

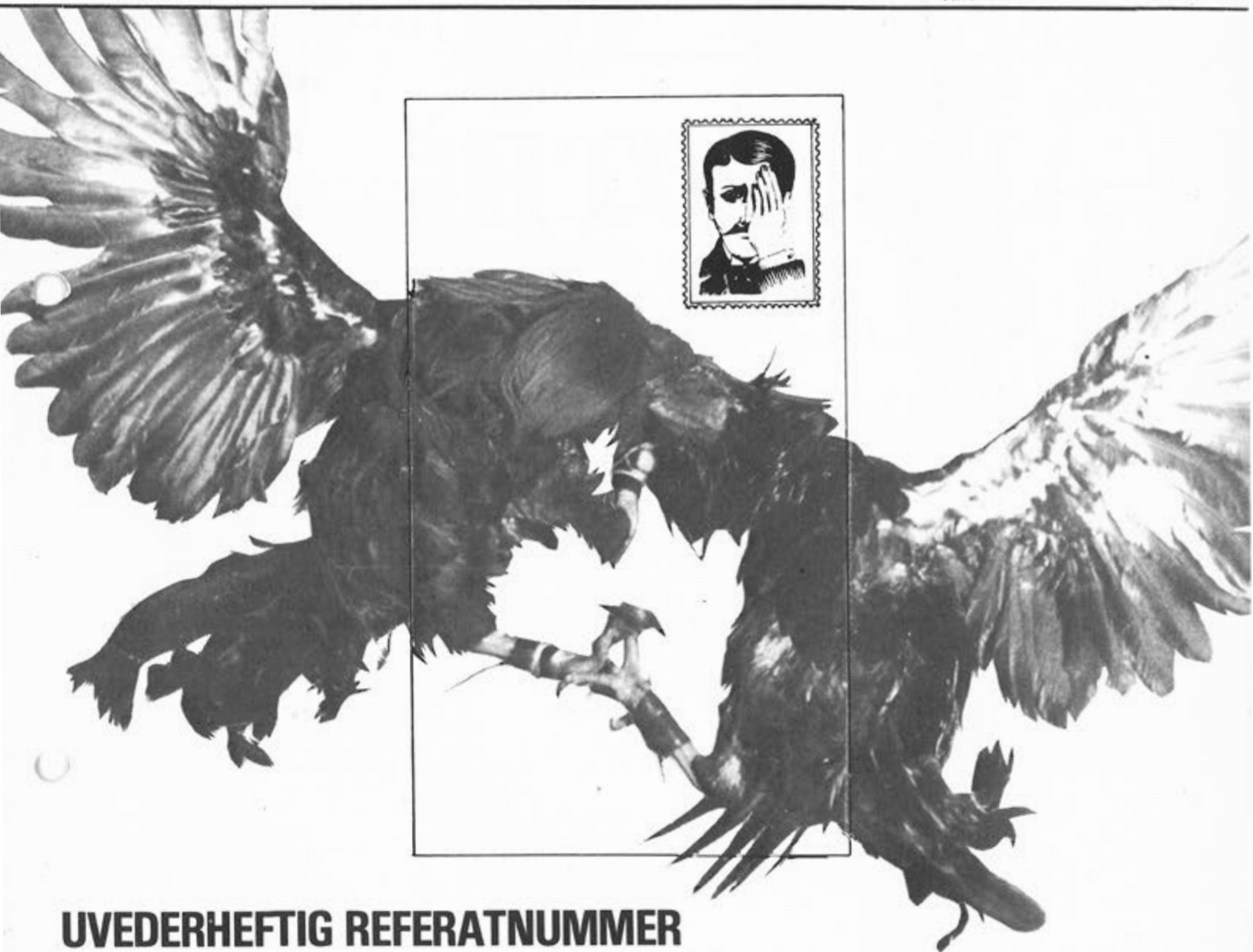
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 5

JUNI — JULI 1975

ÅRGANG 4



UVEDERHEFTIG REFERATNUMMER

AV INNHOLDET:

ÅRSMØTE I OLL	s. 2
LEGEFORNINGENS LANDSMØTE .	s. 3
MØTE MED HELSEDIREKTØREN ..	s. 6
MEDISINSK TEKNISK UTSTYR	s. 9
HELSESØSTERS INSTRUKS	s. 10

UTPOSTEN

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 347823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretær:

Asgar O. Aasen

Tegninger og Lay-out:

Kåre Bjørn Huse

Abonnement:

Kr. 50,- pr. år.
Studenter kr. 25,- pr. år.

Trykk:

ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 Orkanger.

ÅRSMØTE I OLL

Nytt styre i OLL ble formann Harald Siem, Aukra, viseformann A. Skogland, Kvefjord og styremedlemmer E. Fjørtoft, Steinkjær, L.D. Holand, Bærum og H. Harstad, Lakselv.

Harald Siem gjorde oppmerk - som på at han ville være borte på videreutdanning de første 9 månedene, men distriktslege Kvamme under - streket at Siem måtte regne med å sitte to 2 års perioder, og at 9 måneder i denne sammenheng ikke var noe å hefte seg ved. Siem fikk forøvrig stor ros for det arbeidet han hadde gjort i foreningen, spesielt seminaret om helse- og sosialtjenesten på Røros i fjor.

Bedre forhold i enlegedistrikt.

Men det var andre ting som opptok de offentlige leger på sitt møte denne gangen. Et brev fra Kari Neverlien i Masfjorden kom frem, der hun foreslo nedsettelse av et utvalg i OLL's regi. Dette utvalg skulle utrede hvordan man kunne skaffe seg skikkelige arbeidsforhold og en god helsetjeneste i enmannsdistriktene.

Og vi kjente oss igjen alle sammen. Alle hadde hatt samme erfaring som nybakt distriktslege i enlegedistrikt med de uoverstigelige vanskeligheter som tårnet seg opp i begynnelsen. Kari Neverlien har

reagert omtrent på samme måte som undertegnede i Utposten, bare med den forskjell at hun kanskje foreløpig har stanget hodet mot veggen. Fra styrets side ble det gitt megen forståelse for dr. Neverliens problemer, men fra det hold mente man at et slikt utvalg ikke var den rette måten å løse problemet på. Det beste forslaget om løsning av disse problemene, hvor det blir motsetningsforhold mellom distriktslegen og kommunen, samt i en viss grad mellom distriktslegen og fylkeslegen, var å ta direkte kontakt med OLL og legge frem problemene slik de konkret fortonet seg. Derfra ville man da kunne ta kontakt med helsedirektoratet eventuelt fylkeslege, for å prøve å få rettet på forholdet. En annen ting av verdi er at man på den måten ville få blinket ut de kommuner hvor forholdene er verst, og at man eventuelt kunne boikotte disse stillingene.

Utdannelse av offentlige leger.

Det synes nå som OLL skal ta alvorlig på problemet med utdanning av offentlige leger. Det ble satt frem ønske om at kurset på Bygdøy ble omdannet til et kortere spesialkurs for offentlige leger i Norge, mens kursene i Sverige, Storbritannia og Amerika skulle gi den generelle store

bakgrunn i offentlig helsearbeid. Videre stor vekt på repetisjonskurs kurs i administrasjon, kurs i teknisk hygiene. Alle disse kurstilbud må kombineres til et hele som gir et bra tilbud for offentlige leger.

Turnuskontrakten.

Det kom her til enighet om at den turnuskontrakten som i dag er gjeldende, er noe av det beste som kan legges frem i dagens situasjon. Diverse skarpe advokathoder har vært igang for å fjerne arbeidsgiverrollen fra distriktslegene, men dette vil i aller høyeste grad føre til at vår integritet blir knekket av turnuskandidatene. Vi ville da nemlig måtte opprette et kompanjongskap med fulle, demokratiske rettigheter på begge sider. D.v.s. at en turnuskandidat i distrikt vil komme inn i samarbeidsavtalen med samme rettigheter som distriktslegene. Og det ville jo bli plagsomt dersom ens praksis skulle revolusjoneres en gang hvert halvår.

Forøvrig er det jo gledelig at fremmøte på OLL var nesten like god som på møte som helsedirektøren hadde med de offentlige leger. Aldri har jeg sett så mange leger på et landsmøte i OLL, og jeg håper den ungdommelige glød og iver som der ble lagt for dagen vil føre til en sterk forening av offentlige leger i tiden fremover. Jeg ønsker formannen lykke til i tiden som kommer.

Per Wium.

Referat fra Legeforeningens landsmøte i Bergen

8.—10. mai 1975



Det 43. landsmøtet ble avviklet i ekspesjonelt pent og varmt vær til hva en er vant til i Bergen. Byens sjarme og Hordaland Legeforenings helt ut uklanderlige opplegg gjorde hele arrangementet vellykket.

Generalsekretær Odd Bjerke ble utnevnt som æresmedlem av foreningen, Jon Skåtun gikk av som president, og er eneste søker til stillingen som ny generalsekretær. Og som ny president ble reservelege Dagfinn Gedde-Dahl valgt.

På vegne av vertskapet ønsket overlege Knut Halvorsen velkommen, og nevnte bl.a. at han mente at Den norske legeforenings medlemmer i for liten grad var trukket inn i tilretteleggingen av vårt arbeid med å heve standarden av vårt helsevesen. Bergens ordfører, overlege Eilert Eilertsen, mente å ha registrert en epidemi av samfunnsrettet engasjement blant legene, og betegnet dette som en gledelig utvikling i sin velkomsthilsen til landsmøtet.

President Jon Skåtun understreket at Den norske legeforening må vise ansvar for helse- og sosialtjenesten i sin helhet, et arbeid som begynner og slutter med pasienten. Han beklaget Forbruker- og administrasjonsdepartementets manglende sans for den helsemessige side av problemene ved legetjenesten, beklaget departementets amatørmessige omgang med statistikk, og den store inntektspolitiske slagside dette departement har i sine vurderinger av legearbeidet.

Førstelektor Anders Forsdahl fikk Legeforeningens hygienepreis for sin undersøkelse av finskattede i Sør-Varanger og deres høyere dødelig-

het, særlig av hjerte/karsykdommer.

I sin innledning til diskusjon om Stortingsmelding nr. 9, som forøvrig var behandlet i Stortinget 2 dager tidligere, nevnte helsedirektør Torbjørn Mork at de som arbeider i helse/sosialsektoren nok har et sterkt inntrykk av trange rammer, og dette skyldes fagfolks og politikeres ønske om å hindre at avstanden mellom det som teoretisk og det som er praktisk mulig innenfor dette felt, skal øke. Ut i fra et helsepolitisk program som ønsker å skape en helhet i helsevesenet, en trygg geografisk spredning og en integrasjon av helse- og sosialfunksjonen, med samtidig hensyntagen til de begrensede ressurser, har man i Stortingsmelding nr. 9 skissert hvordan man kunne tenke seg utbyggingen av vårt helsevesen i fremtiden.

En periode med betydelig usikkerhet er bragt til ende ved at Stortingsmelding nr. 9 er kommet til behandling, og helsedirektøren pekte på at man nå, skritt for skritt, kan sette de skisserte prinsipper ut i livet.

Diskusjonen etter helsedirektørens innlegg ble på langt nær så interessant som man hadde håpet. De to første innledere, Dagfinn Gedde-Dahl og Mads Gilbert, brukte tilsammen 45 min. av den disponible time, med ferdigskrevne innlegg. Diskusjonen var jo åpen for publikum, og avisenes referater av Legeforeningens holdning til helseplanleggingen i landet, er nok sterkt preget av særlig det første innlegget.

Dagfinn Gedde-Dahl hadde hittil oversett at denne Stortingsmeldingen ikke var faglig, men en politisk utred-

ning. Det ble pekt på at man ønsket å redusere utgiftene i helsesektoren, og så hadde man fått Helsedirektoratet til å konstruere et faglig alibi for nedskjering av utgiftene. Han mente Stortingsmeldingen bare i liten grad gav svar på konkrete spørsmål, han sa at meldingen er gjennomsyret av mistillit til legestanden, og bar preg av å ha vært laget ved et skrivebord fra et direktorat som ser på helseproblemene fra et falkeperspektiv, mens vi leger kjenner problematikken fra vårt froskeperspektiv.

Dr. Mads Gilbert mente å kunne påvise sammenheng mellom investeringer i oljesektoren og reduserte investeringer i helsesektoren. Han berømmet også almannamøtet ved Gravdal sykehus som hadde klart å presse gjennom engasjementstillinger fra Helsedirektoratet etter at deres oppsatte ønsker om nye stillinger var avslått. Dr. Johan Lundar bragte diskusjonen litt mer i retning av tema, og sa at det vel måtte være bred enighet om at styring av primærhelsetjenesten var nødvendig, og at man ikke kunne overlate helsetjenesten til de frie krefters spill.

Dr. Aslak Syse var bekymret for at den oppskisserte grovmodell av vår fremtidige helsetjeneste ville føre til sentralisering. Selv om små sykehus ikke skal nedlegges, betyr det likevel en langsom kvelning at de fratas mulighetene til å utvide. Han pekte videre på at menneskebehandling tar tid, og tvilte på at det var meget mer å hente av effektivitet hos helsearbeiderne ved rasjonaliseringstiltak. Han stilte også spørsmålet

om hvordan den totale prioritering innen helsesektoren skal finne sted. Overlege Hans K. Dahl understreket at politikerne nå selv måtte gå ut til befolkningen og si fra at det ikke er helsetjeneste nok til alle.

Overlege J. C. Arbo trakk Stortingsmeldingens opplysninger om ressursknapphet i tvil. Det er opplyst at sykepleiemangelen skal være godt avhjulpet innen 1981, og han var kjent med at man i Miljøverndepartementet planla milliardinvesteringer for å bekjempe forurensninger. Helsedirektøren kunne da fortelle ham at en investering i helsesektoren krever enorme personellressurser sammenlignet med byggetekniske investeringer. Dr. Johan N. Stray-Tønnesen understreket at forventningseksplosjonen føles best av almenpraktiserende leger. Dr. H. Asbjørn Holm beklaget den diffuse og uforpliktende tekst i Stortingsmeldingen, men understreket at vi nå står foran en konkretisering av meldingens innhold. Han mente det var meget vi kunne bidra med i så måte.

Dr. Sverre Vassli slo fast at meldingen har vært lest med forskjellig resultat, og frarådet medlemmene i Legeforeningen å innta skyttergrav.

I sin avrundning sa helsedirektør Mork at konspirasjonsteorien som var lansert, ikke stemmer. Han synes ikke vi burde trekke hverandres motiver i tvil. Og inviterte legeforeningens medlemmer til å være med på den fremtidige utbygging av helsevesenet. I den sammenheng savnet han konkrete alternativer til Stortingsmeldingen under debatten.

Helsevesenet alene har ikke ansvaret for menneskehetens lykke, eller helse i WHO's forstand. Vi bør klargjøre overfor befolkningen hvilke problemer vi ikke kan hjelpe dem med. Helsearbeiderne er ikke generelle problemløserne. Da han vel syntes enkelte medlemmer i Legeforeningen hadde vanskelig for å forstå Helsedirektoratets prioritering, gav han forsamlingen litt samfunnskunnskap, med teskje. Slik at det gikk opp for dem som ikke hadde tenkt på det før, at de folkevalgte foretar prioritering og budsjettering, og at legenes innflytelse på beslutningspros-

sen bør skje gjennom valg av representanter til politiske fora hvor avgjørelsen ikke kan tas på et sikkert faglig grunnlag. Til slutt ble professor Bjerke-lund sitert:

«Skal legens råd være verdifull og pålitelig veiledning i prioriteringssammenheng, må han som ekspert være objektiv og upartisk. I realiteten betyr dette at han ikke selv må være part i saken og ha personlige interesser knyttet til denne. Denne betingelse er ofte vanskelig å tilfredsstille i små land, der det i spesielle saker ikke er så mange eksperter å velge mellom.

Ikke så sjelden vil en ekspert ha mer eller mindre bevisst ønske om å etablere sin fortsatte medisinske virksomhet og karriere innenfor sitt eget felt, et forhold som eventuelt vil kunne påvirke hans uttalelse. Forutsetningen for virkelig ekspertise i våre dager er også ofte at feltet er relativt snevert. Hensynet til oppgaver på andre områder som eksperten kjenner lite til, kan derfor lett bli tillagt for liten betydning.»

Sakslisten til landsmøtet forøvrig var preget av legenes bekymringer om spesialistregler. Landsmøtet har selvsagt sine faste poster, og utover disse var det to poster som gjaldt forandring av Den norske legeforenings lover og etiske regler for leger. Forandringer i spesialistregler derimot var listet opp med bokstaver fra A til W, men denne del av sakslisten kom heldigvis så sent til behandling at det gikk greit å klubbe gjennom de forskjellige forslag og avvisninger uten alt for lange diskusjoner.

Hovedforhandlingene på landsmøtet var knyttet til Sentralstyrets melding om Legeforeningens virksomhet i tiden 1.mai 1974 - 1.april 1975. Noen punkter fra diskusjonen omkring meldingen skal hentes frem.

Dr. Finn Nilsson mente Legeforeningen måtte ta sitt informasjonsansvar alvorlig. Ikke bare almenheten, men også medlemmer begynner å vise mistro til Legeforeningen. Foreningen må være PR-minded og drive aktiv markedsføring av seg selv og legene som yrkesgruppe. Han mente også at det burde arbeides for et livligere tidsskrift med profesjonell journalistisk

bearbeidelse av aktuelle tema.

H. Asbjørn Holm hadde satt frem et forslag under forrige landsmøte: "Landsstyret henstiller til Sentralstyret å nedsette et utvalg med mandat å gjennomgå administrasjonsforholdene i Legeforeningens sekretariat for å finne ut om den ordning vi har i dag, er den mest hensiktsmessige med henblikk på de oppgaver Legeforeningen skal løse til enhver tid. Det forutsettes at utvalget evt. fremsetter

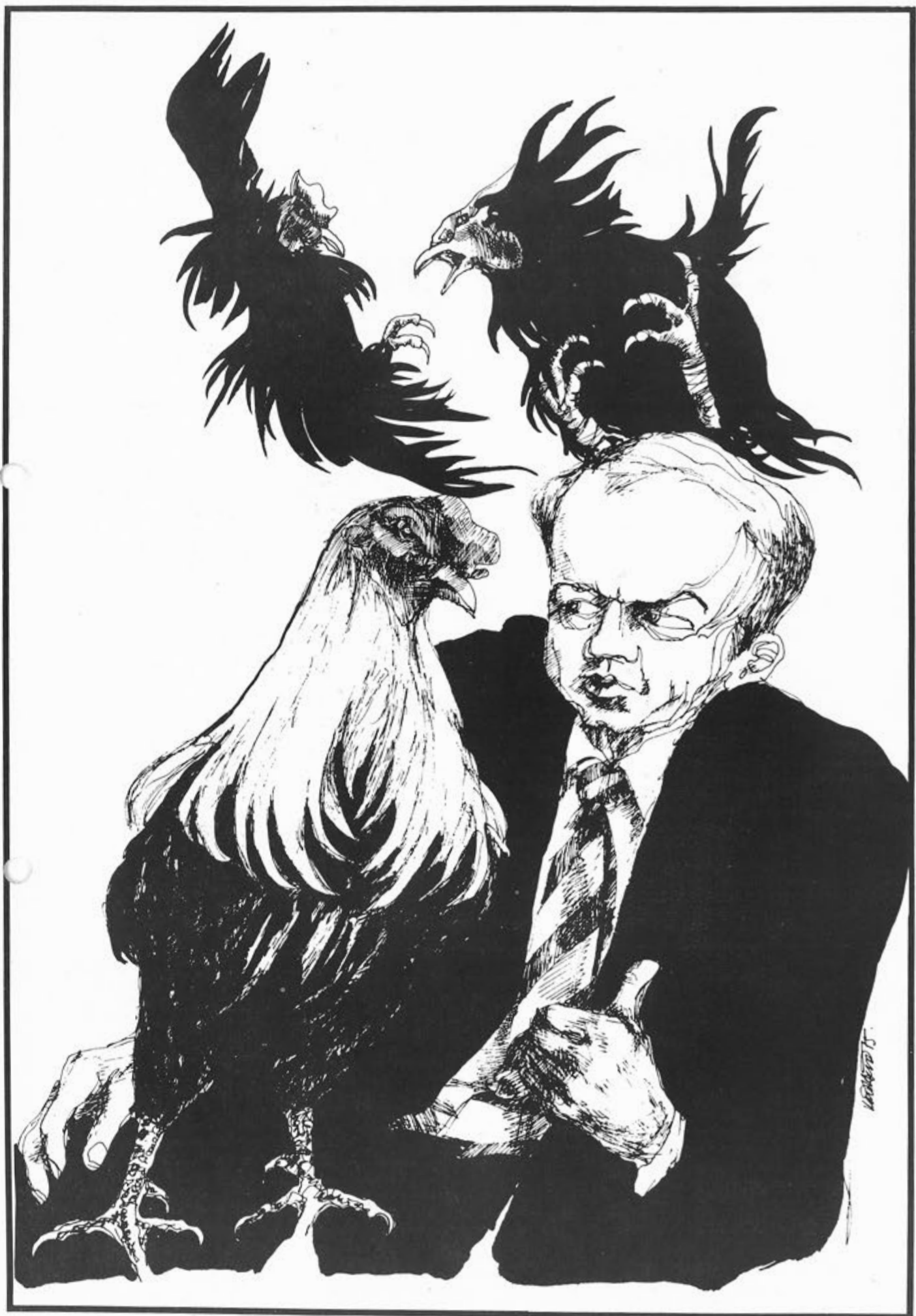
forslag til endringer som gjøres kjent i god tid før neste landsmøte, slik at utvalgets innstilling og evt. forslag til nyordning kan realitetsbehandles under Legeforeningens landsmøte i 1975."

Et slikt utvalg med sentralsammensetning hadde hatt fem møter, det ble opplyst at man ikke hadde forstått egentlig hva mandatet var, men de som hadde deltatt i utvalgets arbeide, hadde hatt mye igjen for det. Det var imidlertid inntatt en orientering i Sentralstyrets melding. Det ble påpekt at utvalgets arbeid ikke hadde resultert i konkrete forslag.

Når Legeforeningens publikasjoner skulle diskuteres, sa Kåre Larsen at Tidsskriftets økonomi bekymret ham. Han var spesielt bekymret fordi Nordisk Medisin var subsidiert med 50.000 kr. uten at dette var budsjettert av noe landsstyre tidligere. Nordisk Medisin var forøvrigt vesentlig bedre blad enn Tidsskriftet, mente han, det sistnevnte er grått og trist og mangler presentasjon av stoffet.

Ole K. Harlem fortalte at han nå var i Amerika, og for første gang får anledning til å arbeide serløst med kommunikasjonsproblemer. Han ville imidlertid understreke de forbedringer som var gjort i Tidsskriftet ved at man hadde delt opp teksten i tre spalter, og bruker tre forskjellige skrifttyper. Nordisk Medisin er viktig for det samnordiske arbeidet, dr. Harlem fortalte at han i høy grad var medansvarlig for forbedringen av dette bladet. Han håpet å få legene interessert i samfunnsforhold, og han var glad for at dette i noen grad var lykket.

Forts. side 15.



WICKERS

Møte med helse- direktøren på Bygdøy

Et usedvanlig stort antall usedvanlige unge offentlige leger møtte opp på Statens Utdanningssenter for helsepersonell 2. og 3. juni 1975. Undertegnede har aldri sett så mange på disse møtene før, og dette er jo en lovende utvikling for det offentlige helsestell i Norge.

De 2 dagene ble imidlertid mye skjemma av at det offentlige helsevesen ligger teknisk langt tilbake for Den Norske Lægeforening når det gjelder kvalitet på møtelokaler.

Det er en skam at helsedirektoratet ikke kan ordne med teknisk utstyr slik at alle tilhørerne kan høre og se det som foregår. De som satt bakerst i salen hørte lite eller ingen ting av flere taleres innlegg og dette ble påtalt flere ganger. Helsedirektør Mork beklaget også de dårlige tekniske forhold, men bare henviste til finansdepartementets steile holdning og kunne ikke love noe bedre utstyr på Bygdøy.

Dette svar hisset om mulig salen ytterligere opp, og det kom flere gode forslag. Et av de gikk ut på å sløyfe reisegodtgjørelse for 10 distriktsleger neste år, for å kjøpe et høytaleranlegg for disse pengene. Det gode forslag herved være oversendt helsedirektoratet.

Mork's innledningsforedrag.

Helsedirektør Torbjørn Mork tok for seg Stortingsmelding nr. 9 som han mente var meget positiv for distrikts-helsetjenesten da den under-

streker prinsippet om at: Sykehus og andre institusjoner skal være et serviceorgan og hjelpeinstanser som distriktshelsetjenesten skal nytte seg av.

Det ble beklaget at lovfor-slaget om prøveprosjekter innen primærhelsetjenesten har måttet vente så lenge, men han regnet med at det var muligheter for å komme igang med prøvedrift når sosialre-formkomitéens 2. innstilling var behandlet av Stortinget.

Forøvrig mente Mork at den store begrensningen i utbyggingen av primærhelsetjenes-ten her i landet generelt og helsestasjonene spesielt var begrensningen i tilgang på helsesøstre.

Senere kom det innlegg fra salen som gikk i retning av at hele utbyggingen av skoler for helsesøstre måtte sees på som en fiasko.

Mork kom videre inn på sam-ordningen av den perifere helsetjeneste, og mente at både bedriftshelsetjenesten og skolehelsetjenesten måtte bli en del av den offentlige helsetjeneste, samtidig som det kom til en ytterligere samordning av poliklinikker og distriktshelsetjenester.

Helsedirektør Mork mente at konsekvensen av Stortingsmel-ding nr. 9, om den integrerte utbygging av helsetjenesten, fordret mellom 3500 og 4000 nye stillinger pr. år frem-over. Dette vil utgjøre ca. 30% av nettotilgangen på nye arbeidstakere. Av disse måtte man regne med at ca. 1000 ville gå til primærhelsetjen-este og poliklinikker. Hvis

disse planene ikke ble satt ut i livet, var Mork redd for å se en utvikling hvor det ville dukke opp mange private ordninger som ikke i det hele tatt var koordinert og satt inn i et system. Han mente at hvis man holdt til- bake de offentlige legestil-linger av økonomiske grunner, ville det føre til en meget dårligere utbygging av helse- tjenesten i landet vårt på lengre sikt.

Etter denne innledning med de forskjellige meldinger som har kommet det siste året angående helsetjenesten, gikk han over til å fortelle hva de forskjellige kontorene i helsedirektoratet drev med for tiden.

Jeg skal ikke trette leserne med en oppramsing av alt dette, men vil bare nevne at legekontoret holder på med utkast til en stortingsmel-ling om utdanning av helse- personell.

Forøvrig syntes det som om tannlegekontoret hadde mye å gjøre med en stortingsmelding om fri tannbehandling for årsgruppen 0-6 år. Det synes også som om tannlegene kans- kje er kommet lengre når det gjelder ønske om og viljen til å få det hele under offentlig kontroll i form av folketannrøkt.

Tilslutt nevnte helsedirek- tøren at den forventede de- sentralisering av avgjørel- sesmyndigheten til fylkes- legen, har gått tregere enn antatt. Han mente at årsaken til dette var usikkerhet i hvilke oppgaver fylkeskom- munen ville få fremover, og dårlig bemanning på fylkes- legekontorene. Mork nevnte

også at det foregikk en systematisk gjennomgang av rutinene i alle helsedirektoratets kontorer for tiden.

Helsedirektør Mork kom også inn på den stadige kritikk fra befolkningen på grunn av at den forventede helseservice fra legene, ikke svarte til realiteten. Torbjørn Mork mente at legene selv må påta seg en del av ansvaret for dette og Utposten er helt enig i dette syn. Legene har blitt en slags allviter som er profesjonell problemløser, og intet problem er vanskelig nok til at man ikke kan løse det gjennom legen og trykkesystemet.

Jeg mener det nu ville være lurt om legene begynte å definere sin hjelperolle mer eksakt enn tidligere.

En grønn bølge med urte-

medisiner og andre idylliske helsetiltak er over oss med full tyngde. Pasientene hos kiropraktorene får nu refundert en del av utgiftene. Amatørpsykiatrien bl.a. representert ved Transendentale Meditasjon, har også økende oppslutning og anti-vitenskapelige strømninger i aviser og ukeblader brer seg stadig mer om seg.

Helt til slutt kom Torbjørn Mork med noen trøstenes ord til de offentlige legene når det gjalt registrering av forskjellige helsedata. Han sa at hvis man gjør jobben med denne registreringen blir intet registrert, men dersom man ikke gjør jobben, dersom helsedirektoratet ikke får disse tallene, da ville det bli registrert.

Dette er vel noe overdrevet, men han mente vel at de regi-

streringene som skjer over hele landet gjennom hele året av enhver helserådsordfører, er nyttige for helsedirektoratet, og de må ha disse registreringene for å kunne drive sitt arbeide videre. Derimot vil ikke den enkelte distriktslege som utfører dette arbeidet merke noen form for anerkjennelse eller belønning for å gjøre det.

At systemet med offentlig helsevesen har vært effektivt mente han å kunne påpeke ved å fortelle at den 1. juli -75 er det 100 år siden den første helsedirektør tiltrådte. Og med den ungdommelig iver som var tilstede på møte for offentlige leger synes det ikke å være noen fare for det offentlige helsevern i Norge i tiden fremover.

Per Wium.

De overarbeidede distriktsleger

På møtet med helsedirektøren kom det frem at det foreløpig ikke ville bli noen forandring i distriktslegenes instruks. Der står at de har plikt til å ta på seg vikariater i nabolokale når fylkesmannen eller departementet gir de ordre om det.

Det vil altså foreløpig ikke bli noen forandring i at fylkeslegen pålegger nabolokale distriktslegen å vikariere, men helsedirektør Mork mente at denne ordningen må praktiseres med en viss varsomhet. Han mente videre at instruksene for distriktslegene vil måtte bli tatt opp på et senere tidspunkt når de omveltninger innen primærhelsetjenesten som nå er på tale og igang, har kommet et stykke lenger på vei. Man kan imidlertid ikke vente noen forandring her før distriktslegenes arbeidsområde er mer spesifisert og utpenslet.

Undertegnede spørsmål til helsedirektøren om distriktslegenes utvidede plikt til å yte befolkningen helsetjeneste, gav imidlertid en viss avklaring. Medisinalråd Bjørnsson mente formuleringen var noe uheldig, som han sa,

og at man kunne regne med en viss moderasjon av denne. Det som ligger i denne formuleringen, er at distriktslegen som sitter som eneste lege i legedistriktet, ikke kan unndra seg å yte befolkningen legehjelp i de tilfeller hvor han mener det er nødvendig.

Helsedirektøren og medisinalråden kunne forsikre at i de uheldige tilfellene, hvor det ble fremsatt sterk kritikk mot distriktslegen og saken ble sendt til helsedirektoratet, hadde distriktslegen i alle tilfelle fått støtte. Dette ville de fortsette å gi ut fra den erfaring at det arbeidspresset og den arbeidstiden som påhviler enkelte distriktsleger er umenneskelig, og man må regne med at det kan oppstå mindre hellige situasjoner.

På et punkt er imidlertid det hele avklart, og det gjelder de steder som har innført legevakt. Hvis en distriktslege sitter i et legevaktsamarbeide, har han ingen utvidet plikt til å yte befolkningen helsetjeneste, utover den plikt som påligger ham fra legeloven. Befolkningen skal altså ikke

kunne ringe til den offentlige lege et sted hvor det er legevakt, og kreve at han skal rykke ut fremfor vaktstående lege.

På møtet ble det forøvrig understreket at de som har ekstra stor påkjenning med legevakter, i større grad har bedt pasientene å komme til distriktslegen, og dette er en utvikling som også vil bli understøttet av helsedirektoratet.

Underdirektør Idun Heldal Haugen kom inn på problemene som sykepleiesjefene har med å skaffe legehjelp for dårlige pasienter som de steller. Hun mente at det ansvaret som pålår sykepleiesjefen, måtte hun bli befrikket for når hun hadde prøvet å få kontakt med lege og denne hadde nektet å komme. Hun mente at det da var legens ansvar om det gikk galt med pasienten. Og dette må man vel selvfølgelig bare understreke. Sykepleiesjefene har ikke noe legeansvar. Hvis de har forsøkt å få tak i lege og denne har nektet å komme, er det klart at det er legens ansvar hvordan det går videre.

Per Wium.

Helsesøstrene skal få instruks

Foredrag av underdirektør Idun Heldal Haugen

Underdirektør Heldal Haugen var beundringsverdig kort i sin innledning og fikk en livlig diskusjon etter at hun var ferdig.

Innledningen omhandlet arbeidsgruppen som hadde sett på helsesøstrenes funksjons og ansvarsområde og som skulle legge opp forslag til en normalinstruks for hennes arbeide. Viktigheten av dette ble understreket ved den lønnskamp som helsesøstrene forgjeves har ført til nu.

Fru Heldal Haugen mente at denne kamp var forgjeves delvis på grunn av at helsesøstrene ikke hadde noen overordnet stilling, og ikke noe spesielt ansvar inntil helsestasjonsloven kom. Derimot var hjemmesykepleiesjefene bedre stilt, i og med at de hadde et avgrenset arbeidsområde, og underdirektøren mente at dette var en del av årsaken til lønnsforskjellen. For egen del vil jeg tilføye at lønnsforhandlinger da må være urettferdige, når man vet hvilket arbeide den gjennomsnittlige helsesøster har sammenlignet med sykepleiesjefenes.

Fru Heldal Haugen mente at en skikkelig normalinstruks med avgrenset arbeidsområde var en forutsetning for at lønnen skulle kunne bli bedre for helsesøstrene.

Til nå har antallet av helsesøstre vært bestemt av antall innbyggere og man har regnet med at fra 3000 - 5000 innbyggere burde ha en helsesøster. Underdirektøren mente at dette ikke var riktig, men at man måtte ta også andre momenter med i betraktning f.eks. kommunikasjoner i området, alderssammensetning, o.s.v. På et punkt var hun skuffet over distriktslegene som oppdragsgivere. Det gjaldt opprettelse av stillinger som helsesøstre..

Kritikken var vel kanskje ikke spesielt beregnet på de offentlige leger, men det viser seg at opprettede stillinger for ledende helsesøst-

re ikke blir brukt utover i landet. Hvor det er fler enn 4 helsesøstre i et distrikt, er det anledning for den ene å kalle seg ledende helsesøster og å få en bedre lønn. Dette ble tatt opp av formann i Offentlige Legers Forening som mente at fylkeshelsesøstrene delvis hadde motsatt seg disse stillingene opprettet, og fru Heldal Haugen, som er en usedvanlig god "svarinstitusjon", fikk litt vanskeligheter. Men hun tok seg pent inn, da hun uttalte at det her også var en viss usikkerhet ute og gikk, på grunn av at det heller ikke var noen instruks for ledende helsesøstre.

Et gledelig budskap kom fra Idun Heldal Haugen da hun fortalte at man nå hadde sluttet å slå sammen jordmordistriktene. Hun mente at jordmødrenes oppgaver i et

fremtidig primært helsevesen var meget viktige og at man i hvertfall ikke skulle bygge ned denne service.

I Bergen oppstod det problemer på grunn av at helsesøstrene der hadde inndelt byen i forskjellige områder og laget en rankingliste ut av det hele. Når det ble ledig en stilling høyere oppe på rankinglisten, søkte de andre helsesøstrene fra lavere trinn på rankinglisten til denne stillingen, og det hele ble et eneste kaos. Man fikk altså ikke nye helsesøstre utenifra, eller i hvertfall meget vanskelig, men man fikk en hel omorganisering av hele korpset hver gang det ble en ny stilling ledig et sted.

Enda et lyspunkt dukket opp i debatten, da det ble klaget over reiseregninger og utfylling av disse skjemaene.

Reumatiske sykdommer
akutte inflammasjoner

Confortid

INDOMETACIN TIL LAVESTE PRIS

Kapsler

Mikstur

Suppositorier

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

DUMEX



Medisinalråd Bjørnsson kunne fortelle at Juel-komiteén, eller "komiteén for reformer innen forvaltningen", hadde kommet med et forslag om at alle regninger som gjelder transport og kost skal sendes til den instans som betaler vedkommende lønn. Et hurra for Juel-komiteén !!

Andre opplysninger av viktighet for distriktsleger og helsesøstre kan nevnes:

Hjemmesykepleiestillinger, særlig sjefen for disse, kan kombineres med helsesøsterstilling, sosialsjefstilling og også andre stillinger. Dette gjelder jo spesielt i de mindre kommuner.

Den prekære mangel på helsesøstre kom stadig frem, og det viser seg at det er tatt i bruk mange sykepleiere som helsesøstremedhjelpere, bl.a. i skolehelsetjenesten og på helsestasjonene. Her kom igjen et lønsspørsmål frem da helserådsmedhjelpere ble lønnet i lønnsklasse 10 mens offentlige sykepleiere på sykehus ble lønnet i lønnsklasse 12.

Den nye skolen i Tromsø er snart igang og man regner med å ta opp 20 helsesøstre der.

For egen del vil jeg foreslå at de som er utdannet som helsesøstre, bør få arbeide innenfor det feltet de er utdannet og innenfor hele feltet. Det burde være mulig for de større helseråd i byene å benytte seg av en helsesøster, og besette stillinger under henne med offentlig godkjente sykepleiere. F.eks. til skolehelsearbeid og på helsestasjonen. Det burde her være såpass mange differensierte oppgaver i full stilling, at det skulle være unødvendig for de større helserådene å besette alle disse stillinger med utdannede helsesøstre. I allefall så lenge kapasiteten på utdannelsen er såpass begrenset. I tillegg er det jo klart at de større byene har absolutt størst sjanse til å trekke til seg stordelen av de kull som blir utdannet, i og med at arbeidssituasjonen for ektefeller er best der.

Fra distriktslegene ble det altså klaget over alt for lite helsesøstre og, underdirektør Idun Haldal Haugen kom med en bredside mot distriktslegene til slutt, der hun anklaget dem for å være en del av årsaken til at helsesøstrene ikke var

spredt på den mest gunstige måten, og at det var mange stillinger som sto ledige.

Som redaktør av Utposten har jeg fått en del opplysninger fra helsesøstre gjennom disse årene, og jeg må dessverre helt ut underskrive fru Haldal Haugens utsagn. Det er enkelte steder absolutt ikke kontakt å få med distriktslegene, og helsesøstres arbeid er lagt opp så tungvindt som overhode mulig. Nå er det klart at helsesøstre på et slikt sted selv er ansvarlig for at hennes egen situasjon er uholdbar, men i og med at hun er underordnet distriktslegen, har denne også et stort ansvar. En utvikling i gunstig retning ville være å se på sin egen praksis, og virkelig undersøke om helsesøstre har de forhold som hun burde ha for sitt arbeid. Det burde være forbudt for distriktsleger å bruke helsesøstre til privat gratis kontordame. Hvis det offentlige helsearbeid ikke er større enn at distriktslegen kan bruke helsesøstre til kontordame og laboratoriehjelp, burde man nedlegge hele distriktet som offentlig helsedistrikt.

Per Wium.

Om mating av legene:

UTPOSTEN
v/ Per Wium

Jeg synes at legemiddelfirmaenes omreisende representanter nu er blitt så tallrike og besværlige at det er på tide at mer av informasjonen skjer på annen måte. Forøvrig er det ikke møteplikt, heldigvis.

Lillestrøm, den 26.05.75

Med hilsen
Reidar Wangen



ENURESE

DR. MED. WILLY MATHISEN PÅ GLATTISEN

Et fullstendig og bombastisk medisinsk utsagn i "Alle Kvinner" nr. 19 gjør livet surt å leve. Utposten har tidligere trukket frem medisinske doctores som har dummet seg ut i "Alle Kvinner" og kan i dag trekke frem enda en.

Jeg håper dr. Willy Mathisen er oppmerksom på at behandling av enurese er kontroversielt og vanskelig. Jeg ser ikke bort fra at journalistene i det meget buisnessminded "Alle Kvinner" har gjort sitt for å uttyne dr. Mathisens tanker til det ytterste. Jeg skal bare referere overskriften:

Et problem de fleste foreldre kjenner - men nå vet legene råd: "Når barnet ditt tisser i sengen, har det som oftest for liten blære."

Dette utgis for å være direkte sitat fra dr. Willy Mathisen.

Hva han mener å oppnå med en slik uttalelse er det ikke godt å vite, men det kan se ut som om han vil ha alle barn over 4 år med enurese til å gjennomgå en undersøkelse av spesialist i urologi. Jeg siterer videre fra artikkelen:

"Nei, det Ola trenger er ikke psykiater, men en urolog, det er en spesialist i urinveislidelser.

Vi oppsøker den første, som for 15 år siden tok opp dette problemet her i landet, dr.med. Willy Mathisen ved Kirurgen A på Rikshospitalet"

Videre i artikkelen uttaler dr. Willy Mathisen at 10-15% av alle verdens barn er sengevøtere, og det er et moment

som taler mot psykiske årsaker. Han sier videre at barna bør være tørre i 3 års alderen og mener at noe må gjøres når barnet er 4 år og ikke er blitt tørr.

Mener hr.dr.med. Willy Mathisen at alle barn over 4 år med enurese skal innlegg-

es i urologisk avdeling og behandles av urolog? Hvis dette er tilfelle tror jeg han må begynne å få flere urologer i Norge snarest mulig.

Dr. Willy Mathisen kommer så inn på behandling med elekt-



MANGE SIER DET VIRKER,
MEN TEG BRUKER DET IKKE.

risk alarmapparat i sengen, for å innøve betinget reflekse. Dette er en metode som har hjulpet hundrevis av barn i det siste. Det har vært et nytt håp for oss som får disse problemene inn på livet i daglig praksis.

Dr. Willy Mathisen uttaler imidlertid:

"Mange sier det virker, men jeg bruker det ikke. Det hender barn får brannskår fordi de ikke våkner når alarmen går og blir liggende med strømmen på." Og takk for det.

Og jeg gjentar alvoret i dette som har skjedd. Dette er uttalelser av professor dr. med. fra Rikshospitalet i Oslo og sprøytes ut til alle landets hjem som dr. Willy Mathisen ikke har sjanse til å være doktor for.

De andre behandlingsmetodene tas opp i tur og orden.

Jeg siterer:

"I vanlig praksis er det ennå ikke særlig interesse for problemet med nattevæting. Det er så alt for mange av disse barna. Ofte sendes de til barnepsykiater. Jeg har barn som har gått i 9 år til psykiater og kommer hit 14-15 år gamle, og de er ikke blitt bedre. Og på barneklinner er det mange som har gått og fått medikamenter, det hjelper dem heller ikke. Hovedårsaken er blæren: Den må gjøres større."

Dr. Willy Mathisen forteller videre i "Alle Kvinner" at den eneste farbare vei er den han bruker, og dette begynner med en grundig undersøkelse. Især hvis eldre barn har vært tørre og blir nattevætere kan man gå ut fra at årsaken er organisk, f.eks. en blærekatarr som behandles som den infeksjon det er, eller det kan være medfødte feil i urinveiene. Men det mest konstante er den lille blæren, også hos de med organiske feil, fordi blæren da må arbeide kraftigere med det resultat at blæreveggene blir tykkere og volumet dermed mindre. Han går inn for blæretrening sammen med barn opptil 15-16 år. Både foreldre og barn må være med på opplegget og man må bli "blærebevisst" sier dr. Willy Mathisen.

Jeg skal ikke plage leserne med alt for mye sitater, men vil til slutt fortelle hans



NEI, DET OLA TRENGER ER IKKE PSYKIATER,
MEN EN UROLOG.....

syn på psykiske problemer. Med hans behandling blir bortimot 100% av barna tørre under treningen, altså blæretreningen. Å bli "blærebevisst" krever litt intelligens, men hverken han eller foreldrene har kunnet påvise at vætingen skyldes psykiske problemer. Og det samme viser utenlandske undersøkelser. Dr. Willy Mathisen mener at barna får psykiske vansker på grunn av nattevæting, og det er det vel ingen som er uenig med ham i. At dr. Willy Mathisen fra Rikshospitalet kan uttale til "Alle Kvinner" at utenlandske undersøkelser påviser at vætingen ikke skyldes psykiske problemer, er jo i og for seg ganske enestående.

Når leger, som i kraft av sin stilling på en eller annen måte har kommet til professorstatus, og dertil er overlege

ved Rikshospitalet, burde man kunne forvente at slike ting som dette, som er så kontroversielle og som har så mange aspekter, ville bli holdt innenfor fagtidsskrifter. Professoren vet utmerket godt at landet ikke har urologiske avdelinger, enn si urologer til å ta seg av alle over 4 år med enurese, og han vet også at landet aldri vil kunne få dette. Jeg skal ikke her diskutere hans behandlingsopplegg, det kan være meget godt, men hans fullstendige nedvurdering av alle de andre metodene som har vært brukt før, synes jeg kvalifiserer til degradering. Det er å håpe at han for fremtiden henvender seg gjennom fagtidsskrifter, istedenfor å gå med sine teorier til den kulørte ukepresse.

Per Wium.

Legene
har mange
roller



Vanskeligheter i gruppepraksis

Kan en gruppepraksis overleve under de vilkår som enkelte steder i dag stilles, med faste utgifter på kr. 20000,- pr. lege pr. måned?

Det synes som om den økonomiske situasjon i enkelte gruppepraksiser begynner å bli en så stor belastning, at det går ut over den faglige delen som jo skulle være det primære.

Vanskelighetene dukker også opp på andre områder. Det er utskifting av leger hyppigere enn før. Dessuten blir organisasjonen av senteret en større og større belastning. Når man hver måned setter seg til sitt skrivebord for å hjelpe sine pasienter, vet man altså på forhånd at før man har tjent 20000, blir det ikke noe til seg selv og sin familie.

Flere steder har det vært vanskelig å beholde legene, med den følge at hele organisasjonen har begynt å løse seg opp av seg selv. Dette har legeföreningen selvfølgelig vaktssomme øyne på, men det er spørsmål om de kan gjøre noe effektivt i den foreliggende situasjon. Det er ikke så lett når de

som administrerer dette skal ha sin oppmerksomhet henvendt både på ansettelse, innkjøp, regnskap og vikaranskaffelse. I tillegg får de i enkelte strøk et stadig større press fra befolkningen for å klare sine forpliktelser overfor de syke.

Å komme ut av dette uføret blir vanskelig. Den norske legestand har satset for mye på denne form for praksis. Personlig mener jeg den eneste måten å løse problemet på, er å få legene fritatt for administrasjonen og det økonomiske ansvaret. Samtidig må gruppepraksisene bli gjort mindre avhengige av det personlige samarbeidet legene imellom. Jeg mener fylket må ta over opprettelse av helse-sentra og ansettelse av personell på disse. Legene må ansettes med en refusjonssats som er akseptabel sett fra deres synspunkt, eller kanskje helst på fast lønn.

Nå skal man jo ikke se bort fra alle positive sider ved en gruppepraksis! Gode kollegiale forhold hvor man gjensidig kan stimulere hverandre og også nå lenger enn

det er mulig i en enlegepraksis. Det koster imidlertid store pengesummer å klare dette, og akkurat denne økonomiske belastningen daglig tror jeg pasient-legeforholdet lider under. Økonomi og administrasjon bør overføres til sentrale helsemyndigheter eller kommuneadministrasjon.

Videre ville det være en fordel om enhver lege kunne gå inn i en slik praksis uten alt for store kapitalmessige innsprøytinger, og at de dessuten relativt smertefritt kunne trekke seg ut av den igjen dersom samarbeidet viste seg ikke å være så fruktbart som man ønsket.

Vi har allerede sett en begynnende oppløsning av flere slike gruppepraksiser, og jeg tror det også vil øke på i tiden fremover. Jeg ønsker meg et sterkt offentlig helsevern som kunne være beredt og ha kapasitet til å styre og ta over denne utviklingen.

Per Wium.

Legeforeningens landsmøte . . .

Forts. fra side 4.

Hvorvidt dette skyldes Nordisk Medisin er muligens vanskelig å si, Harlem nevnte forøvrig lite om de problemer Nordisk Medisin sletter med i dag. Når det gjaldt Tidsskrift for Den norske legeforenings økonomi, ble det nevnt at man nå var kommet frem til en billigere papirtype.

Dr. Per Møller sa seg enig med Finn Nilsson i at Tidsskriftet har en sørgelig lay-out og savner kontur. Han beklaget også manglende PR-virkosomhet innen foreningen. Når våre medlemmer skal redegjøre for forskjellige forhold overfor offentligheten, minner det hele mer om en løve som hales ut av sin hule etter halen.

Generalsekretær Odd Bjerke var kommet frem til at man ikke skulle bruke PR for å forsvare saker som vi ikke ønsker å forsvare, og tenkte vel da særlig på visse kollegers overtramp.

Finn Nilsson spurte hvor ofte man må dra løven ut etter halen før den legger seg i en annen stilling.

Professor Martin Seip er formann i Den norske legeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger. Han nevnte at fondet har en tilfredsstillende økonomi, og etterlyste flere søknader om støtte til forskning i almenpraksis.

Under en redegjørelse for forhandlinger om normaltariffen ble det nevnt at man muligens kunne oppnådd ennå bedre resultater hvis man hadde hatt materialer å bygge på vedr. våre medlemmers inntektsforhold. Det ble gjort forsøk på en innsamling av tall for knapt 2 år siden, men der sviktet legene.

Finn Nilsson minnet om at man tidligere hadde foreslått at honoreringsformene for legene skulle tas opp til debatt innenfor foreningen.

Dette utløste igjen en diskusjon om hvor vidt økonomiutvalget hadde rørt ved de vesentlige ting. Til forrige landsmøte hadde Utposten avbildet en mann med bind for munnen, nettopp fordi vi mente at man ikke snakket om de vesentlige ting innenfor

legens økonomi. Dr. Ernst Ernø hadde foreslått at man tok dette opp igjen, men Sentralstyret avviste hans forslag i januar 1974. Det ventet visst at det sittende tariffutvalg ville beskjefte seg med slike ting. Dr. Nilsson fikk bred støtte i debatten vedr. sitt forslag om å ta opp hele systemet med legers lønninger til analyse og diskusjon igjen innenfor foreningen. Almenpraktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening er de parter som er berørt vedr. takstsystemet, og begge har henstilt til Sentralstyret å gjøre dette. I en protokolltilførsel, nr. 5, til de siste tariffforhandlinger er det forutsatt at departementet vil se på mulighetene for andre avlønningssystemer, og det er da helt urimelig at Legeforeningen skal møte uforberedt til diskusjon om evt. forandringer.

Selve taksten, slik den ble brukt, ble analysert. Den er i grunnen sammensatt av 30% dekninger av legens utgifter og 70% lønn til legen for det arbeid han gjør. Det ble påvist at mange av våre sykehusleger egentlig ikke dekker sine utgifter overfor sykehuseieren; det viser seg at det nesten aldri er praksis. Legeforeningen henviste til at det må bli sykehuseierens sak å sørge for å få inn sine tilgodehavender hos leger som praktiserer i sykehusets lokaler. Ikke desto mindre var det klart at dette er kjent av FAD, og det hadde svekket Legeforeningen betydelig i sine forhandlinger at den aktuelle praksis er kjent i departementet.

Ni-mannsutvalgets utredning vedr. sykehuslegers ansettelsesvilkår engasjerer jo sykehuslegene sterkt. Det syntes for mange umulig å pålegge sykehuslegene poliklinisk arbeid, i alle fall ikke som upremiert del av deres vanlige arbeidsdag. Torbjørn Leivestad beklaget at man ikke fikk flere stillinger, men bare flere oppgaver. Mange av de yngre leger i dag ønsker å kombinere sin stilling med familieliv, politisk engasjement, og også ha en arbeidstid som gjør at begge ektefeller kan

arbeide.

For oss som står noe utenfor, kan det være vanskelig å gjennomskue hvorfor de foreslåtte forandringer i ansettelsesvilkårene skal vekke så heftige emosjonelle motforestillinger. Man tar sikte på å gi legen oppgaver innenfor sin regulerte arbeidstid, ikke vesentlig forskjellig fra det arbeid en gjør i dag. De leger som var engasjert i debatten, mener det vil bli vesentlig dyrere for det offentlige med timelønn enn å betale stykkpristakster for poliklinisk arbeid (enten det skjer innenfor eller utenfor lovlig arbeidstid.)

Det kan jo hende at FAD sitter inne med tall som viser hvor bred margin man har før en evt. ny ordning vil falle dyrere. Det som imidlertid ikke synes å være klart for Legeforeningens medlemmer, er at det er politisk motvilje mot det systemet i den form det har i dag, og at mange politikere vil stå ansvarlig for å betale mer bare for å få det bort.

I ni-mannsutvalgets utredning er det foreslått at sykehuseierne pålegges visse forpliktelser når det gjelder støtte til legenes utdanning. Selv om man i dag har en praksis som er gunstig for legene, trakk en frem dette som et lyspunkt i utredningen.

Ved en bankett-tale ble det nevnt at Edda forteller at de som falt i dagens strid, kom til liv igjen om kvelden, og satt sammen til gilde i Valhall. Slik også Legeforeningens landsmøtedeltagere. Under joviale samtaler fikk man inntrykk av at Legeforeningens holdning langsomt forandrer seg, at det er mange medlemmer som ønsker at Legeforeningen skal praktisere formålparagrafens siste ledd i større utstrekning enn den hittil har gjort: Legene må i større utstrekning enn tidligere i tillegg til sitt tradisjonelle fagforeningsarbeid gjennom Legeforeningen, kunne innvirke på helsevesenets utforming i fremtiden.

Dette kan ikke gjøres fra en skyttergravposisjon.

Harald Siem

Helsesøstrene skal få instruks

Foredrag av underdirektør Idun Heldal Haugen

Underdirektør Heldal Haugen var beundringsverdig kort i sin innledning og fikk en livlig diskusjon etter at hun var ferdig. Innledningen omhandlet arbeidsgruppen som hadde sett på helsesøstrenes funksjons og ansvarsområde og som skulle legge opp forslag til en normalinstruks for hennes arbeide. Viktigheten av dette ble understreket ved den lønnskamp som helsesøstrene forgjeves har ført til nu.

Fru Heldal Haugen mente at denne kamp var forgjeves delvis på grunn av at helsesøstrene ikke hadde noen overordnet stilling, og ikke noe spesielt ansvar inntil helsestasjonsloven kom. Derimot var hjemmesykepleiesjefene bedre stilt, i og med at de hadde et avgrenset arbeidsområde, og underdirektøren mente at dette var en del av årsaken til lønnsforskjellen. For egen del vil jeg tilføye at lønnsforhandlinger da må være urettferdige, når man vet hvilket arbeide den gjennomsnittlige helsesøster har sammenlignet med sykepleiesjefenes. Fru Heldal Haugen mente at en skikkelig normalinstruks med avgrenset arbeidsområde var en forutsetning for at lønnen skulle kunne bli bedre for helsesøstrene.

Til nå har antallet av helsesøstre vært bestemt av antall innbyggere og man har regnet med at fra 3000 - 5000 innbyggere burde ha en helse-søster. Underdirektøren mente at dette ikke var riktig, men at man måtte ta også andre momenter med i betraktning f.eks. kommunikasjoner i området, alderssammensetning, o.s.v. På et punkt var hun skuffet over distriktslegene som oppdragsgivere. Det gjaldt opprettelse av stillinger som helsesøstre.. Kritikken var vel kanskje ikke spesielt beregnet på de offentlige leger, men det viser seg at opprettede stillinger for ledende helsesøst-

re ikke blir brukt utover i landet. Hvor det er fler enn 4 helsesøstre i et distrikt, er det anledning for den ene å kalle seg ledende helsesøster og å få en bedre lønn. Dette ble tatt opp av formann i Offentlige Legers Forening som mente at fylkeshelsesøstrene delvis hadde motsatt seg disse stillingene opprettet, og fru Heldal Haugen, som er en usedvanlig god "svarinstitusjon", fikk litt vanskeligheter. Men hun tok seg pent inn, da hun uttalte at det her også var en viss usikkerhet ute og gikk, på grunn av at det heller ikke var noen instruks for ledende helsesøstre.

Et gledelig budskap kom fra Idun Heldal Haugen da hun fortalte at man nå hadde sluttet å slå sammen jordmordistriktene. Hun mente at jordmødrenes oppgaver i et

fremtidig primært helsevesen var meget viktige og at man i hvertfall ikke skulle bygge ned denne service.

I Bergen oppstod det problemer på grunn av at helsesøstrene der hadde inndelt byen i forskjellige områder og laget en rankingliste ut av det hele. Når det ble ledig en stilling høyere oppe på rankinglisten, søkte de andre helsesøstrene fra lavere trinn på rankinglisten til denne stillingen, og det hele ble et eneste kaos. Man fikk altså ikke nye helsesøstre utenifra, eller i hvertfall meget vanskelig, men man fikk en hel omorganisering av hele korpset hver gang det ble en ny stilling ledig et sted.

Enda et lyspunkt dukket opp i debatten, da det ble klaget over reiseregninger og utfylling av disse skjemaene.

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



Medisinalråd Bjørnsson kunne fortelle at Juel-komiteén, eller "komiteén for reformer innen forvaltningen", hadde kommet med et forslag om at alle regninger som gjelder transport og kost skal sendes til den instans som betaler vedkommende lønn. Et hurra for Juel-komiteén !!

Andre opplysninger av viktighet for distriktsleger og helsesøstre kan nevnes:

Hjemmesykepleiestillinger, særlig sjefen for disse, kan kombineres med helsesøsterstilling, sosialsjefstilling og også andre stillinger. Dette gjelder jo spesielt i de mindre kommuner. Den prekære mangel på helsesøstre kom stadig frem, og det viser seg at det er tatt i bruk mange sykepleiere som helsesøstremedhjelpere, bl.a. i skolehelsetjenesten og på helsestasjonene. Her kom igjen et lønsspørsmål frem da helsestasjonsmedhjelpere ble lønnet i lønnsklasse 10 mens offentlige sykepleiere på sykehus ble lønnet i lønnsklasse 12. Den nye skolen i Tromsø er snart igang og man regner med å ta opp 20 helsesøstre der.

For egen del vil jeg foreslå at de som er utdannet som helsesøstre, bør få arbeide innenfor det feltet de er utdannet og innenfor hele feltet. Det burde være mulig for de større helseråd i byene å benytte seg av en helsesøster, og besette stillinger under henne med offentlig godkjente sykepleiere. F.eks. til skolehelsearbeid og på helsestasjonen. Det burde her være såpass mange differensierte oppgaver i full stilling, at det skulle være unødvendig for de større helserådene å besette alle disse stillinger med utdannede helsesøstre. I allefall så lenge kapasiteten på utdannelsen er såpass begrenset. I tillegg er det jo klart at de større byene har absolutt størst sjanse til å trekke til seg stordelen av de kull som blir utdannet, og med at arbeidssituasjonen for ektefeller er best der.

Fra distriktslegene ble det altså klaget over alt for lite helsesøstre og, underdirektør Idun Heldal Haugen kom med en bredside mot distriktslegene til slutt, der hun anklaget dem for å være en del av årsaken til at helsesøstre ikke var

spredt på den mest gunstige måten, og at det var mange stillinger som sto ledige.

Som redaktør av Utposten har jeg fått en del opplysninger fra helsesøstre gjennom disse årene, og jeg må dessverre helt ut underskrive fru Heldal Haugens utsagn. Det er enkelte steder absolutt ikke kontakt å få med distriktslegene, og helsesøstres arbeid er lagt opp så tungvindt som overhode mulig. Nå er det klart at helsesøster på et slikt sted selv er ansvarlig for at hennes egen situasjon er uholdbar, men i og med at hun er underordnet distriktslegen, har denne også et stort ansvar. En utvikling i gunstig retning ville være å se på sin egen praksis, og virkelig undersøke om helsesøster har de forhold som hun burde ha for sitt arbeid. Det burde være forbudt for distriktsleger å bruke helsesøster til privat gratis kontordame. Hvis det offentlige helsearbeid ikke er større enn at distriktslegen kan bruke helsesøster til kontordame og laboratoriehjelp, burde man nedlegge hele distriktet som offentlig helsedistrikt.

Per Wium.

Om mating av legene:

UTPOSTEN
v/ Per Wium

Jeg synes at legemiddelfirmaenes omreisende representanter nu er blitt så tallrike og besværlige at det er på tide at mer av informasjonen skjer på annen måte. Forøvrig er det ikke møteplikt, heldigvis.

Lillestrøm, den 26.05.75

Med hilsen
Reidar Wangen





Flagyl®-en effektiv behandling

Av 659 pasienter ble 92,4% helbredet etter 1. behandling. Ved gjentatt behandling ble 100% helbredet¹⁾

Av 496 pasienter ble 98,3% helbredet etter 1. behandling.²⁾

1) Peterson et al. Am. J. Obstet. Gynec. 97, 472, 1966

2) Keighley, E.E., Brit. med. J. 1, 207, 1971

M.h.t. dosering, forsiktighetsregler, bivirkninger henvises til Felleskatalogen

pharma rhodia
RHOËNE-POULENC

MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR: SANDVIKSVEN 12 BOKS 10 1322 HØVIK