

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

NUMMER 9

NOVEMBER/DESEMBER 1973

ÅRGANG 2



WOODCUT

«MADONNA & CHILD»

JOAN BURGER SIEM '72

UTPOSTEN

Redaksjon:

Distr. Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Tegninger og lay-out:
Kåre Huse

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
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 Orkla-Trykk A/S,
7300 ORKANGER

JULENISSER I NORSK HELSEVESEN

I denne julenissetid kan det være nyttig å trekke frem våre egne eksemplarer av arten. Alle julenisser er snille og gir bort gaver med rund hånd, så også innen det norske helsevesen.

Det er imidlertid noe helt spesielt med julenissene innen norsk helsevesen. Mens andre julenisser må holde seg til sin strengt tildelte sesong, såkalt sesongarbeidere, er julenissen innen det norske helsevesenet ansatt på helårsbasis. Det er nesten ikke den dag ikke det norske helsevesen deler ut gaver med rund hånd. Vi får både sykehus og poliklinikk-er og leger og helsesøstre, vi får folketrygd og gratis skyss, ja til og med endel medisiner betaler julenissen for oss. Det er mange julenisser i helsedirektoratet og



rikstrygdeverket og de er så snille så, alle sammen. Hvis noen blir sinte på de og synes at systemene ikke virker som de skal, trøster de oss med at det skal bli så bra så, bare vent.

Og nå har det blitt så bra så, nå er det nesten ingen som vil arbeide lenger før det lønner seg ikke. Julenissene har bestemt at de fleste som får uføretrygd skal tjene bedre enn om de hadde hatt sitt vanlige arbeide, og hvis pasientene ikke ønsker å ha sitt vanlige arbeid lenger, er det bare å gå til trygdekontoen så får han folketrygd og tjener bedre enn noen sinne. Kanskje kan, til og med få en ekstrajobb slik at inntekten blir vesentlig høyere.

Og nå skal vi få primær helsetjeneste også, og det skal gå så bra så. Det er billig med primær helsetjeneste.

I mange år nu har vi bygget sykehus, julenissen har vært ekstra rundhåndet og sykehuse-ene har kostet mange mange mange penger, så mange penger at nå kan nesten ikke pasientene ligge der for det er for dyrt. Dessuten har



det kostet så mange penger å bygge fine dyre sykehus med mye fint dyrt utstyr at vi har ikke råd til å betale sykepleierskene som skal behandle og stelle pasientene. Men nå skal vi som sagt få veldig fin primær helsetjeneste og det er billig det.

I legeföreningen er det mange julenisser der. Det som er spesielt med julenissene i legeföreningen er at de har trukket nisselua litt langt ned i pannen slik at gangsynet er dårlig. Dette gir seg utslag i at de ikke ser så langt som til pasientene, de ser kun til legene og av og til knapt nok det. Men legene har det bra de. De har fått mange gaver fra julenissene, så mange gaver at de nesten

ikke vet hvor de skal gjøre av de. Og særlig har poliklinikklegene i Oslo hatt det vanskelig om dagen. De vet nesten ikke hvor de skal gjøre av det de har tjent, ihvertfall ikke når det blir undersøkt hvor mye de har tjent, men de må jo ha gjort av det et sted og det har de nok.

Julenissene i legeföreningen med luene langt nedover øynene sier at de har et veldig godt oppgjørssystem. Det er kanskje ikke det beste som finns men det ligner veldig. De forteller oss at de må ikke finne på å få et annet lønssystem for da ville vi få mye mindre penger, og vi får vel høre på de for de er veldig gamle i denne geskjeften og de har hatt luene langt nedover øynene i mange mange mange år.

Sykehusnissene er små men meget tallrike. De sender ut utallige pakker hver eneste dag. Det som karakteriserer pakkene er at de bestandig kommer for sent frem men er meget fulle av tøys når de først kommer, akkurat som riktige julepakker skal være. Pakkene fra sykehusnissene heter epikriser. Disse pakkene lager sykehuslegene for de synes det er gøy og det har som regel ikke noe med pasientene å gjøre, det er som regel bare tøys. Sykehusnissene har det morro de. Og så har vi distriktsnisser. Distriktsnisser er så rare at de har måttet reise langt langt bort fra menneskene for å kunne klare seg. Distriktsnissene bor over hele landet men holder seg lengst mulig unna menneskene. Distriktsnissene er så søre at de helst ikke vil snakke med andre doktornisser. Men nå har jeg ikke tid til å skrive mer, jeg skal ut og dele ut distriktsnissepakker.



Distriktsnisse på Møre.

XV Nordiska Ämbetsläkarmötet

Deilig vær, Finnlands sydlige strender med spredte strandhoteller som gav asossiasjoner til Charleston og mannlige badedrakter med seiler; samt noe forurenset Finskebukt - var rammen om det XV Nordiska Ämbetsläkarmötet i Ekenäs i august 1973.

Som så ofte når skandinaviske kolleger treffes, oppdager man at det arbeides parallelt med identiske saker i de forskjellige land, og at møter kollegene imellom gir både inspirasjon og dypere innsikt i problemene. Man spør seg stadig: Hvorfor spurte man ikke sin danske kollega før? Hvorfor tok jeg ikke bryet med å skrive til Sverige? - Man ble i år under embedslegemøtet enige om at styret fra de offentlige legers landsforening i de respektive land skal møtes i mellomliggende år. Embedslegemøtet arrangeres annet hvert år, og går på omgang landene imellom.

Av hensyn til de sosiale forbrødringsaftoner var det faglige programmet tradisjon tro, ikke alt for belastende, men likevel interessant. Første dag var viet forhandlinger om turisme og epidemiske sykdommer, og innledere var länsläkare Jonas Eriksson, stadshygieniker Oleg Gorbatow, fylkeslege Tore Heide og kredsløge Ib Hempel-Jørgensen. Diskusjonen adfölte et forsök på å lage resolusjon som skulle henstille til reisebyråer å skjerpe sine hygieniske kjøkkenkrav för de anbefaler hoteller ved arrangerte reiser til Syden. Resolusjonen ble ikke akseptert på grunn av vanskeligheter med formuleringen og uenighet i salen.

Tema for annen mötedag var: För- och nackdelar i utveklingen mot fri hälso- og sjukvård. Som innledere stod amtsløge Leschly Jacobsen, rättsläkare Antti Jääskeläinen, provinsialläkare Alf Lager og ass.fylkeslege Egil Willumsen. Dr. Willumsen påpekte at de kondisjonerte i samfunnet ville bli prioritert hvis man opprettholdt betaling for helsetjenester i samfunnet, understreket at

dette neppe kan gi alle likeverdige og best mulig service. Han innså imidlertid betaling for helsetjenester var en av måtene man kunne begrense den ellers umettelige etterspørsel etter helsetjenester på.

Dr. Alf Lager fra Sverige hadde samlet erfaringer fra tiden etter 7 og 12 kr. reformen, og representerte vel den som hadde best kjennskap til hva som kunne skje hvis man hadde gratis helsetjenester i landet. Han skilte mellom hälso og sjukvård, han understreket meget sterkt at ingen egentlig i dag innså resultatene av en gratis helsetjeneste. Han trakk frem erfaringer fra England og Sverige, hvor det stadig viste seg at man hadde uheldige bivirkninger ved å ta bort pasientandelen av kostnader ved sykdom. Et eksempel var forskrivning av store enheter

medisin, hvor mye ble liggende ubrukt, en annen ulempe var økning av ventetid og forkortning av pasientens tid hos legen. - Man kan neppe vente seg at tilbud og etterspørsel vil falle sammen, sannsynligvis vil etterspørsel etter helsetjenester i all overskuelig fremtid overstige tilbudet, og om man ikke begrenser tilgangen på helsetjenester med en økonomisk ramme, vil man bruke andre begrensingsmuligheter som ventelister, overfladisk behandling eller uvennlig behandling.

Neste nordiske embedslegemøte blir arrangert i 1975 av de offentlige leger i Sverige. Man har tenkt å arrangere det på et øde fristed i Nord-Sverige av hensyn til kolleger i utkanten av Norge, Sverige og Finland.



Herr redaktør!

Sigmund Karteruds innlegg i nr. 7 ("Da Skåtun truet med politiet") er en noe avbleket reprise fra Æsculap nr.5 for 1969 og trenger delvis ingen kommentarer fra YLF's side. UTPOSTENS lesere kan sikkert selv bedømme sammenhengen mellom påstander om at "både delegater og Legeforeningens sentralstyre la munnbind på seg" i legelandsmøtet i Kristiansand og historien om studentene som ikke fikk opptre etter ønske på landsmøtet på Voss i 1969.

Men Karterud er like ufullstendig i sin framstilling nå som i 1969 hva Ylf's rolle angår, og la meg derfor få fastslå visse fakta som enhver får bedømme som han vil.

1. Lægeforeningens landsmøter arrangeres alltid av en underavdeling som tradisjonelt påtar seg visse økonomiske forpliktelser, bl.a. en mottagelse for samtlige landsmøtedeltage-

re med ektefeller første møtedag.

2. I 1969 var Ylf arrangør. Den finansielle side av saken ble ordnet ved oppbygging av et fond gjennom flere år og ved utleie av utstillingsplass til medisinalfirmaer. Ylf's utleie av stands i kinofoyeren på Voss i 1969 innbragte flere tusen kroner.
3. Selv de som mener at en slik utleie ikke burde funnet sted, vil antakelig forstå at "en kontrakt er en kontrakt", og at den som leier 1/6 av et lokale kan kreve reduksjon i leien når han blir avspist med 1/7. Dette gjelder uten hensyn til om den uønskede leier er villig til å betale eller om han påberoper seg å representere pressen.
4. Når daværende formann i Ylf og formann i arrangementskomiteen, Jon Skåtun,

grep inn, var det selvsagt av hensyn til inngåtte kontrakter. Når lensmannen ikke ble budsendt, har det nok mer nærliggende årsaker enn Karterud synes å anta. Kinofoyeren på Voss under landsmøtet på Voss i 1969 var leiet av Ylf for forretningsmessig utnyttelse i forbindelse med et medlemsmøte for Lægeforeningen.

Æsculaps redaksjon var ikke innbudt til møtet, og hadde heller ingen avtale med Ylf og var uberettiget til å oppholde seg i foyeren.

Jeg tror ikke disse linjer overbeviser Karterud, men kanskje noen kan tenke at hans artikkel ikke en gang var "et bittelite apropos til et forsidebilde av en kneblet mann".

Oslo, den 2. oktober 1973.
H. Asbjørn Holm
(formann i Ylf 1972-73)

Brev fra periferien til sykehuset

I øvre Vest Telemark har 7 leger siden primo 72 hatt møtevirksomhet med literatur og inviterte spesialister fra de sykehus man naturlig har kontakt med. Dette er finansiert av Den norske legeforenings fond for videreutdanning. Vi har sett dette som en viktig del av vår etterutdanning i den primære helsetjeneste.

Tross dette føler vi behov for å utvide våre kunnskaper og dermed gi våre pasienter bedre medisinsk service uten å måtte sende pasientene 150 km og lenger til overbelastede avdelinger eller poliklinikker som har svært lang ventetid. Derfor er det billigst og lettest for pasientene og samfunnet at mest

mulig blir gjort i den primære helsetjeneste.

Vi vil foreslå at det ved Porsgrunnsykehusene og Telemark Sentralsykehus blir opprettet stillinger for etterutdanning av primærleger ved de forskjellige avdelinger. Noe fast opplegg har vi ikke tenkt oss.

Et annet forslag er at utveksling av leger ville være en god ide for enkelte leger og enkelte avdelinger. At sykehuslege og primærlege ved de enkelte avdelinger kunne bytte plass for kortere tid. Slik vil og primær og sykehuslege få bedre forståelse for hverandres problem. Hvor lang tid man skal være ved hver avdeling må man drøfte seg frem til. Vi

foreslår derfor at representanter for øverlegene ved de forskjellige avdelinger for sykehuseierne og for primærlegene innen den norske legeforening kommer sammen for å ta opp dette problem og drøfte det praktiske opplegg. Men hver primærlege må få anledning til å være 3 mndr. ved sykehus hvert 5. år og kurs hvert år slik legeforeningen legger opp til i sitt program for videreutdanning av primærleger.

Dalen, 1.10.73
Olav Røynealand



Attføringens dilemma

Kan man vente at en familieforsørger skal gå fullt og helt inn for attføring når han på forhånd vet at nettoinntekten, etter at han har blitt attført, vil bli vesentlig mindre enn om han får uføretrygd.

Men er så dette tilfelle? Ja dessverre har det hendt at gavmildheten overfor funksjonshemmede og uføretrygdede har vært så overveldende fra politisk hold at man kan komme i den situasjonen ikke å ha råd til å unnvære uføretrygd. Men dette gjelder vel bare noen ganske få unntak vil mange si. Et blikk på nedenforstående tabell vil imidlertid overbevise en hver om at dette gjelder faktisk de fleste familieforsørgerne som søker uføretrygd. La oss ta en titt på tabellen som er hentet fra Sosial Trygd side 380/73.

barn og grensen med ervervsinntekt over 39.500 ligger på ektefelle og 3 barn. Grunnbeløpet er her forutsatt 7.900,- kr og skattesatsene er utregnet på grunnlag av 1972. Uførepensjonen er beregnet for full opptjenings- og trygdetid.

En annen ting som ikke er beregnet her er merutgiftene den yrkesaktive har ved å delta i arbeidslivet.

Våre politikere har altså kommet så langt i dag at de kan tilby uføre en inntekt som ligger vesentlig høyere enn den de ville fått dersom de var i fullt arbeide. Og vet så våre politikere om dette?

Jeg nekter å tro at de vet nok om det, i så fall håper jeg at dette ikke hadde skjedd. På den ene siden skal det nå fra politisk hold satses på attføring. Jeg tror

han søker om folketrygd. Derimot kan man påstå at de som har gjort systemet slik at dette kan lønne seg har en dårlig moral. Etter å ha sett denne tabellen kommer min reaksjon på politikernes løfter og attføringstrygd til å bli et stort smil hver eneste gang inntil trygdesatsene er regulert slik at de ikke lenger gir en vesentlig større nettoinntekt å være uføretrygdet.

Per Wium.



Disponibel inntekt for arbeidstaker og for uførepensjonist etter fradrag for inntektskatt og folketrygdavgift. Grunnbeløp 7 900 kroner. Skattesatser 1972. Eksklusiv barnetrygdstonad.

Forsørgingstillegg	Ervervsinntekt		Ervervsinntekt		Ervervsinntekt	
	25 000 kr.		30 000 kr.		39 500 kr.	
	Arbeidstaker	Uførepensjonist	Arbeidstaker	Uførepensjonist	Arbeidstaker	Uførepensjonist
	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.	kr.
Enslig	17 897	14 768	20 772	16 473	25 878	19 703
Ett barn	19 176	17 057	22 491	18 763	27 955	21 972
Ektefelle	19 176	18 741	22 491	20 447	27 955	23 601
Ektefelle + ett barn	19 176	20 228	22 491	21 934	27 955	25 034
Ektefelle + to barn	19 176	21 715	22 491	23 367	27 955	26 419
Ektefelle + tre barn	19 176	23 148	22 491	24 827	27 955	27 342
Ektefelle + fire barn ..	19 176	24 609	22 491	26 187	27 955	29 265
Ektefelle + fem barn ..	19 176	25 970	22 491	27 610	27 955	30 688

Det er forutsatt at arbeidstakere bare har lønnsinntekt og ikke andre fradrag enn minstefradraget. Videre er forutsatt at pensjonisten ikke har andre inntekter enn pensjonen fra folketrygden. Uførepensjon er beregnet for full opptjenings- og trygdetid.

Det må tilføyes at her ikke er tatt hensyn til en eventuell ekstraintekt som den uføretrygdede vil kunne få, og det er vel en kjent sak at våre medborgere selvfølgelig ikke sitter med hendene i fanget fordi om de har fått uføretrygd. Det skulle da også bare mangle hvis de er istand til å gjøre noe som helst.

I inntektsgruppen 25.000,- vil en familie med 1 barn allerede ha større inntekt dersom familieforsørgeren blir uførepensjonist enn om han er arbeidstaker. Grensen for ervervsinntekt på 30.000 ligger med ektefelle og 2

de pengene kan spares dersom man ikke først og fremst gjør noe med trygdeytelsene slik at det igjen vil være en fordel å arbeide også rent økonomisk. Hvis man har den trygdesøkende rett ovenfor seg og han sier at han kan ikke forsvare ikke å søke uføretrygd når han vet at hans familie med hans kone, hans barn vil få en vesentlig bedre økonomisk situasjon dersom han får innvilget uføretrygd. Når man ser lønns-takeres kamp for å øke inntekten kan man ikke på noen som helst måte påstå at den uføretrygdsøkende har en dårligere moral enn andre fordi

En gårdbruker hadde sendt bud på inseminøren, en av kuene var klar for inseminasjon. Det var kona på gården som tok imot fagmannen der han kom. Første gangen var det hun hadde hatt noen kontakt med en inseminør, hun hadde bare hørt om dette merkelige fenomen som nå skulle skje.

Kona på gården viste inseminøren ned i fjøset for å legge forholdene godt tilrette. Hun hjalp ham til med vasking og så sa hun og pekte opp på veggen: "Så kan du henge buks der".

Oversikten over sykehuslegenes inntekter er helt misvisende, fremholder Den Norske Lægeforening i en uttalelse i forbindelse med debatten om Oslo-legers inntekt. I avisene har det vært påstått at 40 sykehusleger i Oslo hadde en gjennomsnittsinntekt på 307 000 kroner ifjor. Skjevhetene i statistikken, som Forbruker- og administrasjonsdepartementet har utarbeidet på bakgrunn av materiale fra Oslo trygdekasse, består blant annet i at man blant de 40 sykehusleger har registrert en rekke større og mindre offentlige poliklinikker.

Ved årets slutt

Det lider mot slutten av 1973. Og hva har skjedd?

Vi har opplevet at opinionen våkner. Langsamt har publikum blitt i stand til å avsløre takstsystemets mangler. Et system som er bygget opp på "tillit mellom leger og trygdekantor", men hvor legene ikke lenger er tilliten verdig.

Få leger er skyldige i direkte overtramp, det er systemet som er svakt. Automatiserte laboratorier skuffer inn. To ord med en pasient kalles konsultasjon. Det er vanskelig å kalle en blodprøve uberettiget, selv om et hvert klinisk skjønn sier at den ikke er nødvendig. Blodutstryk, hemoglobin, senkning og urinmikro og uricult rettfærdiggjøres ikke alltid ved to dagers feber og hoste.

Som alternativ til den eksisterende og dyre helsetjeneste, føler stadig flere leger seg kallet til å presentere en personlig og forpliktende helsetjeneste.

Men for at den skal kunne effektueres over hele landet, må det offentlige ta på seg ansvaret for finansiering av kontor og kontinuitet av annet helsepersonell. Dette trekker legen ut av hans begunstigede stilling, og Legeforeningen setter seg selvfølgelig imot en slik utvikling. For å beskytte sine medlemmer, hvorav 3/4 arbeider innenfor sykehus og andre institusjoner, går den imot sunn finansiering av praksis (Økonomiutvalgets innstilling), utbygging av poliklinikker ved sykehus (Ullevål sykehus), enn si fastlønn for praktiserende leger.

Det vites ikke hvor bevisst man i den senere tid har vært når man har trukket almenpraktiserende leger i Asker frem i ros og lys som skilter med å ha 8 pasienter pr. time, 5 timers arbeidsdag 5 dager i uken og overlater alle sykebesøk utenom arbeidstid til inntektstrengende sykehusleger som bor i distriktet, uten selv å ha en

frysning i ryggmargen. Symptomatisk er det brede motangrep i Nordisk medisin mot helsedirektørens tanker om fremtidens helsetjeneste presentert ved formenn i de forskjellige skandinaviske legeforeninger.

Legeforeningen fremmedgør seg for utviklingen. Hva har den gjort med 600 000,- kr. saken for et år siden? Hva har den gjort med gynekolog som tok 1 000,- kr. under bordet for legal abort? Vi vet ikke annet om sakene, har ikke fått høre noen forklaring fra de innblandete. - Legeforeningen er kjent med at spesialister kjører primærlegevakt et år, og krever inn spesialisthonorarer. Den er kjent med lønnsforhandlinger for sykehusleger, og vet samtidig meget godt at både over- og underordnede leger forsyner seg grådig i takstsystemet, om enn i forskjellig grad. Generalsekretæren for Den

legenes
høyt og
et av inn-
skillinge
en ytterl
forhold
het de
material
for. De
tyr en
kontakt
end S
en har
depart
er det i

Privat-drevet legesenter avlaster

sykehus
i Hamar

Aftenpostens medarbeider
A. SKJEGSTAD

Departementets statistikk:

Helt misvisende om Oslo-legers inntekt

norske legeforening har på kurs for offentlige leger i 1971 forsøkt å dempe interessen for fast lønn, kombinert med sunn praksisfinansiering med å si at neppe er plass for leger i høyere lønnsklasser enn sjefsregulativet kl. III. "Man kan ikke vente at en lege tjener mer enn statsministeren."

Nylig publiserte lønnsstatistikker viser at selv fylkeslegen har vesentlig høyere skattbar inntekt enn deres regulative lønn, men sykehusleger, og selv leger under førstegangs militærtjeneste tjener det mange-dobbelte av egentlig lønn. Som standsforening er DNLF interessert i at dette foregår i det skjulte. Det er imidlertid urederlig, og går utover kolleger som ikke vil kaste seg over takstsystemet og andre "biinntekter".

Dr. Karl Evang imotsa Den norske legeforenings tolkning av "skal man se på den ubetydelige kritikk (takst-)systemet har fått..." hvor han blir oppfattet som tilhenger av systemet, med å hevde at han ikke mente å rose systemet, men heller påpeke at kritikerne var sløve. Dette avfalte en av generalsekretærens (?-usignert) ekle haler på innlegget i Tidsskriftet, hvor han nærmest erklærte tidligere helsedirektør som ikke meningsberettiget fordi han ikke tidligere hadde uttalt seg og klargjort feiltolkninger av overnevnte utsagn.

Takstsystemet har utspilt sin rolle, og Den norske legeforening bør arbeide mer åpent og direkte for å sikre legens inntekter. - D.v.s. sikring er neppe nødvendig. Legene forblir en privilegert gruppe. Vi kan alltid arrangere noen "sykebesøk i pasienters hjem" for å betale kalkun til jul. For kalkun blir det vel, vi spiser ikke svin lenger.

Club Peder
Lærerinne-
legels Hus,
Peder
Claussens
Gate 4

Legeforeningen:
Myten om legers inntekter og meningsløs påståtte inntekt fra poliklinikk



FORTSATT FRA 1.
Sykehusleger - - -

sitt arbeid på sykehuset, ofte rundt 100 000 kroner. Det er forbruker- og administrasjonsdepartementet som har regnet ut dette tallet på grunnlag av Oslo trykkekontoars årsoppgaver for 1972.

jevne inntekt gruppen.

Kan ikke bortforklares

Men selv ikke Legeforeningen kan bortforklare at tallene er uttrykt for at legene har enorme biinntekter, mange ganger den gjennomsnittlige drøm i konsert...

argumenter på begge sider. Det er fjer for langt å gå inn på de politiske og politiske myndigheters kløpskehet, eller manglende vilje, til å etablere et system som gir et rimeligere resultat og som sunnere praksis. Det er lettere, og de ansvarlige svær, å...

Tallet er en illustrasjon på ad- ministrative og politiske myndigheters kløpskehet, eller manglende vilje, til å etablere et system som gir et rimeligere resultat og som sunnere praksis. Det er lettere, og de ansvarlige svær, å...

...som utbetalt av Folketrygden, som det er et til av i landet, analyser for alle landets sykehus. Dette er ikke laboratoriet forpliktet til, men utfører arbeidet, og betalingen går rett til sykehuset. Overlegene får for ingen godgjørelse. Men...

Sykehusleger med 300 000 i biinntekt

Utbetales av Folketrygden - Komité undersøker ordningen

Av HALVOR ELVIK

Gjennomsnittlig hadde 40 sykehusleger i Oslo en biinntekt på 307 500 kroner hver i 1972. Dette i tillegg til den lønn legene har for

Fortsattes 16. side

Gravskrift

Her er en appelasjon
i søppelkuren min.
Den var bløtt plukket, støtt og pakket
og sendt hit opp fra varme land.
Den ønsket å bli vervet
til begrens fruktasalt,
Men akk: Den var bedrevet.



Et sted i sentrumsgårdene
der stetter folk og grubber
og tenker så det knaker
De tegner nakne damer
og setter navn på sålvere
med sørlige bokstaver
For de har fått i oppdrag.
av begjemiddelfirma
å lage den reklame

Men tenk om de fikk ane
de arbeidsomme
de arbeidsomme menn,
at alle den her reklame,
direkte og konstant
til papirkuren fant.

Tankekor: Så masse by
til ingen nytte.

Døstoktobege



Foreningen av legemiddelkonsulenter

Som styremedlem i Foreningen av legemiddelkonsulenter (FALK) har jeg fått i oppdrag å orientere om vår forening og dens tilblivelse.

Fra begynnelsen av 60 årene la de farmasøytiske firmaer øket vekt på å utbygge informasjonstjenesten med sikte på å kunne supplere legene med adekvate opplysninger om de mange nye preparater som har vært følgen av den rivende utvikling man har hatt innenfor bransjen etter den 2. verdenskrig. Et vesentlig ledd i denne informasjonstjenesten utgjøres av legemiddelkonsulenter som reiser rundt og oppsøker den enkelte lege. Betydningen av denne virksomhet har stadig blitt vurdert høyere, og behovet for personell har følgelig også vært økende. Knapphet på kvalifisert personell sammen med øket behov førte dessverre i enkelte tilfelle til en senkning av det faglige nivå. Enkelte leger la også merke til dette, og i et brev datert 30.11.65 anmodet Vest-Agder Lægeforening (DNL) om å ta et initiativ overfor de farmasøytiske firmaer med tanke på å få kvaliteten av de faglige informasjonsbesøk høynet generelt. DNL fulgte denne oppfordring og innkalte No-Fa-Ki og No-Re-Farm til et møte, hvori også prof.dr.med. Knut Næss deltok. På dette møtet fastslo man at vel skolerte faglige representanter har sin store berettigelse, - ikke minst som et ledd i legenes videre utdannelse med størst aktualitet for de leger som praktiserer noe perifert. De farmasøytiske firmaer ble derfor på møtet oppfordret til å arbeide videre med saken med det mål for øyet å finne fram til et system som generelt sikrer et faglig minimumsnivå hos legebesøkerne. En komité for å utrede forholdet samt å komme med forslag til en tilfredsstillende praktisk løsning ble nedsatt:

Fra DNL:

Dr. Knut Hesbø

Fra Institutt for Farmakoterapi:

Cand.pharm. Einar Dahle (sekretar)

Fra Farmasøytisk institutt: Lic.pharm. Reidar Bredo Sund

Fra No-Fa-Ki:

Cand.pharm. Olaf Weider

Fra No-Re-Farm:

Cand.pharm. Torvall Westly (formann)

Første møte ble holdt 11.januar 1967.

Komitèen kom frem til at konsulentene må ha generelle basiskunnskaper i:

1. Anatomi og fysiologi
2. Farmakologi
3. a Helsevesentets struktur
b Lovkunnskap
4. Etiske regler for industriens informasjons- og reklameaktiviteter

Pensum for de enkelte fag ble foreslått. Eksempel på eksamen er gitt fra oktober -71 i TDNL 34/71 s.2607.

Det ble videre foreslått nedsatt en autorisasjonskommisjon og anbefalt at konsulentene skulle gis en skriftlig autorisasjon som hvis ordningen skulle svare til sin hensikt, burde forlanges fremlagt før legene innvilget samtale.

Komitèen anbefalte at ordningen ble satt ut i livet hurtigst mulig, senest fra 1. januar 1968.

En av de berørte parter, legemiddelkonsulentene, hadde mens forhandlingene pågikk ingen organisasjon, og ble følgelig ikke forespurte. Gjennom sine arbeidsgivere hadde de dog latt komme frem tanker om overgangsordninger som først og fremst skulle beskytte eldre konsulenter, og konsulenter som hadde vært lege i bransjen. Dette viste seg, etter konsulentenes mening, ikke å være nok, og etter at et interimsstyre hadde arbeidet med saken, ble Foreningen av legemiddelkonsulenter (FALK) stiftet under generalforsamling 30.mai

1969.

Foreningens lover ble vedtatt.

Foreningens formål ble fastslått til:

a) å ivareta medlemmenes felles interesser, og å være kontaktorgan overfor myndigheter, de to arbeidsgiver-sammenslutninger NOMI og No-Re-Farm, Den norske legeforening og andre instanser hvor dette er aktuelt.

b) å virke for å heve standens faglige nivå gjennom møter, kursvirksomhet og lignende tiltak.

Som medlemmer kan opptas alle som pr. 30.mai 1969 var ansatt som legemiddelkonsulenter og alle senere registrerte legemiddelkonsulenter.

Helsedirektoratet, DNL, NOMI og No-Re-Farm ble underrettet om dannelsen av foreningen.

FALK ble altså stiftet i 1969 som et svar på autorisasjon av legemiddelkonsulenter. Den gang var et stort antall av konsulentene registrert som medlemmer. Autorisasjonen ble gjennomført, men med rimelige overgangsordninger, og på den korte tiden vi hadde til rådighet, lykkedes det oss å få et av styrets medlemmer inn som observatør med talerett i registreringsutvalget. Det viste seg at det var nyttig å ha et felles forum, noe vi tror kan bli nyttig også i den tiden vi går i møte. Nå, da hele den farmasøytiske industri er i søkelyset, ser vi det som en fordel at vi står så mange som mulig samlet, slik at vi i god tid kan være med å forsøke å øve innflytelse på utviklingen for oss selv i fremtiden. Det er også vårt bestemte inntrykk at majoriteten av våre arbeidsgivere er enige med oss om dette, også da endel av aktivitetene skal være å preparere konsulentene for sitt daglige arbeide.

Med vennlig hilsen
Paul-Petter Waldenstrøm

OPPSIGELSE

Jeg tillater meg herved å si opp min stilling som distrikt - rikslege i Sør-Karmøy legedistrikt - bosted Skudenes - havn.

La meg med en gang få understreke at dette ikke er en plutselig innskytelse, men resultatet av lengre tids alvorlige overveielser. Da oppsigelsen kommer såpass kort tid etter tiltredelsen i stillingen, og derved kanskje også overraskende, tillater jeg meg å knytte følgende kommentarer til den som begrunnelse:

Arbeidet som distriktslege i Skudenes havn er først og fremst altfor tidkrevende. På den ene siden den private praksis som presser seg fram på den andre siden det offentlige helsearbeidet, med skolebarnsundersøkelser, spedbarnskontroller, alders- og sykehjemsarbeid og noe møtevirksomhet. Vesentlig den private praksis kan turnuskandidaten avlaste med sin virksomhet, men like fullt er det distriktslegen som må administrere det hele

I praksis blir det slik at det hele blir en stressende prioritering, det er alltid noe man må si hei til eller begrense, ofte mot sin vilje. Praksisen kan presses ned til et minimum for distriktslegen, men ikke lenger, delvis p.g.a. presset utenfra, delvis p.g.a. de økonomiske aspekter og delvis fordi det er det som til syvende og sist interesserer mest (kfr. senere). Derved blir "papirarbeidet" liggende, og hopet seg opp etter vanlig mønster.

Vår utdanning kvalifiserer først og fremst til, og motiverer først og fremst for, pasientrelasjonen - på kontoret og i sykebesøk. På dette felt har jeg vurdert ikke så lite feil før jeg begynte i arbeidet her, idet jeg trodde at for en distrikt - rikslege var det tross alt denne sektor som var avgjørende største, hvilket altså ikke stemmer i dette tilfellet, hvor ca. 12.000 innb.

sokner til "Sør-Karmøy legedistrikt" (mens "kun" 4 - 5 000 pasienter naturlig sokner til distriktslegekontoret). Jeg har likevel forsøkt å gjøre "praksisen" mer moderne, kjøpt inn instrumenter for egen regning for ca. kr. 20 000,-, og ommøblert kontorene slik at én sykepleier kan ta seg bare av dette med prøvetaking og laboratoriearbeid. Dette har imidlertid ikke kunnet nyttes fullt ut, igjen p.g.a. tidsmangel, idet en slik praksis rimeligvis er mer tidkrevende (jeg har f.eks. enda ikke fått lest gjennom bruksanvisningene til de ulike instrumentene). Dessuten går 1/3 - 1/2 av "praksistiden" i hele høsthalvåret bort til skolebarnsundersøkelser.

Da distriktslegen i Kopervik stod som helserådsordfører, trodde jeg min befattning med helserådsaker skulle bli minimal. Imidlertid praktiseres i dag en deling av arbeidet, idet vi har hvert vårt distrikt. Dette er jeg i og for seg selvsagt enig i, distriktslegen i Kopervik har jo like meget å stå i utenom. Men jeg hadde altså feilregnet noe her.

Jeg har etter hvert bragt i erfaring at en distriktslege bør, først og fremst for sin egen del, ennoha administrative evner. Det er distriktslegen som til syvende og sist har det daglige ansvar for de ulike gjøremål, det er både personer (privat ansatte, helsesøster, distriktslegens medhjelpere, turnuskandidat) og ulike saker (først og fremst vedr. kontorpraksisen) som skal administreres. Jeg vet at jeg innehar sørgelig lite av slike administrative evner (og enda mindre evner til å skaffe seg de personlige kontakter som gjerne er en fordel for best mulig service, f.eks. fra kommunen side).

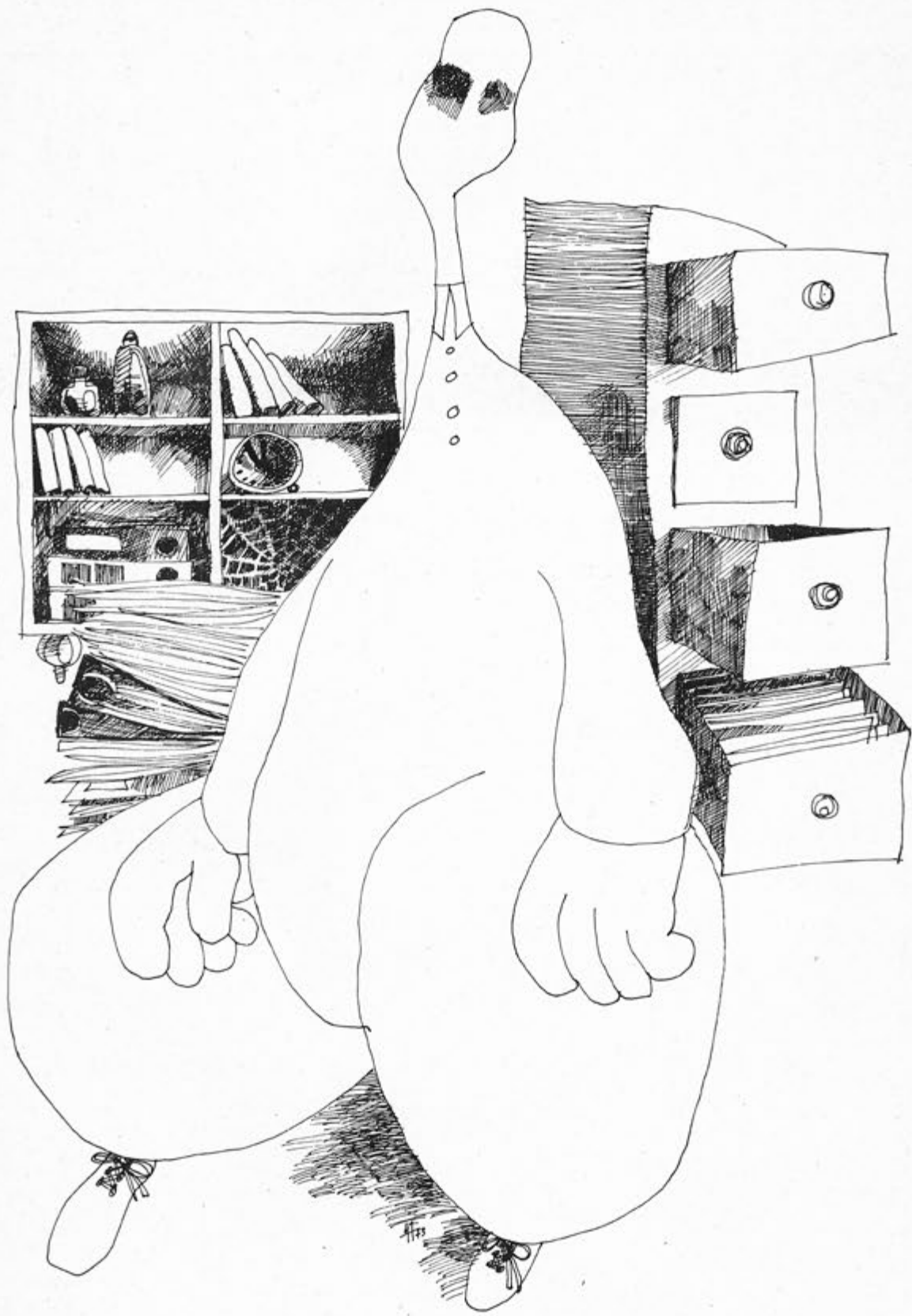
Jeg tør påstå at jeg fra første stund har satset, med tanke på lengre tids funksjon i denne stilling. Vi har "fått" nytt, bra hus som

vi har satt inn en god del mellomværende i (tepper, kjøkken, ekstra rominnredning etc.), hvilket nå må ordnes vis åvis kommunen på beste måte. Jeg har kjøpt inn endel instrumenter, som nevnt, samt har store lagre av diverse forbruksutstyr liggende.

I begynnelsen trodde jeg presset skulle snu seg, og håpet på "bedre tider". Nå vet jeg at det ikke vil gjøre det, tvertimot vil det utvilsomt bare bli flere oppgaver som tilfaller distriktslegen med tiden. Tar man det litt roligere en uke og ikke sitter på kontoret hver kveld, må det tas igjen uken etterpå med desto mer kveldsarbeid. Skulle man være borte noen dager, tar det opptil uker å komme ajour.

Jeg vet at situasjonen er den samme på uendelig mange distriktslegekontorer. Men når en ikke uvesentlig del av tiden og energien går med til å begrense det hele, holde tilbake trykket, si "nei" både her og der, da våger jeg i hvertfall å mene at jeg kunne bruke tiden og energien mer effektivt. - Når trygdekontoret med rette forsiktig begynner å etterlyse uføresaker ekspedert til meg for over et halvt år siden, eller når vaskehjelpen er lei av å vaske rundt eskene med diverse kontorsaker jeg enda ikke har fått tid til å pakke opp og sette på plass i de skapene jeg enda ikke har fått tid til å rydde i, - da mener i hvertfall jeg at grensen er passert. En ting er nemlig å ha det travelt, men å ha hodet over vannet; noe annet er den travelheten som tvinger en ned på mangfoldige favners dyp - med hodet først.

Hadde jeg vært ungkar, hadde jeg gjerne ikke skrevet dette brevet nå. Men når man har kone og to barn, har man også et utvilsomt ansvar til å leve med dem, ikke bare for dem. Alt for mange distriktsleger har opp gjennom tidene "sresset bort" det som måtte være av innbyrdes



overskudd i familien (barne-
mas og pasientmas kan ofte
virke temmelig likt, om man
ikke har tid til å høre et-
ter). Dette skal selvsagt
ikke uten videre kritiseres,
man hadde gjerne ikke før i
tiden noe valg. Men i dag er
en slik familieofring helt
unødvendig, om man besinner
seg i tide.

Jeg vil så anmode fylkesle-
gen om å arbeide for en løs-
ning vedr. arbeidssituasjo-
nen for distriktslegen i
Skudeneshavn, slik at stadi-
ge skiftinger av leger, og

vakanser, unngås. Jeg er
personlig ikke det man til
vanlig kaller "sosialist",
men er nå blitt en avgjort
tilhenger av sosialisering
av distriktslegestillinger,
slik at fylket/kommunen kan
sørge for driften av det
hele, og distriktslegen
slipper å administrere bort
tiden. Og før dette blir en
virkelighet, hva med en
"stadslege-stilling" for
hele Karmøy kommune?

Jeg ser altså ingen annen
utvei enn å slutte, idet jeg
innser at jeg avgjort ikke

er rette mann på rette sted.
Om denne mann finnes, er en
annen sak. - Jeg sier opp
nå, slik at jeg kan begynne
i tjeneste i Marinen fra 2.
januar -74, da jeg er inn-
kalt fra den dato (til fort-
settelse av førstegangstje-
neste). Senere tar jeg sik-
te på sykehus, da den senere
tid her har kvalt det som
måtte finnes av interesse
for almenmedisin.

Skudeneshavn, 9.10.73

Kjell Andenæs



«Den gamle og så den nye tid»

Noen merknader til Inger Haldorsens innlegg

i UTPOSTEN nr. 6/73

Mange av de tankene som kom-
mer frem i dette innlegget,
er jeg enig i, men avsnittet
om helsesøstrene trenger
kommentarer.

Helsesøstrene har ikke bedt
om å overta noen form for
jordmortjeneste i Norge, det
kan slås fast. Men mange
steder henvender kvinner seg
til helsesøster og ber om
følge til fødeklinikken, for-
di det ikke er jordmor innen
rekkevidde, og fordi de vet
at helsesøster ofte følger
pasienter til sykehus. Noen
ganger kommer drosjesjåføren
og ringer på døra, med den
fødende i bilen. Andre gang-
er ringer de på forhånd, og
da er det mulighet for å
nekte. Som helsesøster har
jeg nektet en gang, med den
følge at det ble hjemmefød-
sel, fordi jordmoren fra na-
bodistriktet mente det var
for sent å reise da hun kom
fram. Alt gikk bra, men jeg
ble kritisert i bygda. Andre
ganger har jeg fulgt, ikke
fordi jeg følte meg kvalifi-
sert, men fordi der ikke var
noen bedre, og jeg visste at
den fødende ville føle seg
tryggere og være mer avslap-
pet når jeg var med. Noen
sjåfører nekter også å kjøre
uten følge av jordmor eller
sykepleier.

Dette er altså situasjonen
mange steder i Norge i dag.
Hvorfor kritiserer så Inger
Haldorsen helsesøstrene for
at de gjerne ville forberede
seg til å være litt bedre
rustet til å møte den. Hvis
De har fulgt med i debatten
om dette emnet, vet De kans-
kje at en komité har kommet
med forslag til tilleggsut-
danning for helsesøstre for
at de kan være bedre forbe-
redt til yte førstehjelp ved
fødsel. Dette har dessverre
enda ikke kommet i gang.
Hvis De var den som skulle
føde under slike forhold, fru
Haldorsen, ville De da fore-
trekke følge av en helsesøs-
ter som bare hadde sin syke-
pleieutdanning fra fødekli-
nikken, framfor en som hadde
et 3-4 måneders tilleggskurs
i en slik avdeling? Er det
som forsvarer for de fødende
som bor i strøk med util-
strekkelig jordmortjeneste
De angriper helsesøstrene på
dette området?
Dersom De kan finne en bedre
løsning på kort sikt, tror
jeg mange helsesøstre vil
føle lettelse.
Flere helsesøstre i slike
utkantstrøk føler dette som
en påkjenning. For meg per-
sonlig ville det være grunn
til oppsigelse hvis proble-

met hadde vært til stede
lenger enn i jordmorens fe-
rie. Og nå ville jeg ikke
våge å søke stilling i et
distrikt uten jordmor innen
rimelig avstand.

Jeg vet at mange mener pro-
blemet kan løses ved at den
gravide reiser tidlig hjem-
mefra for å være nær føde-
klinikken. Men jeg vet også
at en slik ordning ofte ska-
per problemer for hele fami-
lien. Det er nesten alltid
vanskelig å få god nok hjelp
i hjemmet. Ofte må mannen
skofte arbeid og taper der-
med inntekt. Mange andre
vanskeligheter kunne nevnes.
Noen ganger blir den gravide
så fortvilet at hun rømmer
hjem igjen fra sykehotellet
før fødselen er over.
Skal de fødende i Norge bli
en ny gruppe pendlere, eller
vil problemet bli løst av
"den nye tids jordmødre"?
Noen har ymtet at de er
overkvalifiserte til å følge
fødende til klinikk.
Får vi transportable føde-
klinikker, eller får vi fle-
re faste?
Kanskje skal drosjesjåførene
bli framtidens fødselshjel-
pere i grisgrendte strøk?

Med helsing
Ragnhild Langeland
helsesøster

Tricycliske antidepressiva —

endring av utleveringsbestemmelser !

"Selv om det ikke foreligger materialer som viser at de høye styrker av disse preparater hyppigere er årsak til forgiftninger enn de lave styrker, er det likevel rimelig å regne med at de høye styrker medfører en større fare for alvorlige intoksikasjoner."

Denne geniale setning finner man i brev fra Spesialitetskontrollen som har gått inn for å redusere styrken på de psykiske antidepressiva som kan fås utlevert fra apotek. Informasjonen til landets leger kom halvannen måned etter at bestemmelsen var

satt i kraft, og mange var vi vel som lurte på hvordan man kan forestille seg at 2 tabletter à 25 mg gir mindre suicidalfare enn 1 tablett 50 mg Sarotex.

Pasientene blir jo som regel utstyrt med tilstrekkelig antall tabletter for å kunne klare seg til neste nødvendige kontroll hos lege, og det skulle da være knekkende likegyldig om de måtte ta 2 tabletter 3 ganger daglig, eller 1 tablett 3 ganger daglig. — "Selv om det ikke foreligger materialer som viser.....er det likevel rimelig å regne med at de høye styrker medfører større fare".



Symposium om hypertensjon —

nå i bokform

Firma MSD har tidligere fått sitt symposium litt karriert i UTPOSTEN på grunn av den pomp og prakt det var omgitt med for å formidle aktuelle fakta omkring hypertensjonsbehandling i allmenpraksis.

Vi ønsker nå å gi MSD ros for at de har kunnet presentere all den informasjon som ble bragt på symposiet i en behagelig symposiebok som gir autoritative svar på alle de spørsmål man er vant til å høre i diskusjoner omkring hypertensjonsbehandlingen.

Spørsmålet om verdien av en intensivt blodtrykksbehandling i forhold til andre helseoppgaver er imidlertid ikke diskutert, på denne måten skiller symposieboken seg ikke fra andre symposiereferater.



FYSIOKJEMIKER, stud.med. (1.avd.), søker arbeid hos primærlege fra januar ut mars -74. Nær Bergen.

Unni Kirste,
Bratlandsmuget 4,
5000 Bergen.



LEGESEKRETÆR, 20 år, med full utdannelse søker arbeid. Tove Eriksen, 9385 Skaland, tlf. 12 B.



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 akt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

DUMEX



Noen tanker om samfunnsodontologisk problematikk

1. Definisjon.

Det er gjort mange forsøk på å definere begrepet samfunnsodontologi. I "Introduction to Dental Public Health" defineres begrepet som den vitenskap og "kunst" (art) som går ut på å forebygge, kontrollere og fremme dental helse gjennom organisert samfunnsinnsats. Et symposium i Malmø i 1971, kom fram til en definisjon som adskilte disse aktiviteter fra de tradisjonelt kliniskodontologiske. Andre har definert samfunnsodontologi som en offentlig eller statlig tannhelsetjeneste.

Mest meningsfylt synes det i dag å bruke termen samfunnsodontologi som egentlig fanner et helt fagområde pluss aplikasjonsområdet, og SAMLET aktivitet og ressursinnsats for å løse SAMFUNNETS tannhelseproblemer.

Egentlig skulle da all odontologi være samfunnsodontologisk orientert. Om odontologisk aktivitet ikke sikrer mot en løsning av reelle tannhelseproblemer, er den overflødig og asosial. Den blir en utnyttelse av sykdom for egen vinning.

2. 3 faser.

Odontologien går som medisinen mot en tredje fase. I den første fasen var odontologien virkelig en "kunst", teknisk og reparativt dominert. Det berømte kliniske skjønn var enerådende. I den andre fasen utviklet odontologien seg i biologisk retning. Dette førte til en mer eksakt og velfundert plattform, men også til ørkesløse detaljstudier og manglende evne til praktisk aplikasjon av en ny kunnskap.

I dag er vi på veg mot en samfunnsmessig eller sosial plattform. Det beste tegn på dette er at spørsmål som de følgende har begynt å melde seg: Hva er egentlig problematisk?

Hvem definerer hva som er problematisk?

Hvilke kunnskaper er nødven-

dige og hvordan skal de appliseres for å løse problemene?

Og - ikke minst viktig - hva vil det koste av ressurser?

3. Orientering.

Samfunnsodontologi må være klart og sterkt profylaktisk orientert. Den beste og billigste helsetjeneste- og den som kan nå flest, er den som forhindrer at sykdom oppstår. Dette må derfor være den høyest prioriterte oppgaven.

4. Årsaksforhold.

For å kunne drive en effektiv og målrettet profylakse, trenger vi kunnskap om årsaksfaktorene. Kartlegging av problemene har tradisjonelt vært ensbetydende med kartlegging av symptomer. Samfunnsfaktorer av økonomisk og politisk art er i langt mindre grad enn f.eks. sukkerforbruk (misbruk) identifisert som årsaksfaktorer. Denne identifisering må nå komme. Dette er en klar samfunnsodontologisk oppgave. Videre må det legges vekt på en realistisk klassifisering, på en måte som muliggjør en direkte utlesing av behov for ressurser, jmf. Bellini's index. Problemene må bestemmes personellkategorier, aktiviteter, tekniske hjelpemidler og evalueringskriterier.

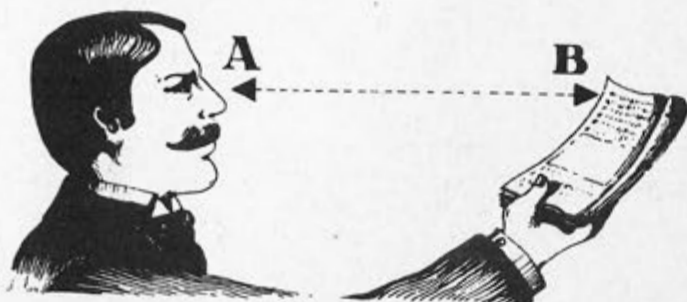
5. Identifikasjon.

Hva er det da i dagens situasjon som gjør at ikke tannhelsetjenesten fullt ut makter sin oppgave? Er det bare personellmangel? (Den er vel snart en saga blott). Har vi gått ut fra problemene og så

formet en adekvat tannhelsetjeneste? Svaret på de to siste spørsmålene er negativt.

Følgende formuleringer kan kanskje tjene som en slags problemidentifikasjon:

- A. Tannhelsetjenesten er i for stor grad odontologisk (tradisjonelt) bestemt. Dette fører til:
 - a. totalt sett en tilsløring av årsaksforholdene. Det er bare symptomene som er identifisert som problematiske. Derved har tannhelsetjenesten funksjonert som alibi (gjennom sin reparative funksjon) for krefter i samfunnet som er vel tjent med at de skader de forvolder blir reparert, uten at de selv utpekes som ansvarlige.
 - b. en delvis para-sosial funksjon. Det vil si at den ikke har vært rettet mot SAMFUNNETS problemer men bare mot enkeltindividet og med delvis unntak for offentlig tannrøkt, har den vært alt for lite systematisk.
 - c. for stor vekt på symptomatisk behandling.
- B. Tannhelsetjenesten synes å gi lite helse (dvs. i denne sammenheng: fravær av sykdom) igjen for de ressurser som forbrukes. Dette kan ha sin grunn i at:
 - a. tannhelsepersonellet ofte er overkvalifisert for den jobben (amalgamstapping) de faktisk gjør.
 - b. personellet i andre henseender er underkvalifisert (for det de ege-



- ntlig burde gjøre hindre sykdom i å oppstå).
- c. skikkelig koordinering mangler, delvis på grunn av tredelingen: folketannrøkt, skoletannrøkt og privat tannpleie.
 - d. fordi samordning med resten av helsetjenesten mangler.

6. Koordinering.

Et ledd mellom samfunn og odontologi er nødvendig. Det trengs målrettet forskning og undervisning på felter som identifikasjon av årsaksfaktorer, målsettingsarbeid, ressursmåling, aktivitetsmå-

ling, symptomklassifikasjon, motivasjon og kommunikasjon samt evaluering - for å nevne noen. Vi trenger en lærestol i samfunnsodontologiske disipliner, MEN vi trenger også et koordinerende organ som kan fordele oppgaver av denne art på alle odontologiske disipliner. For dette er felles oppgaver. Ingen må funksjonere som alibi for bevisløs utøvelse av odontologisk virksomhet.

Vi trenger et organ ved lærestedene der de samfunnsmessige og demokratiske funksjoner kan ivaretas. Fakultetstyret buder være et slikt

organ - med representanter for alle interesserte parter: politikere, representanter for helsedirektoratet, for offentlig og privat yrkesutøvelse, for forbrukerne (forbrukerrådet) og for andre institusjoner som beskjeftiger seg med samfunnsproblemer.

Et isolert odontologisk miljø kan ikke alene løse samfunnsodontologiske problemer. Et utvidet, åpent og demokratisk fakultetstyre, ville kunne tjene som den katalysator vi nå trenger.

T. Møller Hansen



Jeg synes dette er et dårlig julehefte Ikke har jeg tenner heller

Det nye helsekortet for barn

«KOMBI VEKT – OG LENGDESKJEMA»

I nr. 6 av UTPOSTEN fremlegges en god idé angående vekt-skala i det nye helsekortet.

En annen løsning er et "kombiskjema" utarbeidet av helsesøstrene i Ski legedistrikt.

Dette oversendes vedlagt til

orientering.

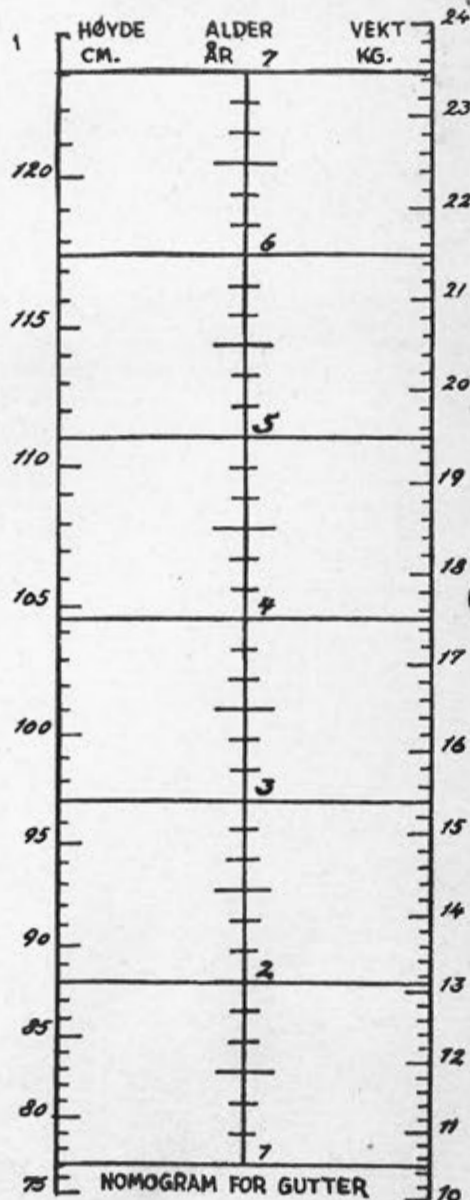
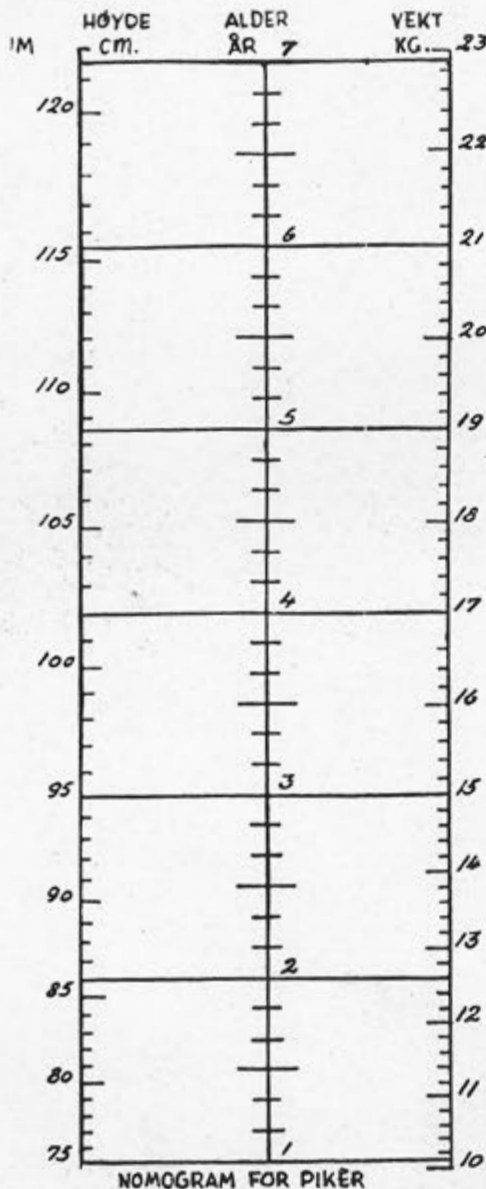
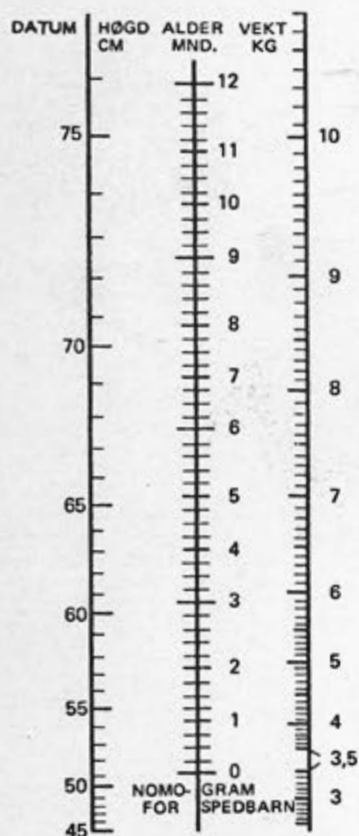
På dette skjema er samtlige vektskalaer til bruk ved helsestasjonen samlet på et A 4 format, og dette oppbevares løst i helsekortet.

Forøvrig kan opplyses at Fylkeslegekontoret i Akershus har fotokopiert "kombi-

skjemaet", slik at helsesøstrene i fylket kan få det ved å henvende seg dit.

Med hilsen
Kari Marie Näsaelqvist
ass.fylkeshelsesøster

Horisontallinjer viser den til alderen svarende gjennomsnittlige høyde og vekt.



Helsemyndighetenes og domstolenes kompetanse på områder som reguleres i helseforskriftene

Av byråsjef Grete Bonnevie Hørseth

Om sunnheitsloven av 16. mai 1860 uttalte professor Marcus Ingstad i en betenkning i 1886 i forbindelse med at han ikke fant noe uttrykkelig svar i loven på et spørsmål av stor interesse: «Men dette er ikke underligt i en Lov, som den foreliggende, der fra Lovformens Side — andre Sider ved den indlater jeg mig ikke paa at bedømme — ikke gjør Indtrykket af at være særdeles uenigmarbeidet».

Denne nå 105 år gamle «Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme sygdomme» gjelder imidlertid fremdeles, og den er en av de viktigste (om ikke den aller viktigste) lov på det helsemessige område. Loven inneholder nemlig hjemmelen for den lokale helseadministrasjon og helseoplysnings (oppsettelse av helseråd og utførelse av kommunale helseforskrifter) — og den har viktige bestemmelser om foranstaltninger mot epidemiske og smittsomme sykdommer.

Spørsmålet om å erstatte sunnheitsloven med en ny helselov har selvsagt vært overveiet fra tid til annen. Når så ikke er skjedd — til tross for at professor Ingstads uttalelse neppe kan bestrides — skyldes dette nok i første rekke nettopp at dens «andre Sider» var meget gode. I forbindelse med lovens 100 års jubileum uttalte således overlege Fredrik Mellbye (Liv og Helse 1960 side 104) at lovens forfattere «var i besittelse av de vesentligste egenskaper for å kunne lage en lov på et område som medisinsk administrasjon» og at de «ide en så allsidig utdannelse og erfaring at de var i stand til å gripe fatt i hovedprinsippene i den medisinske utvikling innenfor den naturvitenskapelige æra de levde i, og som er den samme som vi lever i i dag».

At en lov er gammel er ikke i seg selv noen begrunnelse for å oppheve den. Snarere tvært om. Man har i løpet av årene som regel fått avklart de fortolkningsproblemer den reiser, først og fremst ved domstolsavgjørelse. Selv om en lov i seg selv er temmelig uklar, spiller dette liten praktisk rolle etter en viss tid, fordi den praksis som er utformet i årenes løp er avgjørende. Tilbake blir den ulempe at det er vanskelig bare ved lesning av loven å få noe klart inntrykk av dens innhold.

Vår sunnheitslov har i de forløpne mer enn 100 år vært gjenstand for fortolking i mange rettsaker. Men dommene er av så gammel dato at man lett kan overse dem når et fortolkningsproblem dukker opp i dag. Og spørsmålet reiser seg om det er grunn til å anta at domstolens syn er et annet nå. I noen av sakene er forøvrig ikke bare helsemyndighetenes, men også domstolens egen kompetanse gjort til gjenstand for inngående drøftelser. Både av denne

grunn, og fordi domstolens kompetanse når det gjelder forvaltningsmessige avgjørelser har stor aktualitet for tiden, skal jeg nedenfor også komme inn på domstolens prøvelsesrett sett i relasjon til sunnheitslovens prgf. 7. Det er likevel først og fremst spørsmålet om helsemyndighetenes kompetanse, og da særlig deres kompetanse overfor virksomheter som kan foranledige helsemessige skader eller ulemper, som skal behandles i denne artikkel. Dette spørsmål er faktisk høyaktuelt, det er nok å nevne ordene flystøy og røyk-skade. I denne forbindelse er det imidlertid naturlig også å berøre helsemyndighetenes kompetanse overfor helse-skadelige boliger.

Med helsemyndighetene sikter jeg så vel til helserådet som til departementet.

Når det gjelder helserådets kompetanse, er det sunnheitslovens prgf. 3 og 4 (jfr. prgf. 11) som må studeres. I prgf. 3 står det at helserådet (Sunnheitscommissionen) «skal have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse, saasom: Reenlighed, skadeligt stillestaaende Vands Afledning, skadelige Næringsmidlers Forhandling, Boliger som ved mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Ureenlighed eller Overfyldning med Beboere have viist sig at være bestemt skadelige for Sundheden. Sundhedscommissionen har fremdeles at paasee, at... ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhestilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen.»

I prgf. 4 (jfr. prgf. 11) gir loven bestemmelser om lokale helseforskrifter («almindelige Forskrifter med Hensyn til Sundhedsvesenet inden Communen») Disse utfærdiges av kommunestyret etter forslag fra helserådet, og må for å bli gyldige approberes av Kongen (fra 1947 av departementet). Det er bare i byene at helserådet er pålagt å fremme forslag om helseforskrifter. Det er i dag tre landkommuner som fremdeles ikke har helseforskrifter.

II

Det som særlig har voldt tvil i praksis er forholdet mellom lovens prgf. 3 og prgf. 4:

Gir lovens prgf. 4 hjemmel til i helseforskrifts form å gi helserådet myndighet vedrørende andre gjenstander og forhold enn dem som er nevnt i prgf. 3 — eller angir oppregningen i prgf. 3 en uttrykkelig begrensning i så måte? Dette spørsmålet har da også i tidens løp vært grundig behandlet så vel av departementet som vitenskapsmenn og domstoler. Det er ingen overdrivelse å si at uenigheten har vært stor. Men nett opp derfor kan det ha interesse både å få de forskjellige syn nærmere belyst — og å konstatere hva som er gjeldende rett.

Av særlig praktisk betydning er forholdet mellom prgf. 3 og prgf. 4 i relasjon til helsefarlige boliger og bedrifter fordi oppregningen i lovens prgf. 3 bare tar med de boliger som har «viist sig bestemt skadelige for Sundheden» og de bedrifter som «drives med større Fare for den almindelige Sundhestilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen».

Departementet (Justisdepartementet til 1913 deretter Sosialdepartementet) har så vidt jeg har kunnet konstatere holdt stø kurs i alle år. Dets syn kommer til uttrykk når det behandler spørsmålet om approbasjon av helseforskrifter. I ialfall har departementet så langt tilbake som i begynnelsen av 1880-årene og i alle år tilbake som i begynnelsen av 1880-årene og i alle år senere anbefalt Kongen å approbere, eller selv godkjent, forskrifter som gir helserådet myndighet til å gi påbud overfor bedrifter uansett om de drives med «større Fare for den almindelige Sundhestilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen» eller ei, idet 80% av de helseforskrifter som er approbert i årene 1891—1951 ikke har noen slik begrensning. Ved kongelig resolusjon 23. mars 1881 ble f. eks. approbert helseforskrifter for Laurvig som hadde følgende bestemmelser: «Enhver Bedrift, hvorved Luften i højere Grad forurenses og Stank udbredes, eller ved hvilken Stoffe behandles, der kunne være skadelige for Arbeidernes og de Omboendes Sundhed, skal være underkastet Sundhedscommissionens Tilsyn, og er enhver Vedkommende forpligtet til at rette sig efter de Forskrifter, som den til Fjernelse af stedfunde Ulemper maatte give». Tilsvarende bestemmelser er approbert stadig vekk både før og etter århundreskiftet. (Bare i ca. 20% av de helseforskrifter som ble approbert i tiden 1891—1951 er helserådets myndighet overfor igangværende bedrifter begrenset til å forhindre større fare enn der nødvendig flyter av bedriftens eget vesen. Men begrensningen er foreslått av helserådet selv og vedtatt av kommunestyret. Den er altså ikke noe tilfelle foranlediget av departementet)

Videre skal nevnes at det i alle år, ialfall så langt tilbake som i 1890-årene har vært vanlig å ha bestemmelse i helseforskriftene om at planer for bedrifter som må antas å kunne medføre helsefare skal godkjennes av helserådet. At departementet selv har vært i noe tvil om hvor stor myndighet helserådet kan gis i helseforskrifts form, framgår av det faktum at det i 1885 i forbindelse med en aktuell sak innhentet uttalelse fra det juridiske fakultet.

Det Juridiske Fakultet avga 25. januar 1886 på Justisdepartementets

anmodning en betenkning om «forvidt der er Adgang til med gyldig Virkning at vedtage en Bestemmelse, som findes i de for Askøens Herred foreslaade Sundhedsvedtægter, hvorefter Sundhedscommissionen midlertidigt eller aldeles skal kunne forbyde enhver Fabrikvirksomhed, der efter dens Mening afstedkommer Fare for Omboendes Sundhed» (Inntatt i Departements-Tidende 1887 side 475)

Professor Aschehoug, som fikk tilslutning av professorene Brandt, Getz og Hagerup, uttalte blant annet at lovens prgf. 3 «gaar jo øyensynlig ikke ud paa at tillægge Kommissionen nogen Myndighed, men kun paa at bestemme og begrænse dens Forretningskreds, altsaa med hvilke Gjenstande den overhodet har at beskæftige sig. Efterat dette er skeet, forskriver Loven i de to følgende Paragrapher Kommissionen, hvad den med Hensyn til de i prgf. 3 omhandlede Gjenstande og inden de der optrukne Grændser har at foretage...»

Mindretallet, professorene Ingstad og Aubert, var av en helt annen oppfatning. Disse herrer mente at lovens prgf. 3 bare handler om den myndighet som uten videre tilkommer helserådet, og som det utøver dels på de steder hvor ingen helseforskrifter er utfærdiget. Om istandbringelse av forskrifter har loven først bestemmelse i prgf. 4 og etter de to paragrafers forhold til hinannen, har man ingen hjemmel til å overflytte en innskrenkning som bare er oppstillet i prgf. 3 — til prgf. 4, særlig når hensees til at forskriftene istandbringes under ganske andre garantier enn et helserådsvedtak. Når det gjaldt forslaget til bestemmelser for Askøen herred, fant mindretallet det påkrevet å skjelne mellom nye og bestående anlegg. De mente at det ikke var noe til hinder for at helserådet kunne gis myndighet til å henvise nye anlegg til en viss del eller et visst strøk av distriktet, hvor de gjør minst skade. Dette synspunkt finner professor Ingstad lite betenkkelig. For det første kan helserådets avgjørelse påankes til departementet og Kongen. For det annet vil anlegg av slik virksomhet allikevel lett stanses gjennom sivilt søksmål anlagt av naboer, ja endog selv om stedet er anvist av helserådet. En så stor myndighet som til å påby driftsstans av igangværende fabrikk mente de måtte gis i lovs form. På den annen side mente de at helserådet, når fabrikkens virkning på nabolagets sunnheitsforhold er særdeles betydelige og betenkkelige, uten videre må være i bestillese av en viss myndighet til å stanse dens drift, iallfall for så lang tid at saken kan avgjøres ved provisorisk anordning.

Førtallet av de rettslærde gikk altså imot den oppfatning av forholdet mellom lovens prgf. 3 og prgf. 4 som departementet tydeligvis tidligere hadde

lagt til grunn, jfr. approbasjonen av den foran siterte bestemmelse for Laurvig. Man skulle jo da tro at departementet, som selv hadde bedt om fakultetets uttalelse, ville føle seg bundet til å revidere sin oppfatning. Men som man allerede vil ha forstått gjorde verken departementet eller Kongen det.

I departementet foranlediget fakultetets betenkning tilsammen 14 tetskrevene sider bemerkninger. Den byråsjef som behandlet saken skrev blant annet: «...jeg skulde være tilbøielig til at mene, at Deptet faar lade det staa til og approbere ogsaa saadan Forskrift, hvori Sundhedskommissionen bemyndiges til at forbyde sundhedsfarlige Anlæg. — ialfald naar det gjælder By eller bymæssigt bebyggende Strøg. — Det kan jo ikke negtes, at Loven af 16/5 1860 ingen udtrykkelig Begrænsning opstiller for, hvilken Myndighed der kan overdrages Sundhedskommissionen ved Sundhedsforskrifter i Henhold til Lovens prgf. 4 og 11. Og hvad angaar Ordene i prgf. 3 «at ingen Næringsvei drives med større Fare» osv., kan man sige, at et er, hvad Loven selv siger skal være gjældende overalt, uanset om der er udfærdiget Sundhedsforskrifter eller ei, og et andet, hvad der paa Steder hvor Kommune-styrelsen ønsker det, kan bestemmes».

Departementet fulgte mindretallets forslag og henstillet til Askøen kommune å gi skilte bestemmelser for nye anlegg og igangværende bedrifter. For de sistnevnte ble i samsvar med departementets forslag følgende bestemmelse vedtatt og approbert: «Efter at Bedriften er traadt i Virksomhed, skal den være underkastet Sundhedskommissionens Tilsyn, og er enhver Vedkommende forpligtet til at sige efter de Forskrifter, som den til Fjernelse af stedfundne Ulemper maatte give».

Personlig må jeg si at jeg synes det er rart at ingen, hverken i fakultet eller i departementet, har funnet det opportunt å dvele litt ved ordet «saasom» i lovens prgf. 3. Dette ord tyder jo på at prgf. 3 ikke er ment å være uttømmende, hvilket forøvrig bekreftes i lovens forarbeider (O. No. 34/1860 side 5 annen spalte): «...og af disse Gjenstande har man eksempelvis anført de formeentlig vigtigste». Og jeg synes det er enda mer eiendommelig at ingen av fakultetets medlemmer har berørt rettspraksis. En høyesterettsdom av betydelig interesse var avsagt bare 9 år tidligere, og professor Aschehoug satt selv i retten i den saken! I det følgende skal jeg gjennomgå både denne dom og senere rettspraksis.

Rt. 1877 side 177 (Gassverkdømmen).

Fra Kristiania Gaskompagni strømmet det ut røyk, damp og stinkende gasser som sjenerte naboene og slo ned i gaten. I helseforskriftene av 1874 sto i prgf. 24 at «For Fabriker og Næringsbrug, hvilke formedeist den stedfindende Behandling af Gjenstande, der ere skadelige for Helbredet, eller paa Grund af Bedriftens egen Natur maa antages at være farlige for Arbejdernes eller Omboendes Sundhed, kan Sundhedskommissionen foreskrive de til Fjernelse af Faren fornødne Forholdsregler, forsaavidt Driftens Beskaffenhed tillater dem.» og i prgf. 25 at «større Ildsteder skulde være forsynede med saa høie Skorsteinspiber eller med saadanne Indretninger, at Røgen ikke bliver skadelig for de Omboendes Sundhed».

Tiltalte (Gaskompagniets eier) ble med 4 mot 3 stemmer dømt til under daglig løpende mulkt å etterkomme helserådets pålegg om 1) å forhøye ventilasjonsåpningen, 2) å forhøye retorteskorsteinen og 3) å la nærmere angitte

prosesser foregå i bygninger som er forsynet med trekkpiper av en viss høyde. Eieren påsto at helserådets krav ikke kunne imøtekomes da de enten i og for seg ville være unyttige eller også medføre at rommet i bygningen ville innskrenkes i en slik grad at driften ikke kunne foregå på tilbørlig måte.

Høyesteretts flertall viser til lovens prgf. 7, hvorefter helserådets lovmedholdelig fattende beslutninger bare kan oppheves av departementet eller Kongen. Retten skal derfor bare avgjøre om vedtaket er fattet på lovmedholdelig måte — om beslutningen er truffet på et område hvor helserådet hadde kompetanse i følge lov eller derved hjemlet forføying av kommunestyret (altså helseforskrift).

Førtvoterende fant at påleggene som var gitt Gaskompagniet var både uhen-siktssmessige og urimelige, og det ble av en annen dommer uttalt sterk tvil om riktigheten og påliteligheten av helserådets skjønn. Men da flertallet fant at vedtaket var lovmedholdelig, ble tiltalte under daglig løpende mulkt på kr. 10,— dømt til å etterkomme helserådets pålegg. Det ble imidlertid såvel av førstvoterende som av mindretallet presisert at det sto Gaskompagniet fritt for å anke helserådets vedtak for departementet.

En av dommerne av flertallet berører det interessante spørsmål hvorvidt sunnhetsloven og dermed helseforskriftene kan gi hjemmel til vedtak som går ut på fullstendig nedskrivning. Han «tør ikke benægte, at Lovgivningen og Sundhedsvedtægterne kunde give Sundhedskommissionen Ret til at paabyde Nedrivning uden Erstatning» (viser som analogi til bestemmelsen i bygningslovgivningen om nedrivning av falerfedige bygninger). Videre uttaler han: «Hvad jeg naturligvis vil innrømme, er dette, at de administrative Autoriteter, hvem Myndighed til at give Paalæg i saa Henseende er tillagt, maa tage Hensyn til den Opofrelse, som Paalægget medfører for den Private. Der maa være et rimeligt Forhold mellem det Onde, hvorunder Samfundet lider, og den Opofrelse, som man paalægger den Private ved umiddelbart at tilpligte ham at nedskrive sitt Hus. Men det er de administrative Autoriteters Sag at afgjøre, hvorvidt et saadant Forhold er tilstede, det er ikke og kan ikke være Domstolens. Da der hverken efter vor Forfatning, vor Lovgivning eller Sagens Natur, er Noget til Hinder for, at der meddeles de administrative Autoriteter en saa vidtgaaende Myndighed, som den, jeg har omtalt, til middelbart eller umiddelbart at tilpligte den Private Nedrivelse af Bygninger, har man ingen Ret til at fortolke Sundhedsvedtægternes prgf. 24 saaledes, at den i dette Tilfælde derfor skulde være til Hinder, thi denne prgf. siger uten Videre, at Sundhedskommissionen kan foreskrive «de til Fjernelse af Faren fornødne Forholdsregler». — saa at man vilde fravige ordene i prgf. 24 og fravige dem paa en Maade, som efter min Mening vilde være aldeles urigtig og ikke stemmende med Sagens Natur — ved at lægge den Indskrænkning ind i Sundhedskommissionens Myndighed som dette vilde være. Man kan sige, at det er en exbiotant Myndighed, som paa denne Maade lægges i Sundhedskommissionens Hænder. Det er saa, men Loven har gjort det, og Loven aabnet den Private, som maatte lide derunder, en Rekurs, som, efter min Mening, er langt at foretrække og langt sikrere end til Domstolene, nemlig til Regjeringen. Jeg begriper ikke, hvorfor man ikke i saadanne Tilfælde gaar til Regjeringen. Det er, efter min mening, den allerhen-siktssmæssigste Vei, og det af følgende Grunde: For det første, er Regjeringen

aldrig tvungen til at afgjøre Sagen i den stilling, hvori den foreligger. Den skal indhente nye Oplysninger sålænge, indtil den har faaet en aldeles bestemt Overbevisning. For det andet kan Regjeringen omgjøre sin Beslutning, hvilket Høiesteret ikke kan. Det er spørsmål, ikke om at afgjøre hvad der paa det gjvne Tidpunkt er Ret, men med tilbørligt Hensyn baade til det Offentliges og Privatmands Tarv, at ordne fremtidige Forhold».

Rt. 1892 side 321. Mossedømmen.

I Moss helseforskrifters prgf. 20 var inntatt bestemmelse enslydende med loven: «Sundhedskommissionen har at paase, at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen.» «Den i sanitær Henseende skadelige Luft» ble av helserådet forlangt fjernet. Senere — etter at det var bygget høy pipe — fant helserådet at lukten «under særegen vedvarende Veirforholde kan være adskilligt generende, hvorover da ogsaa fremdeles høres Klage». Fabrikken fikk ikke medhold av Høyesterett i sin paa-stand om at helserådet måtte angi hvordan lukten skulle fjernes.

Vedtaket ble i Høyesterett enstemmig funnet lovmedholdelig. Retten fant nemlig etter det opplyste at Cellulose kan fremstilles uten å medføre vond lukt eller andre sanitære misligheter (ved natron- og sulfitemetoden).

Da den aktuelle bestemmelse i helseforskriftene bare inneholdt en gjentagelse av lovens prgf. 3, kom spørsmålet om lovens prgf. 4 gir hjemmel til i helseforskrifts form å gi helserådet myndighet ut over den lovens prgf. 3 angitte, ikke opp i denne saken. Derimot berører flere av dommerne i premissene det prinsipielle spørsmål om ikke lovens prgf. 3 oppstiller en positiv begrensning for de administrative myndigheters kompetanse. En av dem uttaler at paragrafen «ikke hjemler Sundhedskommissionen Adgang til at kræve iverksat Forføringer, der direkte leder til Bedriftens Standsning. Det kan med Føie siges, at saafremt det godtgjøres, at denne Begrænsning er overtraadt, maa den Private, der følger sine Interesser krænkende ved Sundhedskommissionens Paalæg, kunne søge Rekurs hos Domstolene...» Tre av dommerne tilrådte dette votum.

En dommer er enig i resultatet, men kan ikke godta begrunnelsen. Han mener at det er en følge av bestemmelsene i sunnhetsloven at helserådene må forby ethvert anlegg av fabriker, hvorfra der utbrer seg sunnhetskadelig stank, selv om det ikke finnes noe kjent middel til å forebygge stanken. Han mener at helserådet i lovens prgf. 3 er pålagt plikt til å påse at intet forefinnes eller foretas som kan medføre skade eller svekkelse av beboernes helse. Denne alminnelige regel er belyst ved forskjellige eksempler (uthevelse i Rt.) idet prgf. 3 påpeker hvilke punkter helserådet spesielt skal ha sin oppmerksomhet henvendt på. Når det gjelder begrensningen i prgf. 3 («større Fare... end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen»), kan han ikke finne at et eksempel som dette kan modifisere den alminnelige regel. I denne forbindelse peker han også på hvor urimelig det ville være om helserådet ikke skulle ha rett til å verge byen eller deler av den mot utbredelsen av stank når en privatmann har rett til å verge seg mot at slik stank utbrer seg over hans eiendom eller inn i hans hus. (Han sikter åpenbart til naboloven av 1887). Det ville være i strid med hele lovens øyemed om prgf. 3 skulle være slik å forstå at det skulle skjernes mellom to slags fabriker, således at det skulle

gripes inn mot en fabrikk hvis skadelige utdunstninger ved et eller annet middel kunne avhjelpes, mens intet skulle kunne foretas når utdunstingen ikke kan hindres: «En saadan Fabrik skulde alt-saa kunne staa i al Fremtid og utbræde fordærlig Stank, blot fordi den var uehvelbredelig.» (!) Den samme dommer peker også på at helserådet består av byens borgere som er fullt kjent med hvilken stor økonomisk betydning for byen fabrikken har, ikke bare for arbeiderne, men også for andre av byens borgere, og for kommunen som stor skatte-yter. Helserådet har imidlertid funnet at «en sund Luft som et uerstattelig (Uthevelsen i Rt.) Gode er af større Betydning end den Gavnst, som kan flyde af Bedriften.» Etter hans mening var derfor formodningen for at helserådet hadde truffet sitt vedtak etter nøye overveieelse.

Høyesterett var for øvrig også i denne saken utvilsomt irritert over at helserådsvedtaket ikke var forelagt departementet før saken gikk til domstolene. Og det ble uttrykkelig uttalt at avsigelse av en høyesterettsdom som denne — og Gassverkdømmen — ikke er til hinder for at spørsmålet om helserådets beslutning skal stå ved makt eller endres, innankes for departementet. Det er neppe for sterkt sagt at Høyesterett oppfordret cellulosefabrikken eier til å innanke saken for departementet, for dommen ble fabrikkens gitt 6 måneder områ seg på i så henseende, idet den løpende mulkt først skulle begynne å løpe 6 måneder etter dommens avsigelse.

Justisdepartementet mottok også da slik anke i august 1892. Saken ble forelagt helserådet, som i neste møte 17. oktober 1892 vedtok en uttalelse som gikk ut på at forbedringer som var iverksatt, bl.a. oppførelse av en høy pipe, hadde medført at lukten var blitt betydelig mindre sjenerende og ikke lenger kunne antas å medføre fare for den alminnelige sunnhet. Helserådet fant det derfor ikke nødvendig å opprettholde sitt vedtak av 1885, men forbeholdt seg å komme tilbake til saken hvis forholdene skulle forverre seg. Noen realitetsbehandling i departementet ble således ikke aktuell.)

Forts. neste år.

?

Hvor er
DITT
innlegg
i
UTPOSTEN

★

Godt nytt år! 1974

★

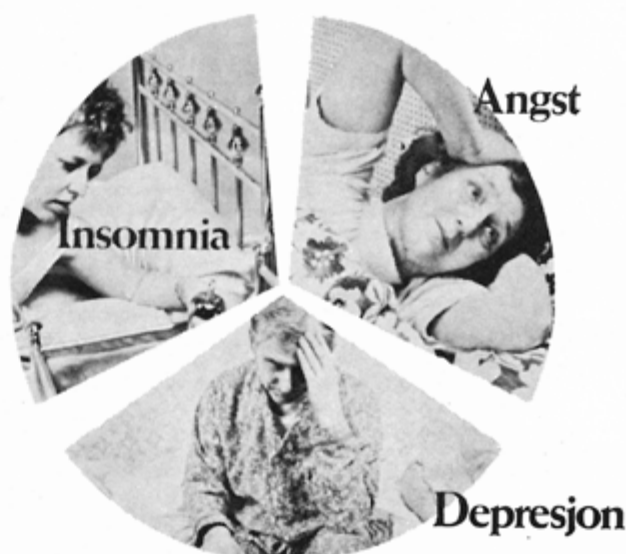
	nr.	s.
AKRE-AAS, Ragnar	3	3
ANDENES, Kjell	9	10
BORCHGREVINK, Chr.F.	6	2
DENSTAD, Halvor	1	14
" "	2	10
FÜRST, V.	6	12
GRØSTAD, Finn	1	5
HALDORSEN, Inger	6	15
HALVORSEN, Gløer	2	8
HANSEN, Leiv Tormod	3	10
HJORT, Peter F.	2	3
" "	8	3
HOLAN, L.D.	7	13
HOLM, Hans Asbjørn	6	3
" "	9	4
HOVIN, Ole B.	2	6
HØYER, Grete Bonnevie	9	17
KARTERUD, Sigmund	7	2
KJELLAND, P.M.	3	11
" "	8	5
LANGELAND, Ragnhild	9	12
LUND, Bengt Lasse	2	9
MALTERUD, Kirsti	3	12
MELLBYE, Fredrik	2	4
" "	3	9
" "	4	3
MIDLID, Børre	2	7
MØLLER-HANSEN, Toralf	9	14
MØRK, T.O.	3	2
NÄSSELQVIST, Kari Marie	9	16
RAMBECH, Knut	6	14
REIN, Knut	6	10
ROBBERSTAD, Torleiv	2	10
" "	6	11
" "	8	10
RØYNELAND, Olav	9	4
SEEBERG, Tom	3	12
SELMER-OLSEN, Astri	7	4
SEYFFARTH, Henrik	4	3
SMITH, Ellen	2	12
STEENFELDT-FOSS, O.W.	7	4
VONSTAD, Einar	7	12
WALDENSTRØM, Paul-Petter	9	9
WESSEL-HOLST, C.F.	8	14
WILLUMSEN, Egil	1	6
ØDEGÅRD, Tor	3	4
AASEN, Bjørn	4	6
KIRKAUNE & RØRAGEN	6	13
NILSSON, F. & RUNDE, Y.	8	6
BUTTEDAHL, MØLLER-	8	12
HANSEN, HENRIKSEN,		
TRONDSEN		

AD. abonnement på UTPOSTEN

Vi har vedlagt en postgiro innbetalingsblankett til dette nr. av UTPOSTEN. Det betyr en stor lettelse for redaksjonens arbeid å kunne sende ut innbetalingstaloner til alle abonnenter samtidig. Man ønsker å synkronisere abonnentene, og håper at de fleste, i alle fall de som tegnet seg før august måned, vil betale nå med den vedlagte postgiroblankett.

SØVNVANSKER

– et symptom, flere årsaker



Når søvnvansker er forårsaket av en underliggende depressiv tilstand, vil behandling av søvnproblemet med tradisjonelle hypnotika bare gi en god natts søvn. Årsaken til søvnvanskene vil derimot fortsatt være upåvirket, og pasienten forblir derfor avhengig av medikamentet for å få sove.

Disse pasienter trenger noe, mer enn bare et tradisjonelt sovemiddel, de har behov for et preparat som gir hurtig normalisering av søvn, demping av angst og en god antidepressiv effekt.

Mange hypnotika og de fleste tricykliske antidepressiva påvirker det normale søvnmønster. Dette kan igjen gi ubehagelige symptomer ved seponering, i form av søvnløshet, mareritt og agitasjon, og pasientene vil derfor nødig avslutte medikasjonen.

SURMONTIL påvirker ikke det naturlige søvnmønster,¹ i motsetning til de fleste tricykliske antidepressiva, og doseres med 50–150 mg (2–4 tabletter à 25 mg) 2 timer før sengetid.

¹Dunleavy, D. L. F., et. al. Br. J. Psychiat. (1972), 120, 663–672.

Surmontil® Doseres en gang daglig –2 timer før sengetid

Trimimipraminum

Indikasjoner:

Alle former for depresjonslidelser især når den ledsages av insomnia, angst og agitasjon.

Dosering:

50–100 mg 2 timer før sengetid. Største dose gis fortrinnsvis til pasienter med uttalt søvnforstyrrelser. Ved å gi dagdosen om kvelden, vil man hurtig oppnå en normal søvnrhythme og redusere behovet for regelmessig bruk av tradisjonelle sovemidler. Behandlingen må fortsette i minst 4 uker.

Bivirkninger:

Lett initial desighet kan forekomme. Tørst i munnen, lett tremor, vertigo, hypotensjon, tachycardia, akkomodasjonsforstyrrelser, gastrointestinale forstyr-

relser og hodepine er iaktatt. Ved høye doser er det enkelte tilfelle sett ekstrapyramidale symptomer som dysarthria, tremor, akathisia og parkinsonisme. Toksik-delinose reaksjoner kan i sjeldne tilfelle forekomme. Bivirkningene forsvinner som regel ved reduksjon av dosis.

Forsiktighetsregler:

Som ved all medikamentell behandling av depresjoner kan den hemningsevende virkning inntre før den depresjonsløsende virkning, og dette kan føre til økt suicidalrisiko. Surmontil kan forsterke virkningen av katekolaminer som f. eks. adrenalin og noradrenalin. Preparatet bør ikke kombineres med alkohol. Det er rapportert enkelte tilfelle av kardiale rytmeforstyrrelser

og sinus-tachykardi ved bruk av tricykliske antidepressiva, og stor forsiktighet utvises når det gjelder behandling av pasienter med hjertelidelser. Schizofrene symptomer kan aktiviseres. Anfall av intermitterende såkkesyn, regnbuesyn og øyesmerter krever hurtig øyelege kontroll og utelukking av anfallsglaukom før behandling fortsettes. Forsiktighet ved leverlidelser, epilepsi, hjemmeskader. Teratogen virkning har aldri vært påvist, men likevel tilrådes forsiktighet ved behandling i første trimester av svangerskapet.

Kontraindikasjoner:

Trangvinklet glaukom. Må ikke gis til pasienter som behandles med M.A.O. hemmere – og tidligst 2 uker etter at M.A.O.H.-behandling er avsluttet.

pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik