller på Universitetet, som skulle undervise våre leger. I begge tilfeller er det altså snakk om institusjoner som bemannes med leger, - og man må få lov til å spørre: Er det samfunnets skyld at medisinske studenter ikke får den mest elementære viten om hvorledes menneskets kropp og sjel fungerer? Er det ikke legene selv? Hvem er det som har mest ansvar, - enten det er Helsedirektoratet eller Universitetet, kan jeg ikke uttale meg om. Men dette har jeg stor lyst til å vite. Jeg finner at det er feigt av Fredrik Mellbye å si at samfunnet åpenbart ikke vil det. Hele vår administrasjon kan ikke være bare en graut. Det må dog være noen som har ansvaret for utviklingen av medisinen på dette området.

Jeg håper Fredrik Mellbye vil være så snill å svare meg på disse spørsmål her i Utposten.

Vennlig hilsen
Henrik Seyffarth

Jeg tar gjerne opp Henrik Seyffarths hanske. Uten å gå inn på en detaljert debatt om hvem samfunnet er, mener jeg ganske bestemt at det verken er Helsedirektoratet eller Universitetet eller forsåvidt noen annen bestemt institusjon, enn si enkelt person, og slett ikke Seyffarth eller Mellbye. Jeg oppfatter et demokratisk samfunn som en beslutningsprosess av særdeles komplisert natur hvori den enkelte person - men i relativt liten grad den enkelte institusjon - kan gi sitt beskjedne bidrag til det endelige resultat. Det er bare i de diktaturstyrte stater man muligens kan personifisere samfunnet.

Jeg kan meget vel forstå at Henrik Seyffarth er skuffet over at hans innsikt i og oppfatning på det spesielle område han særlig har interressert seg for, ikke er vunnet frem. Han er ikke alene om å befinne seg i en slik situasjon. Mitt inntrykk er at vi alle gjør det for de saker vi er særlig opptatt av. Etter den oppfatning jeg har dannet meg om det jeg kaller vårt samfunn, vil jeg avstå fra å legge den eventuelle skyld for dette på bestemte personer eller institusjoner. Vi får heller hevde våre synspunkter i skrift og tale med det forfengelige håp at våre synspunkter vinner frem på en eller annen måte. Når jeg da hevder at samfunnet sit-ter og ser på at enkelte forhold som jeg anser som uheldige, fortsatt får utfolde seg, er det fra min side ikke noe forsøk på å legge skylden på noen andre. Det er bare en konstatering av et faktum, og jeg vil - på samme måte som Henrik Seyffarth gjør - søke å yte min lille skjerv til at den prosess som jeg oppfatter samfunnet som, tar en fra mine synspunkter sett gunstig retning.

Jeg synes med andre ord at Seyffarth ikke bør lete med lys og lykte blant andre personer for å finne årsakene til at hans syn ikke er vunnet frem på en slik måte han gjerne ønsket. Det kan hende at årsaken er lettere tilgjengelig.

Fredrik Mellbye

«Utemedisiner»

To profiler



Postulat:

"There is a difference".

Bakgrunnen for min sammenligning er at jeg har studert medisin i 3 år ved tre forskjellige universiteter i Vest Tyskland og Sveits, og siste to år tilbragte jeg i Oslo.

Utemedisinerens syn på hjemmemedisineren:

En ganske overlegen precæritstype som går rundt i hvø skjorte og slips. Han tilbringer det meste av sin tid på lesesalen, og lar ingen midler være uprøvede for å få en karakter bedre enn sin kullkamerat.

Og når han ikke leser, klager han over studieordningen, studentmat, lesesaler, eller protesterer mot et eller annet han ikke har greie på.

For med en gang å berolige de hjemmemedisinere som har fått et for hurtig blodomløp, kan jeg si at dette ikke er mitt generelle inntrykk etter 2 år ved Oslo Universitet.

Hvordan hjemmemedisinere ser på utemedisinere:

Det spørsmålet har jeg faktisk ikke fått svar på, og det svaret tror jeg er riktig. Hjemmemedisinere ser faktisk ikke på utemedisinere, de vet bare at det er nordmenn som studerer medisin i utlandet, og at det er en organisasjon som heter ANSA som lager bråk i departementet.

Nå over til en karakteristikk av utemedisineren:

Det er en uhyre heterogen gruppe hva alder, hodeinnhold og ølkonsum angår. Men ett har de felles. De har besluttet å studere medisin i utlandet og de er iferd med å gjennomføre et studium som for enkeltes vedkommende er

så hardt at en Oslo-medisiner kan ha vanskelig for å skjønne det.

Når jeg sier at det mange steder i utlandet er meget hardt, mener jeg ikke det rent faglige, skjønt det er ikke mindre hardt enn her i Oslo. Universitetene i Europa er overfylte, og det er opp til deg selv å finne en plass. Til de obligatoriske kursene melder det seg kanskje på dobbelt så mange som det er plass til og så blir det opptaksprøve. Hvis du ikke klarer den, får du ikke ta kurset og kan ikke ta eksamen. Jeg har også sett eksempel på at en nordmann ikke klarte avslutningsprøven på et slikt kurs. Dette kurset fikk man bare prøve seg på en gang, og dermed var det ut av studiet for hans vedkommende. Han måtte da eventuelt begynne på nytt igjen i et annet land.

Og så melder spørsmålet seg: Hvordan er medisinerutdannelsen i utlandet rent faglig?

La det med en gang være sagt at det kan være større forskjell mellom to universiteter i Vest Tyskland enn mellom et i Vest Tyskland og et i Norge. Vest Tysklands universiteter er på mange måter stater i staten, og professorene sitter som småkonger i disse statene.

Karakterene gir et meget dårlig inntrykk av utemedisinerens faglige kvalifikasjoner, iallefall hvis man sammenligne studenter fra forskjellige universiteter.

Jeg vil i det hele tatt advare mot slike sammenligninger. Det eneste man kanskje kunne

rette seg etter er hvor mange semester studenten har brukt på eksamen tilsvarende l.avd.

Hva blir resultatet av å studere medisin i utlandet? Resultatet blir først og fremst at nordmenn holder mye sammen i utlandet, og hjelper hverandre. Man blir imidlertid også meget selvstendig i og med at man må ordne og legge opp sine studier selv. Dette sammen med at gjennomsnittsalderen for de som studerer "ute" er høyere enn for hjemmestudentene, gir kanskje et inntrykk av at utemedisineren virker mer voksen. Et inntrykk som knesettes når man feirer 17. mai sammen med utemedisinere.

Chaque medaille a son revers, og hva utemedisinere angår, er denne "bakdel" ikke særlig smukk hverken for de selv eller for det landet de representerer.

Det er beklageligvis en del som kommer ut med et litt galt syn på det å studere i utlandet, og også en gruppe som simpelthen ikke klarer å bo så langt borte fra foreldrene. Dette resulterer i at man ser enkelte norske utenlandsstudenter gå igjen når det gjelder fyllefester, og de går også igjen i fakultetets protokoller, semester etter semester. Det eneste sted de beklageligvis ikke går igjen, er i eksamensprotokollene. Dette skjer ofte uten at pårørende hjemme har den minste peiling før de får hjem sin håpefulle som vrak, og uten fnugg av eksamenspapirer i lommen. Denne gruppen er altfor stor, men den er ikke så stor som man kanskje kunne få inntrykk av



«Hjemme- medisiner» —

ved å se utenlandsmedisineren på sin "stamkafé".

Men dette får være nok om utemedisineren. Jeg kan kanskje tilføye at det kristne lags-arbeid ikke er ukjent begrep for utemedisineren.

Og så noen inntrykk jeg har fått av Oslo-medisineren:

For det første: Det er like mange kjekke karer i Oslo som det er jævlere blandt utemedisinere, og det er like mange jævlere i Oslo som det er kjekke karer blandt utemedisinere. Jeg vil også understreke at mitt syn på Oslo-medisineren i det store og hele er kjennskapet til mitt eget kull.

Noe av det første som slo meg var gruppen av kristne medisinerere. For det første størrelsen, og for det andre at de isolerte seg altfor mye.

Det neste var karakterjaget ved "skolen". Det overrasket meg kanskje ikke så mye fordi det stemte med det syn utenlandsmedisineren har av hjemmemedisineren.

Her som man kunne hatt det så stille og fredelig, med en nesten strykefri "doktor-skole", blir man kastet inn i et karakterjag og en professorologi uten like. Hvis det hadde dreiet seg om å bestå eller ikke, kunne jeg ha skjont det, men her dreier det seg om 10 eller 12 !! Jeg kan etter 2 år her ikke fri meg fra å være med i dansen selv.

Og dette må være et utslag av opptaksbestemmelsen. Man får et konsentrat av gymnasiaster som alltid har hatt de beste karakterer, og når de merker at andre kanskje er

bedre, leser de vettet av seg for å komme øverst igjen.

Det er kanskje ikke så mange av dem men det er de som driver "karakterkarusellen", og de sveiver den altfor hurtig.

At hjemmemedisineren er overlegen stemmer ikke med det inntrykk jeg har fått. Men jeg sporet tendens til at han har litt for store tanker om seg selv. Dette tror jeg er et resultat av at andre ser på det å studere medisin her hjemme som noe mektig fint.

Så ikke i Tyskland eller Sveits. Der var en student en student, om han studerte medisin eller filologi. Selv om man studerer medisin i Oslo, skulle man ikke være for fin til å gjøre drittjobber. Jeg har et eksempel der en Oslo-medisiner nektet å ta røntgenbilde av et kne med den begrunnelse at det var søsterarbeide.

Noen ord til de "protesterende" medisinerere:

Det ser veldig rart ut når man sitter i utlandet og leser norske aviser som beretter om protestresolusjoner i øst og vest. Man ser da for seg norske studenter med sjegg som sitter i en sandkasse og kaster søle på hverandre. Av og til skulper det litt ut over kanten av sandkassen, men det har ikke sjanse til å nå frem til den andre siden av verden der det brenner. I de 3 år jeg var "ute", har jeg tilgode å se en eneste utenlandsstudent som var tilnærmet så fanatisk opptatt av utenrikspolitikk som jeg har sett flere eksempler på her i Oslo. Det kunne kanskje være et forskningsfelt for sosiologer.

Jeg har her prøvet å tegne to ansikter, et av hjemmemedisineren og et av utemedisineren. At penselstrøkene har vært grove, er jeg klar over, men jeg tør likevel trekke konklusjonen: "there is a difference".

Denne forskjellen er imidlertid ikke større enn at vi burde samarbeide på en mye bredere basis enn hva tilfellet er i dag.

Forslag: Innby utemedisinere til våre fester.

Utveksling av ute- og hjemmemedisinere for et semester.

Per Wium



Arbeidsbetingelser, eller: 40 timers dag

Hvordan skal jeg klare å beskrive dette.....

Hun sitter i stolen foran meg. Hun er pasient, overvektig, har noe rukkell i halsen, har noen smerter her og der. Hun har masse å si. Hun snakker nesten uavbrudt. Hun er middelaldrende, og har de siste 10 årene trøste-spist seg til over 100 kg. Barna er reist hjemmefra, hennes mål i livet var å oppdra barn, og hennes skuffelse er at de reiser fra henne. En sønn studerer til lege, og er allerede påbegynt sin vitenskapelige karriere på et eller annet institutt i Oslo.

Jeg er trøtt, ikke bare trøtt, men utslitt. Jeg klarer ikke å yte noe for denne pasienten, jeg orker ikke, jeg har ikke initiativ. Jeg bare sitter og ser og hører. En svak duft av deodorant, antihest som vi kalte det i studiedagene. - Studietiden var fattig frihet, nå sitter jeg med gode inntekter og er slave. Distriktslege med almenpraksis ved siden av. Pasientpraksis spiser opp det offentlige helsearbeid, uttalte de i den nye forening for samfunns- og miljømedisin. Jeg har ikke noe imot å arbeide hardt, men føler at det går på reservene. Hvordan skal jeg klare å få hodet over vannet igjen? Jeg misunner mine kolleger, sykehuslegene.

- Økonomiutvalget. Hvorfor turde de ikke ta fatt på problemet fra bunnen. Legers økonomi. Det er klart at leger som arbeider på institusjoner, har alle fordelene. Fritid. Ingen økonomiske forpliktelser. Kollegialt miljø. Flere å dele ansvaret med. Det verste av alt, når de vil, kan de gå ut i marke og praktisere på en lettvinnt måte ved sykebesøk og korridorpraksis med de

Av Harald Siem

samme takstene som leger som prøver å bygge opp en forsvarlig almenpraksis. Det vet da alle de legene som har vært med å utrede økonomi i almenpraksis, hvorfor tar de ikke hensyn til dette.

- Jeg sitter og reflekterer, pasienten snakker ufortrødent videre. Jeg ser munnen hennes går, men oppdager plutselig at jeg sitter uten å høre eller oppfatte et eneste ord av hva hun sier. Åpenbart har jeg et passelig interessert uttrykk i ansiktet, så hun tror jeg lytter. Dette må jeg øve på. Jeg kan på den måten komme lettvinnt gjennom mange slitsomme stunder.... Tiden går. Pasienten snakker seg ikke tom. Jeg bryter inn: "Men det kan da vel ikke...." Jeg får 1/10 sekunds øyeblikk, hvorpå hun igjen griper parolen. Dessverre ødela jeg min egen beskyttelse, de første setninger oppfatter jeg igjen. De er likegyldige for meg. Etter hvert klarer jeg å komme tilbake til min trance. Tiden går. Laboratoriesøster står tomhendt - mon det ikke er noen blodprøver som kan rettferdiggjøres her? Det er jo selvfølgelig et billig trick, men pasienten blir mer tilfreds, føler seg bedre undersøkt. Laboratoriesøster som er lei av å se ut av vinduet, føler seg da mer på plass i sitt arbeid og pengene triller inn. "La aldri en pasient gå ut av døren uten resept i hånden". Ja, vi lærer mange tricks etter hvert. - Mon hun ventet at jeg skal undersøke henne litt. Et stetoskop under haken? Jeg orker ikke tanken på å få elefanten på

undersøkelsesbenken. Litt smerter her og der, mannen er mer interessert i sitt arbeid enn i hjemmet.

Legeforeningen består jo hovedsaklig av sykehusleger. Hvorfor kan de ikke en gang vise litt kollegialitet og vise at de mener alle de flosklene som spyttes ut, som at vårt helsevesen må basere seg på almenpraktikeren. For min del kan sykehuslegene gjerne fortsatt få gresse i almenpraksis så lenge det er behov for dem, men de behøver ikke underslå dette. Det bør komme frem i avveiningen av den primære legetjenestes økonomi. I dag er jo politikerne villige. De ser ut som de vil gå inn for en sunn basisfinansiering av primærhelsetjeneste, kanskje til og med like grei finansiering som sykehuslegene har med sin faste sykehuslege-lønn. - Sykehusleger driver bare poliklinisk virksomhet utenom arbeidstiden, var det en som sa. Vås, alle vet at det ikke stemmer. - Legeforeningens ledelse har antydnet at almenpraktikere må være forsiktige, da de i alle fall ikke kan regne med høyere lønn enn en overlege. Dette ville vel alle almenpraktikere være mer enn tilfreds med, hvis de fikk overlegens arbeidsvilkår. Forøvrig er det lite sagt om overlegens inntekter. Økonomiutvalget anfører overlegens faste lønn.

Sukk, jeg orker ikke mer. - Heldigvis ser pasienten også ut til å tomme for energi. Hun ser litt spørrende på meg. Jeg skjønner at det er min tur, og sier at vel, dette høres jo ikke så greit ut, men det er jo ikke så mye vi kan gjøre med det (vel vitende om at det er en del vi kan gjøre med det, men at det ikke er noen grunn til å starte det store hullet). Over 100 kg forlater



kontoret. Ingen ekstrataks-ter. Takst for sosialmedi- sinsk arbeid? Langvarig le- gearbeid? Hvorfor ikke time- lønn. - Formodentlig er pa- sienten fornøyd og synes hun har fått godt igjen for sine 10 kr. mellomlegg.

Neste pasient er en av gam- legutta, tidligere medlem i kommunestyret, synes svært om seg selv, hører dårlig og snakker derfor med høy stem- me. Er plaget med senil pru- rigo, og har vært hos spesi- alist som han beretter om hver gang han kommer til kontoret. Løst og fast. Stor opplevelse. Ingen smågutt den spesialisten, nei. Det er forresten ingen, mannen ser positivt på alt og alle han møter. Problemet er ikke det han har å si, men at han har så mye å si. Han er vant til at folk hører på ham. Det nytter ikke å fryse ham ut, jeg har ikke energi til det. Trickene med blodprøver, re- septer, tonometri på øyet osv. har vært brukt før. Jeg bestemmer meg for å forsøke å sette meg i trance igjen som gikk så fint med forrige pasient. Det nytter ikke her. Pasienten stiller stadig spørsmål som han venter svar på. Jo, han ville ta seg en tur innom og spørre hva dok- toren hadde å si. Om dette og hint. Nøkkelen til hans utvisning ble spørsmålet om doktoren hadde mye å gjøre. Da grep jeg ordet og fortal- te at kontoret åpnet kl. 8 i dag med fire pasienter pr. time frem til kl. nå. Det har vært en halv times kaf- fepause fra kl. kvart på 12 til kvart over 12, det har vært 10-15-20 telefoner som jeg selvfølgelig forsøker å ekspedere raskest mulig og sjelden har overskudd til å skrive "konsultasjon pr.bud" regninger til trygdekassen for. Hvis jeg skulle virke noe sliten, så kunne det og- så komme av at jeg hadde mye arbeid sist kveld med måneds-

summeringen til trygdekontor- ret, og et sykebesøk om nat- ten fra kl. 02,00 til kl. 03,15. Selvfølgelig et unød- vendig sykebesøk, som de fleste, men det er jo ikke alt man kan avgjøre over tele- fon, og det er skjelden pasientens familie godtar telefonavgjørelser uten at legen har sett pasienten. I så måte hjelper det lite at økonomiutvalget meget urik- tig, men i alle fall to gan- ger, har satt på trykk at distriktslegen har plikt til å yte legehjelp til hele be- folkningen.....Jeg blir opp- glødd, snakker fortere, den gamle mannen forstår ikke lenger hva jeg sier, for han hører dårlig. Han nevner noe om lange dager....Han er jo så hyggelig og velmenende. Selvfølgelig lange dager, sy- kehjemmet, det nytter ikke å utsette visitten til i mor- gen. I morgen er det sped- barnskontroller. Dessuten må vi denne uken finne tid til hygienisk inspeksjon av sko- ler, neste uke må vi forbe- rede helse rådsmøte. Lange dager, i dag har min sønn fødselsdag og venter spent på at pappa skal komme og delta i festen. - Enhver fam- iliebegivenhet er en nervøs belastning, man opplever som regel at man må skuffe fami- lien på grunn av sykebesøk, eller i det minste bli for- styrret av pasienter på te- lefonen og i dørsprekken. Irritabel - overarbeidet. - Eventyret i almenpraksis, nær kontakt med pasientene, selv- stendig i sitt arbeid. Selvfølgelig tjener vi nok pen- ger til å holde skuta flyten- de, men arbeidsdagen er lang. Hvor ble det forresten av legeföreningens undersøkelse om legens arbeidstid og de almenpraktiserende legers inntektsforhold?



SEND DIN MENING!



En lege sluttet som di- striktslege nordpå da han følte at han ble en fare for sine pasienter. Hav var over- arbeidet. Det kan jo også hende at den snille, gamle mannen foran meg er syk, har en sykdom som jeg bør oppdage på dette tidspunkt. - Jeg skulle ønske jeg hadde over- skudd til å analysere hele systemet i sin dybde, men har verken vett eller over- skudd til å gjøre det. Det burde være legeföreningens oppgave. - Et etableringslån fra fondet Legeföreningen, kanskje 50 000,- kr., til - svarende 2 mndrs. inntekter- fnys. Legesenterlege hadde over 47 000,- kr. i refusjon fra trygdekontoret på en må- ned, Skienslege 600 000,- kr. på et halvt år. Ekstra - inntektene etter takstsystemet for sykehusleger, over - og underordnede, er vel sjel- den under 50 000,- kr., man- ge ganger opp til flere hundre tusen.

I kveld trenger jeg en pjo- lter eller to for å få sove.

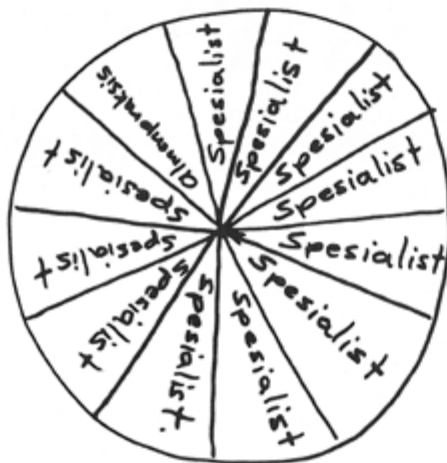
TIL:

Medlemmene av Stortingets sosialkomite.
Sosialdepartementet.
Helsedirektoratet, alle kon-
torer.
Fylkeslegene.
Den norske lægeförening.
Tidsskrift for Den norske
lægeförening.
Utposten.

FRA:

Kurs for leger i offentlig
helsearbeid - høsten 1972.
Distriktslege Tor Anvik,
Rødøy.
Distriktslege Bjørn O. Bor-
gen, Skiptvedt.
Distriktslege Helge Bruun,
Vestvågøy.
Distriktslege Ole B. Hovind,
Vinstra.
Distriktslege Inge Klepstad,
Vestvågøy.
Ass.fylkeslege Ivar Lysberg,
Steinkjer.
Distriktslege Arne Møller-
Stray, Kåfjord.
Distriktslege Halvard Natvik,
Brattvåg.
Distriktslege Jorunn Rolstad,
Rakkestad.
Distriktslege Olav Røyneland,
Dalen.
Distriktslege Thomas Skarp -
aas, Dønna.
Distriktslege Per Sollie,
Hamarøy.
Distriktslege Jan Stangeland,
Mo i Rana.
Stadslege Sven Svensen, Hau-
gesund.
Distriktslege Bjørn Tansem,
Alta.
Distriktslege Kåre Torgersen,
Lenvik.
Distriktslege Per Wium, Mid-
sund.
Legene ved grunnkurs for
"almenpraktiker Dnlf" - hø-
sten 1972.
Lege Jorunn Astrup, Frogner.
Lege Gunnar Bendiksbj, Oslo.
Lege Nils Eide, Oslo.
Lege Sigmund Emhjellen,
Stathelle.
Lege Johan Svein Gylseth,
Oslo.
Lege Rakel Harjen, Oslo.
Lege Dag Ingvaldsen, Uthaug.
Lege Asbjørn Kverrland,
Kvernaland.
Kst. distriktslege Bjørn M.
Myrvang, Eidsvåg i Romsdal.
Lege Grete Møller-Stray,
Olderdalen.
Lege Jan Otto Syvertsen, Moss.
Distriktslege Knut Zapffe,
Tjørvåg.
Moss, den 7.mai 1973
for disse
Jan Otto Syvertsen

Om tendensen til oppstyking av primærlegens arbeidsfelt



Den store legekaken. Velg selv!

Skal legen i den primære he-
lsetjenesten være fagspesia-
list (psykiater, pediater,
indremedisiner osv.) eller
"generalist" (almenpraktise-
rende lege eller distriktsle-
ge)?

Vi mener at pasienten er
best tjent med en bredt ori-
nert lege til å samordne
tilbudet av medisinsk hjelp.
Blandt de viderekommende st-
udenter og de yngre leger er
det mange som er i tvil om
de skal arbeide i den primære
helsetjenesten som fagspes-
ialist eller "generalist".
For pasientene er utvilsomt
huslegen, enten som distrik-
tslege eller almenpraktiser-
ende lege, den beste løsning.
Det er også den rimeligste
løsning for samfunnet. Nede-
nfor blir denne type lege
kalt primærlege.

World Medical Assembly 1970
konkluderte også med at man
ønsket å beholde den generelt
orienterte lege.

I 1950/60-årene var det en
markert tilbakegang av prim-
ærleger i Norge. Det samme
har gjort seg enda sterkere
gjeldende i Sverige til for-
del for åpne poliklinikker.

Nå er det en økende interes-
se for almenpraksis og dist-
riktslegetjeneste blandt
yngre leger. Det er viktig å
ta vare på denne utvikling.
Vi har nå en sjanse til å få
en meget god primærlegetjene-
ste her i landet.

Men en tiltagende oppstyking
og amputering av primærle-
gens arbeidsfelt truer nå
denne gode utvikling.

På Lægeföreningens årlige
fortsettelseskurs i 1970 hø-
rte vi uttrykt ønske om spe-
sialister i geriatri til å
ta seg av de eldre i eldre -
sentra. I år hørte vi på
fortsettelseskurset om prev-
entivhelsearbeid ønske om
spesialister i gynekologi
til å utføre svangerskapskon-
troller og prevensjonsveil-
edning, og spesialister i
pediatri til å ta seg av
barn i helsestasjoner for
mor og barn. Det opprettes
familievernkontorer hvor
spesialister i psykiatri og
gynekologi skal ta seg av
pasienter med problemer i
familiesituasjonen. Det er
neppe noe bedre at spesielle
primærleger skal ta seg av
andres pasienter i slike
sentra.

En slik oppstyking av den
primære helsetjenesten er
uheldig både for pasienten
og for legen, fordi kontinu-
iteten går tapt, og kontakten
mellom pasient og lege blir
dårligere.

De ovenfornevnte arbeidsopp-
gaver har tradisjonelt vært
primærlegens arbeidsfelt.

Amputering vil på lengre sikt
føre til at arbeidsområdet
blir for snevert og interes-
sen for generell medisin vil
avta til fordel for spesi-
alering. Man kommer da til å
miste legen som har til opp-
gave å samordne helsetjenes-
ten for pasientene og som med
sin faglige bredde best kan
ivareta primærlegetjeneste
med uttrykning til pasientens
hjem når det er nødvendig.
En ideell helsetjeneste sett
fra pasientenes synspunkt
får man neppe før det er til-
strekkelig med primærleger.

Det er i dag et faktum mange
steder at spesialister tar

seg av polikliniske pasienter med enkle problemstillinger som hører hjemme i primærmedisinen. Dette fører til unødig lang ventetid for pasienter som henvises av primærlegene på grunn av spesielle problemstillinger.

Vi mener dette er en åpenbar sløsing med kvalifisert arbeidskraft.

Spesialistpoliklinikker må bare baseres på henviste pasienter fra primærleger. Der hvor det enda er mangel på slike leger må man selvfølgelig praktisere en mer elastisk ordning.

Men den prinsipielle holdning fra myndighetene og Lægeforeningen må være klar.

For ikke å bli misforstått vil vi presisere at vi ikke er imot enhver form for sentra som nevnt ovenfor.

Vi kan f.eks. tenke oss sentrale familiekontorer som tar imot henviste problemtilfeller. Men opprettelse av en rekke sekundærkontorer med faste leger mener vi vil bidra til å oppstykke primærlegens arbeidsfelt.

Disse kontorene bør ha sosionom og advokat som alle primærlegene i distriktet må kunne samarbeide med. Kontorene bør fungere slik at pasientens egen primærlege er legen i teamet når dennes pasient skal behandles.

Ved bestemmelse av hvilke oppgaver de forskjellige he-



lestasjoner for mor og barn skal ha, må man være klar over farene ved ovenfornevnte oppstyking og amputering

Man bør ikke tillegge disse stasjonene oppgaver, som allerede ivaretas av primærleger i distriktet med erfaring og interesse, eller som man innen rimelig tid kan vente blir ivaretatt på denne måte. Vi tenker spesielt på svangerskapskontroll og prevensjon.

Ved planlegging av eventuelle andre former for sentra må man også ha disse tankene i erindring og ikke etablere ordninger som på lengre sikt kan ødelegge utviklingen av en optimal helsetjeneste i Norge med god dekning av primærleger.

Lægeforeningen har de siste år tilrettelagt en rekke kurs slik at primærlegene kan vedlikeholde og heve sin faglige standard. Det er en forutsetning at tilbudet av slike kurs til videre- og etterutdannelse fortsatt bedres hvis disse legene skal kunne ivareta sin viktige oppgave på en forsvarlig måte.



Nå har også jeg funnet min spesialitet

Hvor lenge skal legeforeningen undervurdere den meriterende verdi av almenpraksis og administrative stillinger?

Det er interessant å lese legeforeningens tidsskrift om dagen. Man får vite at i Finnmark har man 0,8 spesialister pr. 100 000 innbyggere, i Oslo har man 4,7 pr. 100 000. Det er videre interessant å se hvilken vekt legeforeningens spesialister legger på almenpraksis når det gjelder å utdanne seg til spesialist. Jeg har bare funnet psykiatrien hvor det er muligheter for å ha nytte av almenpraksis i sin spesialitetsutdannelse.

I de andre spesialiteter er det altså ikke nødvendig, og så vidt jeg forstår ikke ønskelig å ha erfaring fra almenpraksis. Dette fører da også til at når man skal diskutere problemer fra almenpraksis med superspesialisten på sykehus, oppstår vanskeligheter. Spesialisten har jo knapt swtt en pasient uten at vedkommende er innhylllet i rene hvite lakner og ligger i en sykeseng, så diskusjonen blir som å skalle hode direkte i en murvegg. Enn skjønt vesentlig mykere, da overlegens abdomen som regel er av vidt omfang.

Hvor lenge skal spesialistene få danne spesialistgrupper hvor de selv får velge ut hvem som skal bli spesialister og hvordan spesialistene mener spesialister skal utdannes? Kan man ikke fra Legeforeningssynspunkt i allefall forsøke å få inn folk som har litt greie på hvordan den perifere helsetjenesten virker. Jeg foreslår at Legeforeningens Sentralstyre tar denne saken opp til nøye overveielse da jeg tror at man i de fleste spesialiteter vil ha nytte av erfaringer fra almenpraksis. Med den politikken Legeforeningen i dag fører er det jo nesten ikke mulig å kombinere

en utdannelse i almenpraksis med en senere spesialistutdannelse. Dessuten vil jeg påstå at Legeforeningen hindrer mange leger i å komme ut i almenpraksis på grunn av disse spesialistreglene. Jeg er overbevist om at mange av de unge leger som nu spesialisierer seg allerede fra slutten av studiet kunne ha lyst til å ta ett eller to år i almenpraksis, men på grunn av at spesialistene innen Legeforeningen har funnet ut at dette er unyttig arbeide for en senere spesialitet, vil disse bli hindret i å være med på almenpraktikerens gjøremål.

Litt skryt

UTPOSTEN
6420 AUKRA

La meg helt impulsivt, - kl. 23 om kvelden, - få lov til å komplimentere avisen med april - utgaven. Overlege Ødegaard's artikkel er etter min oppfatning helt i blinken, nøktern og klar. - Og når jeg nu for annen gang leser Leiv Tormod Hansens artikkel fra Finnmarkskysten, - får jeg en ubendig trang til å reise nordover, samtidig som jeg sitter med en flau smak i munnen over mitt virke her sydpå. Jeg venter spent på neste nummer.

Porsgrunn, 2.mai 1973

Vennlig hilsen
R.Ording Helgesen



Vi skal alle til spesialisten og få tatt vår TT

GODT, MEN DESSVERRE REFUSERT INNLEGG I LÆGE- FORENINGENS TIDSSKRIFT

Sentralstyret,
Den Norske Lægeforening,
Inkognitogt. 26,
OSLO 2.

Huk Aveny, 4.12.72.

Undertegnede deltagere i grunnkurs for almenpraktikere og kurs for leger i offentlig helsearbeid har med bekymring lest meldinger i dagspressen om kolleger som har gjort seg svært ufordelaktig bemerket.

Det dreier seg for det første om påstander om at en praktiserende lege i Skien skal ha tjent 600.000 kroner på et halvt år, og for det andre om en lege i Oslo som skal ha tatt 1.000 kroner for å ha utført legal abort hos en kvinne.

Vi henstiller til Sentralstyret snarest å undersøke disse forhold og, hvis opplysningene medfører riktighet, sørge for at offentligheten på en utvetydig måte blir gjort kjent med at Lægeforeningen tar merk avstand fra slik praksis, samt at de to leger blir ekskludert fra foreningen.

Gjenpart av dette brev sendes redaksjonen i Tidsskriftet, idet vi ber om at det blir offentliggjort der.

Distriktslege Tor Anvik (sign.)
Lege Gunnar Bendiksbj (sign.)
Distriktslege Bjørn Borgen (sign.)
Distriktslege Helge Bruun (sign.)
Lege Johan S. Gylseth (sign.)
Distriktslege Ole B. Hovind (sign.)
Lege Dag Ingvaldsen (sign.)
Lege Asbjørn Kverneland (sign.)
Distriktslege Per Lingaas (sign.)
Ass.fylkeslege Ivar Lysberg (sign.)
Distriktslege Bjørn Myrvang (sign.)
Lege Grete Møller-Stray (sign.)
Distriktslege Hallvard Natvig (sign.)
Distriktslege Jorunn Rolstad (sign.)
Distriktslege Olav Røynealand (sign.)
Distriktslege Thomas Skarpaas (sign.)
Distriktslege Harald Skutlaberg (sign.)
Distriktslege Per Sollie (sign.)
Distriktslege Jan Stangeland (sign.)
Stadslege Sven Svendsen (sign.)
Distriktslege Bjørn Tansem (sign.)
Distriktslege Per Wium (sign.)



Dette brev ble sendt Sentralstyret i Lægeforeningen, og som det vil fremgå ba vi om at dette ble tatt inn i Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening. Som man vil se ble det underskrevet av 22 leger som gikk på kurs i Oslo samme høst, men Lægeforeningen kunne ikke ta inn slike ting i Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening. Dette er meningen til 22 medlemmer i Lægeforeningen og angår 2 andre som vi antok var medlemmer i samme forening. Disse sakene ble slått opp stort i avisene, og jeg synes de norske leger har krav på å få vite hva som er sannhet i dette og hvilke tiltak Den Norske Lægeforening griper til overfor slike påståtte misligheter. Det kunne vært fint om Sentralstyret her i "Utposten" kunne gi en forklaring på hvorfor man ikke kunne ta inn dette brevet fra 22 medlemmer i foreningen.

Dette sier vi ingen ting til de menige om. De vil ikke forstå det.

Helsedirektørens møte med de offentlige leger 28. og 29. mai 1973

Helsedirektør Torbjørn Mork hadde sitt første møte med de offentlige leger på Bygdø i år, møtet samlet over 100 leger og oppnådde å skape kontakt mellom sentraladministrasjonen og feltarbeidere.

Foruten helsedirektørens innledningsforedrag som senere blir trykt i Meddelelesesbladet, presenterte overlege Lossius utvalgets innstilling om helsevern for psykisk utviklingshemmede. Han pekte på at omsorg, og da særlig særomsorg, ofte fører til spesialisering, denne spesialisering ønsker å bli altomfattendeomsorg, men ikke kan være det for alle sine klienter, spesialiserer seg med hensyn både på ser vice og klienter, hvilket fører til en avskalling av ikke-passende klienter, og like ille, fører til en sentralisering av hjelpetilbudet som ofte kan føre til at selv det mest sublimt arbeid for klientene kan bli få fengt. En særomsorg karakteriserte han som en såpeboble

som brister. Man har fore slått en omsorg uten institusjoner, ja, kan hende også uten områdeoverleger. Sentral i omsorgen står et områdefagteam.

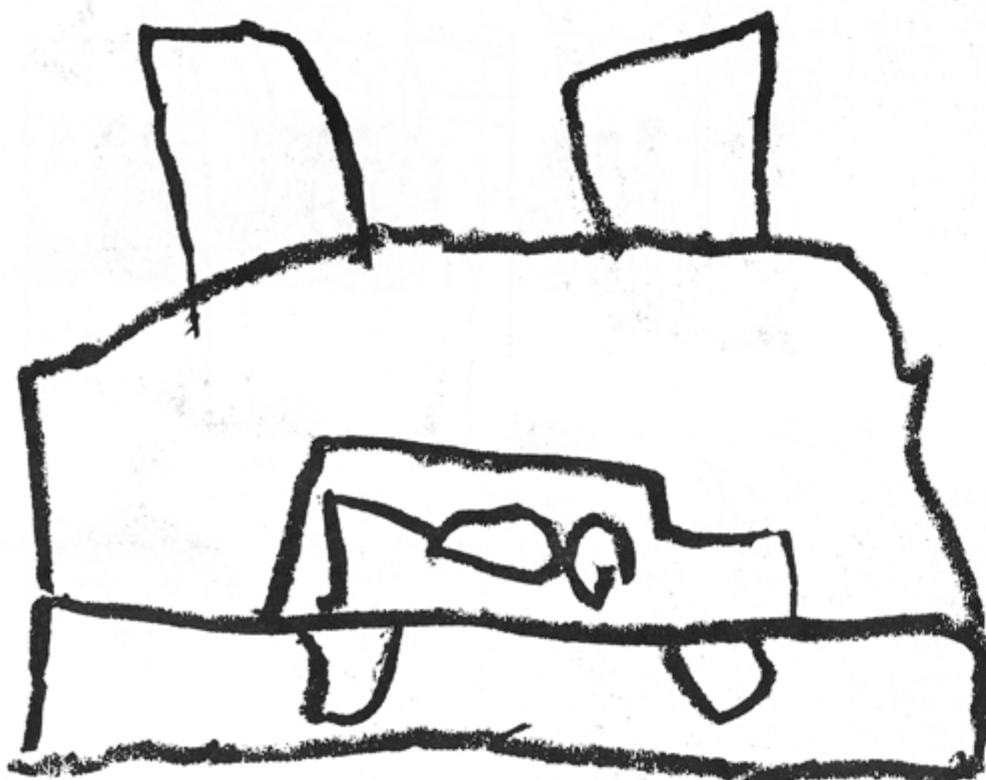
Sykehjemsproblematikk ble også drøftet, og man synes nå å ha innsett at trygde hjem, sykehjem, sykestuer, sosialmedisinske avdelinger og sykehus må sees under ett som et trinnvis intensivt hjelpetilbud, avhengig av pasientens behov. Ved siden av dette ble det pekt på betydningen av forebyggende tiltak blant eldre utenfor institusjoner som kan redusere behovet for sykehjems plasser merkbart. På grunn av mange sykehjems vansker med rehabiliteringsarbeid, særlig med fysioterapi og arbeidsterapi, er man inne på tanken om etablering av sentralsykehjem som foretar en mer aktiv rehabilitering, muligens også en screening for hvor pasientene senere skal plasseres. På grunn av finansiering fra fylket, har sykehjemmene hatt vanskelig-

heter med å integreres i den primære helsetjeneste utover landet, og det skal arbeides aktivt for å skape en større fleksibilitet innen systemet. Når det gjelder planlegging av helseinstitusjoner, fikk man nøkkelen til hvordan en plan skal syes sammen for ikke å støte på for store vanskeligheter i departementet. Det vil bli sendt ut en liste som brukes internt i departementet med 14 sjekkpunkter som man mener bør være besvart i enhver plan (Bygningsmessige beskrivelser, kostnadsoverslag, finansieringsplan, bemanningsplan, driftsbudsjett, fremtidig driftsplan osv.) Overlege T. Due-Strand fra arbeidsgiverforeningen, sekretær Haraldseth fra LO og professor H. Natvik som skulle representere bedriftslegerådet og legeforeningen, innledet til en samtale omkring bedriftshelsearbeidet. Spørsmålet om behandling av pasienter på arbeidsplassen og spørsmålet om utvidelse av bedriftslegerådet som forøvrig foreslås omdøpt til bedriftshelserådet, med en representant fra Rikstrygdeverket og arbeidstilsynet har vært ute på høring. Til de fleste medlemmers forbauelse har OLL stilt seg negativ til en sådan utvidelse, og det var noe kritikk av styret for ikke i tilstrekkelig grad å ha informert sine medlemmer om denne saken. Legeforeningen er i sitt forslag til

landsstyremøtet negativ i sin holdning, og sekretær Haraldseth kunne bare forstå dette utifra en viss engstelse for sosialisering av legeyrket. Han ville imidlertid kjempe for en utbygning av bedriftshelsetjeneste for alle arbeidstakere i landet, dette eventuelt ad direkte politisk vei.

Aud Blegen Svindland, overlege på hygienekontoret, fortalte engasjert om støyproblematikk. I spørretimen ble en lang rekke emner av interesse for de offentlige leger diskutert.

Man reiste hjem hver til sin kant etter et godt møte, og priste seg lykkelig for at man bor i perifere strøk av landet, og ikke under innflyvningsbanen til Fornebu.



Sykebilen på ferga

Espen

Telefonsvikt på giftkartoteket

En 1½ år gammel gutt har drukket møbelpolish, og jeg slår umiddelbart opp i telefonkatalogen på Giftkartoteket. Nummeret ringes i en viss fart, og jeg kommer til universitetets sentralbord. Jeg forlanger Giftkartoteket, og det blir stille i den andre enden av tråden. Hun spør hvilket institutt og etter en stunds tankegang kommer jeg på farmakologisk institutt. Klokken er nu fem over fire. Etter stadige ringinger uten svar, forsøker sentralborddamen andre institutter inntil jeg fra min utpost smeller på røret og ber den lokale sentral om å få Ullevål sykehus umiddelbart. Ullevål sykehus sentralbord kommer, og jeg forlanger Giftkartoteket. Jeg blir spurt hvilken avdeling, og på grunn av tilfeldig lokalkjennskap til sykehuset, vet jeg at det er VII-avdeling.

Når så dr. Enger dukker opp i telefonen er alle problemer løst i en fei. Men kan det være nødvendig at det ikke kan komme skikkelige opplysninger i telefonkatalogen angående dette meget viktige serviceorgan? Jeg har forelagt spørsmålet for Giftkartotekets leder, Elsa Wickstrøm, og hun angir at det er televerket som forhindrer at man kan få inn et eneste ord mer enn det som i dag står i telefonkatalogen. Hvis televerket på denne måten mener å kunne ha bedre greie på forgiftninger enn Elsa Wickstrøm og hennes giftkartotek, så kan vi jo begynne å ringe til teledirektøren neste gang vi står i en vanskelig situasjon. Elsa Wickstrøm gjorde oppmerksom på at telefonnummer og fullstendige opplysninger står i Felleskatalogen, men for oss som ikke vet det, er det jo ikke akkurat Felleskatalogen man slår opp i for å finne telefonnummer. Jeg håper Giftkartoteket kan

få ordnet dette ved neste utgivelse av telefonkataloger i Oslo.

Per Wium



ANNONSE:

LEGESEKRETÆR

Nyutdannet legesekretær med nesten halvført sykepleier-utdanning og et års hjelpepleierpraksis søker stilling som legesekretær fra august d.å.

Wenche Mikalsen
Boks 236
8451 Stokmarknes

**SKRIV
SELV!**

Reumatiske sykdommer
akutte inflammasjoner

Confortid

INDOMETACIN TIL LAVESTE PRIS

Kapsler Mikstur Suppositorier

Barn bør ikke behandles med indometacin. Forsiktighet bør utvises ved langtidsbehandling med nøye økt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

DUMEX



Vanlig sommerkrise på spesialavdelingene



Dette er tiden da de fleste spesialavdelinger i Norge sender ut sine klageskriv over manglende kapasitet på grunn av manglende bemanning og manglende utstyr. Disse blir sendt til primærlegene som blir stående i en knipe mellom pasienten og spesialavdelingene. Foran meg ligger en uttalelse fra røntgenavdelingen i Molde som jeg vil trekke frem på grunn av at jeg synes det er et eksempel på hvordan det kan gjøres.

For det første er redegjørelsen også sendt til fylkeslegen, sykehussjefen og styret ved sykehuset, og det er jo disse som kanskje i første rekke er ansvarlige for at vanskelige situasjoner oppstår.

Først kommer en redegjørelse for det teoretiske behov for røntgenundersøkelser, dernest kapasiteten på røntgenavdelingen og dernest en understrekning av diskrepansen mellom det teoretiske behov og den maksimale kapasitet på røntgenavdelingen.

Det beskrives videre hvordan utstyret fungerer, med sterkt nedslitt apparatur og konstallasjonen av for få opprettede stillinger og for dårlig dekning av de opprettede stillinger.

Brevet ender opp slik som de fleste andre brev med en henstilling til de henvisende leger om bare å sende øyeblikkelig hjelp for å gjøre det best mulig utav en håpløs situasjon.

Hva skal man gjøre med det? Jeg tror nå at primærlegene må begynne å samarbeide på et meget videre plan enn tilfellet har vært til nu, for å kunne komme inn med prioritering av utbygningstiltak ved våre sykehus. Vi må bli en pressgruppe som kan si fra hvor skoen trykker mest for tiden, og hjelpe spesialavdelingene med å fremme krav overfor de instanser som bevilger penger til videre utbygging.

Vi må si klart ifra hvor pasientenes behov er størst, og heve oss over enkelte spesialisters sneversynte politikk som går ut på å karre til seg mest mulig av bevilgningene uten at de har oversikt over hvor pasientene virkelig trenger bedre service. Det er klart at det er umulig for de bevilgende instanser å kunne ta stilling til hvor behovet er størst, når de bare hører uttalelser fra spesialisthold. Jeg tror ikke primærlegen er den som i alle ting har best oversikt over alle problemer, men jeg tror bildet kan bli mye mer nyansert dersom man feks på fylkesbasis i større uttrekning kan få til et samarbeide primærleger imellom, og som igjen kan gi råd feks til sykehussjefen om hvor man i første rekke må sette inn midlene for å yte best mulig service til de pasientene som finnes i området.

Problemet er imidlertid ikke løst bare med penger, personellet skal også være tilstede og jeg vil her ta for meg legeservicen som jeg mener kunne bli bedre dersom Lægeföreningen ved spesialistforeningene hadde inntatt en litt annen holdning enn de gjør i dag. Som kjent vil de fleste leger bli spesialister på kortest mulig tid og det uheldige er at Lægeföreningen har inndelt landets sykehusavdelinger i grupper, som gir større eller mindre kompetanse. Det er en beklagelig kjennsgjerning at de avdelinger som ligger lengst unna universitetssykehusene gir minst kompetanse og derved vil ha vanskeligst for å kunne dekke legebehovet.

Jeg mener Lægeföreningen i altfor lang tid nå har vært ensidig opptatt av å heve nivået på den norske legestand uten særlig tanke på at målet skal være å yde service til befolkningen.

Hva hjelper det å ha livsfjerne spesialister konsentrert i Oslo-gryta når befolkningen utenfor dette området ikke får nytte av deres "service"?

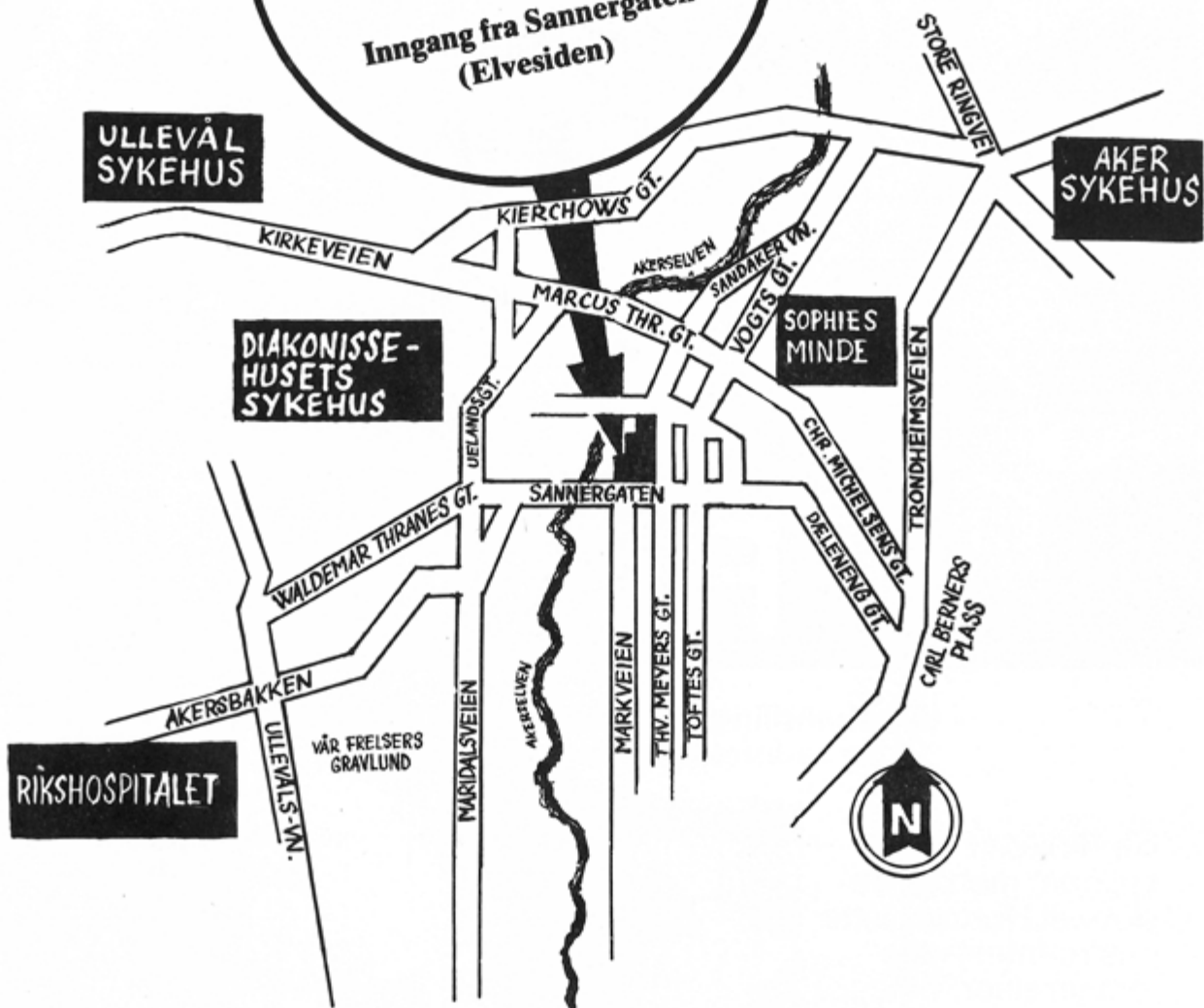


"Oi! Before you go . . ."

MEDI-NOR A-S

Thv. Meyers gate 7, Oslo 5
Tlf. (02) 15 80 90

Inngang fra Sannergaten
(Elvesiden)



NORGES STØRSTE PERMANENTE UTSTILLING FOR HELSESEKTOREN

viser det De har behov for i Deres daglige virke

STORT UTVALG - HØY KVALITET - REALISTISKE PRISER

Åpningstider: Mandag - fredag: 08.00 - 16.30
Lørdag: 09.00 - 13.00



...mens
spillet
pågår

Flagyl®
Metronidazolium

- til behandling av infeksjon og forebyggelse
av re-infeksjon ved Trichomoniasis

Bivirkninger sees sjelden, men er beskrevet i form av lette gastro-intestinale forstyrrelser, belegg på tungen, døsighet, hodepine og kløe.

Forsiktighetsregler:
Teratogen virkning har aldri vært påvist. Midlet bør ikke brukes i første trimester av svangerskapet.



Veiledning til den mannlige partner fåes ved henvendelse til

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

rhodia