

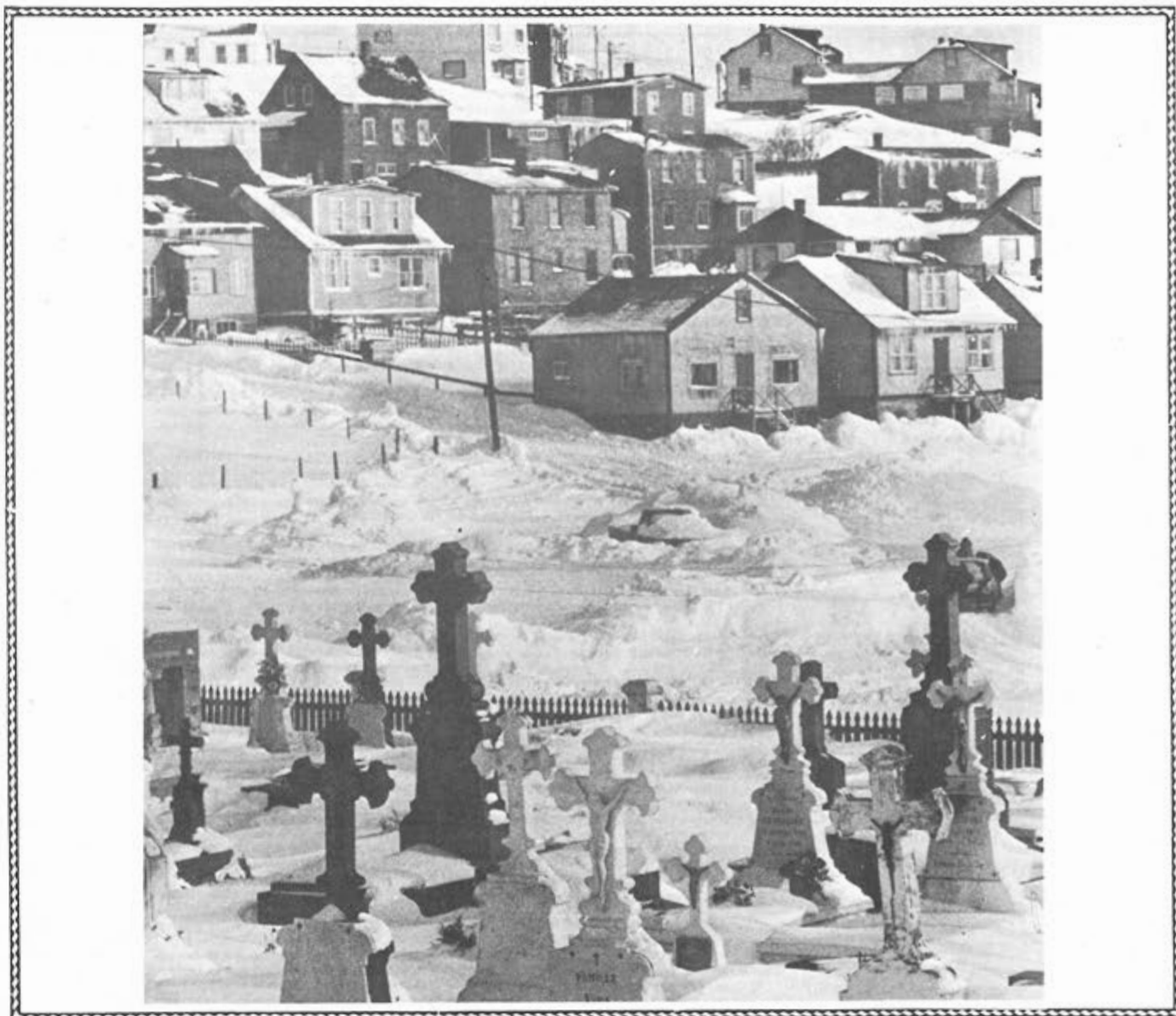
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 7

SEPT./OKT. 1975

ÅRGANG 4



AV INNHOLDET:

	Side
A. C. Stokstad: Refleksjoner rundt Stortingsmelding nr. 9 ..	3
Per Wium: Kommentar til St.t.melding nr. 113	4
P. Kristensen: Stovner Helse- og Sosialsenter	8
J. I. Kvamme: Alta midlertidige helsesenter	9
Jo Telje: Mortensnes Helse- og Sosialsenter	10
Per Wium: Nordiske Ämbetsläkarmöte i Kiruna	12

Redaktører:
Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

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

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

UTPOSTEN

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.

Skiftende tider

Forandringene om dagen skjer så hurtig og er så omfattende at man nesten ikke klarer å følge med. For det første har det skjedd skiftinger i Utposten's bemanning i og med at distriktslege Siem har reist på 1 års videreutdanning i USA. Dette har etterlatt undertegnede i en vanskelig arbeidssituasjon, hvor overskuddet for redaksjonell aktivitet blir redusert.

Jeg håper Utposten's venner rundt omkring i landet kan rette på dette, og foreløpig ser det bra ut.

Skiftingene skjer på andre felt. Her en dag dumpet Stortingsmelding nr. 9 for 1975-76 ned i postkassen, og den gjelder de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat. Det er litt beklagelig at den kommer så sent, da de kommentarer til forandringene innenfor sosial- og helsetjenesten som foreligger i dette nr. er basert på den foreløpige trykksak om Stortingsmelding nr. 113. Men Utposten har allikevel villet trykke disse kommentarene da innholdet vel skulle være

nogenlunde det samme. Jeg tror det kan være nyttig å være tidlig ute i denne forbindelse, hvis man i det hele tatt skal ha noen sjanse for å bli hørt i denne sak. Fra de offentlige legers side synes jeg det er viktig å få understreket alvoret i forslaget om å nedlegge helserådene. Hvorfor skal man på død og liv gjennomføre drastiske usikre forandringer, istedenfor å prøve å hjelpe de allerede innarbeidede og vel etablerte helseråd. Jeg trodde regjeringen hadde lært en del av de feilgrep som er gjort på skolesektoren når det gjelder for store forandringer. Som det fremgår, vil dette nr. også være opptatt av den praktiske erfaring fra helseinstitusjoner utenfor sykehus.

Utposten sendte i begynnelsen av juni ut et spørrende brev til en del helsesentra, helse- og sosialsenter og et legesenter. Vi har fått svar fra 3 av disse og svarene offentliggjøres i dette nr. Disse problemene har jo stor aktualitet i forbindelse med den videre utvikling i helse- og sosialtjenesten og står

også i forbindelse med den foreliggende Stortingsmelding nr. 9 som jeg omtalte tidligere.

Det Utposten var interessert i å få vite ved sitt spørrende brev, var lokalitetene til de aktuelle sentra, hvilke personellgrupper og i hvilket omfang de var engasjert, hvilken arbeidstid og utdannelse.

Utposten var også interessert i å få vite hvor mange pasienter som var innom helsesenteret iløpet av 1 måned og tallene skulle mest mulig være relatert til mai måned 1975. Interessen omfattet også oppgjør med trygdekontoret, hvilken gjennomsnittlig refusjon man fikk for hver pasient. Videre møterutiner, hvor mange timer man hadde pr. uke til møter, hva slags møter og hvem man møtte. Vaktordninger og antall sykebesøk var vi interessert i. I det hele tatt et så bredt materiale som mulig fra de allerede eksisterende sentra rundt omkring i landet. Vi overlater til leserne å gjøre seg opp et bilde av de som har vært så behjelpelige å svare på våre spørsmål.

Per Wium

Rettelse

Vi beklager at en av redaktørene i Utposten ikke følger skikkelig med i OLL's styresammensetning. Dette til tross for at den andre redaktøren ble ny formann i samme forening.

I nr. 5 fikk OLL's styre en gal sammensetning. Den riktige skal være:

Harald Siem, formann.
Anton Skogland, varaformann (for tiden formann)

Styremedlemmer:
Arne-Birger Knapskog.
Svein Tjåland.
Torleiv Robberstad.

Varamenn:
1. varamann Edvard Fjærtøft.
2. varamann Ludvig Daae.
3. varamann Herlof Harstad.

DISTRIKTSLEGE A. C. STOKSTAD:

Refleksjoner rundt Stortingsmelding nr. 9 av 20.6.75 om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat

Stortingsmeldingen er utarbeidet på grunnlag av Sosialreformkomitèens innstilling II og delvis også komitèens innstilling I. Det vises i meldingen også til de tidligere fremlagte stortingsmeldinger om helsetjenesten utenfor sykehus nr. 85 - 70/71 og 45 - 72/73.

Dessuten er en del av de reaksjoner som Departementet har fått, referert i meldingen.

Sosialreformkomitèens mandat var å vurdere de eksisterende stønads- og hjelpeordninger og komme med forslag om en samordnet, rasjonell og effektiv organisasjonsform på dette felt.

Komitèen skulle vurdere sosialorganenes arbeidsoppgaver og fremme forslag til revisjon av lovene om sosial omsorg, om barnevern og om edruskapsvesen. Komitèen skulle også finne frem til hensiktsmessige og effektive former for samarbeide mellom de sosiale organer, helsevesenets organer, trygdeorganene, skolevesenet, sysselsettings- og attføringsorganene og kriminalomsorgen. Videre skulle komitèen utrede en rekke spørsmål angående organisasjon, finansiering, administrasjon og saksbehandling såvel på kommunesom på fylkesplan.

Mandatet var meget omfattende, men likevel veldefinert og inneholdt 2 hovedoppgaver:

1. Organisasjon og samarbeid innad i den sosiale sektor så vel sentralt som lokalt.
2. Kontakt og samarbeid med andre etater med arbeidsoppgaver i samme felt.

Sosialreformkomitèens sammensetning tilsa at den ikke burde gå ut over det mandat den hadde fått.

De problem som nødvendiggjorde en komitèutredning i den sosiale sektor er ikke klart formulert verken i Sosialreformkomitèens innstilling II eller i den foreliggende stortingsmelding.

Det fremgår imidlertid at det er sterkt behov for en omlegging av det eksisterende regelverk slik at det lettere kan praktiseres av feltarbeiderne.

Lov om sosial omsorg bærer preg av luftige politiske ambisjoner og danner ikke et realistisk grunnlag for arbeid i felten. Årsaken kan være at lovgiverne i dette tilfellet ikke har hatt det nødvendige bakgrunnsmateriale å bygge på.

Det ligger nær å anta at sosialsektorens organisasjonsform er skyld i dette.

Sosialdepartementets alm. avd. har liten kontakt med den perifere etat på kommunalplan som skal praktisere forskriftene. Den sentrale etat får derved ikke de reaksjoner som en god kommunikasjon mellom sentral- og lokalmyndighetene gir. Sosialarbeiderne i kommunen er i dag underordnet et politisk styre - sosialstyret - med de muligheter for frustasjoner dette innebærer.

Man skulle vente at Stortingsmeldingen skulle fremme forslag om å løse disse problemene. Det foreslås riktignok at sosialstaten skal være avgjørende instans i enkelte spørsmål. I vesentlige spørsmål er det imidlertid fortsatt sosialstyret som har avgjørende myndighet. Stortingsmeldingen går videre.

Store deler av andre etater foreslås lagt under sosial-

styrets domène.

Helserådet foreslås erstattet med et helseutvalg som skal ha ansvaret for

"spesielle funksjoner i relasjon til smittsomme sykdommer og teknisk-hygieniske oppgaver innenfor sunnhetslovens ramme som er av en slik teknisk og faglig art at de ikke kan ivaretas av helse- og sosialstyret."

Hvem skal avgjøre dette?

De fleste helseråd er i dag utvalg, valgt blant kommune styremedlemmer. De fleste saker ligger innen den teknisk-hygieniske sektor.

Helsevesenet administrerer i dag en rekke virksomheter som i Stortingsmeldingen er foreslått lagt under sosialstyret. Etter Stortingsmeldingen vil dette politiske organ få et enormt saksområde. Det er tvilsomt at den politiske forsamling som sosialstyret representerer, vil kunne ha noen reell kompetanse i saker som vedrører de medisinske sider av hjemmesykepleien, helsestasjonsvirksomhet, skolelegevirksomhet, svangerskapskontroll, kurativ helsetjeneste utenfor sykehus, bedriftshelsetjeneste o.l.

Det er også utenkelig at et slikt politisk råd skal kunne ha den fulle oversikt over de saksområder de nevnte sektorer omfatter når det gjelder de lover og bestemmelser som virksomheten er basert på.

Hver sektor er så omfattende at den krever sitt eget administrasjonsapparat med stor handlingsfrihet basert på et ensartet regelverk. De etater som foreslås integrert, er vel etablerte statlige etater med vertikal

Forts. side 15.

PER WIUM:

Kommentarer til Stortings- melding nr. 113

Innledning

Mine kommentarer blir selvfølgelig merket av min arbeidssituasjon som distriktslege i en øykommune på Vestlandet med vel 2000 innbyggere. Jeg har lest gjennom sammendraget av stortingsmeldingen, og må som generell uttalelse si at jeg er imponert over hva sosialpolitikere har fått ut av departementet i denne anledning. Det er vel tydelig at sosialetaten har medvind og at sosialpolitikerne er mer aggressive enn helsepolitikere akkurat i dag. Jeg håper imidlertid at den aggressivitet snart skal komme helsevesenet til gode. De problemer stortingsmeldingen tar opp er meget pretensiøse, og optimismen når det gjelder å løse problemene er heller ikke liten. Det blir i stortingsmeldingen uttalt at "det gjelder å forebygge at sosiale problemer oppstår", og dette er selvfølgelig helt riktig. Det er bare spørsmål om man klarer å gjøre dette ved å sprøyte inn 100 millioner kroner som et rammetilskudd for den kommunale sosialhjelp, og disse pengene skal for det meste brukes til å styrke bemanningen ved sosialkontorene.

Nye oppgaver for sosialkontorene

Det er meget prisverdig at sosialkontorene nå skal begynne å tenke mer på fritidstiltak for ungdom, lekeplasser, daginstitusjoner, velferdstiltak for eldre og trivselstiltak i bomiljøer. Det er videre en fordel om finansieringsordningene blir mer oversiktlige. Som eksempel kan jeg nevne psykisk handikappede som får tilskudd både fra kommunen ved skolekontoret og sosialkontoret samt fra trygdekontoret ved

folketrygden og eventuelle vanførelag. Det er i dag meget vanskelig å koordinere alt dette når uførheten og kravene til den uføre varierer.

Når det i meldingen understrekes at klientbehandlingen skal overføres til fagadministrasjonen, så er dette også noe som blir et stort fremskritt og da spesielt i små bygdemiljøer. Der kan man avgjort ikke ta en så subjektiv avgjørelse når man er i familie med og kjenner alle impliserte i de fleste saker.

Det skinner jo på flere måter igjennom at dette er et dokument som også skal brukes i politisk agitasjon.

Jeg siterer:

"En omlegging av arbeidsfordelingen mellom de folkevalgte og fagadministrasjonen må imidlertid ikke føre til at de folkevalgte samlet får mindre innflytelse over sosialpolitikken i kommunen. Det er derfor nødvendig at de folkevalgte får kunnskap og informasjon om de sosiale problemers omfang og art. Visse klientsaker bør derfor fortsatt legges frem for sosialstyret."

Dette er jo en fin måte å ordlegge seg på, men i realiteten vil det jo si at sosialsjefen og hans eventuelle medhjelpere bestemmer hva som skal legges frem for sosialstyret.

Tvangsinngrep i forbindelse med sosialt arbeide er aktuelt først og fremst ved barn som utsettes for uforsvarlig behandling, og dessuten misbrukere av alkohol og andre rusgifter. Det synes meget klokt når stortingsmeldingen gir uttrykk for at denne avgjørelsesmyndigheten bør ligge til et organ på fylkesplanet.

Økonomisk sosialhjelp

Når vi kommer over på den økonomiske siden av saken blir problemene mer interessante. Det blir påpekt at utgiftene til sosialhjelp bare er en brøkdel av hva som går med til utbetalinger gjennom trygder. Jeg vet ikke riktig hva departementet mener med denne formulering, men det mest nærliggende er vel at de mener utgiftene til sosialhjelp er altfor lav. I den forbindelse vil jeg uttrykke min store bekymring og redsel for at sosialhjelpen nu skal komme opp i samme utbetalinger som det Rikstrygdeverket bruker. I utbetalingens fotspor følger da et regelverk som blir minst like omfattende som det Rikstrygdeverket har i dag. Uten å ha den helt store oversikten betviler jeg at vårt samfunn klarer en utgiftspost til av den størrelsesorden som Rikstrygdeverket opererer med.

Utover landet dukker det stadig opp tilfeller hvor Rikstrygdeverkets hjelp og dekning ikke er tilfredstillende. Jeg mener det er her sosialkontoret må komme inn med økonomiske midler, med skikkelig ekspertise og ikke minst med forebyggende arbeid. En ting som helt sikkert vil skje i tiden fremover er utviklingen av et stort gap mellom uttrykt behov for hjelp og statens evne til å kunne dekke dette behovet. Jeg tror dette gapet blir større og større jo fler sosialarbeidere man ansetter i sosialetaten, på samme måte som utgiftene til helsetjenesten øker ettersom hvor mange leger man ansetter.

Et svakt punkt i meldingen er at departementet mener kommunen selv skal bære det

vesentligste av byrdene ved økte utgifter til sosialhjelp. En del vanskeligstilte kommuner vil få tilbake pengene gjennom skatteutjæmningsmidler og håper på at dette vil være tilfredstillende. Ut fra personlig erfaring i kommunestyret i en utkantkommune, tror jeg nok ikke dette er tilfelle i dag, og jeg tror departementet bør følge ekstra godt med her. Vær klar over at de fleste kommuner har ingen sosionom tilsatt. De fleste kommunestyrerepresentanter vet ikke hva en sosionom skal gjøre. De fleste kommunestyrerepresentanter kommer fra familier hvor sosial nød er ukjent. Det vil ta mange år før befolkningen ser på sosialtjenesten som like viktig som helsetjenesten.

Sosialkontorets bemanning

Sosialkontorenes bemanning er jo noe av hovedessensen i meldingen. Det står at "sosialkontoret med sine utstrekkelige ressurser får ofte de tyngste klientkasus og blir ofte konfrontert med hjelpebehov som ligger langt utenfor det som kan avhjelpes. Den svake bemanningen begrenser videre sosialkontorenes muligheter til å drive oppsøkende virksomhet og til å engasjere seg i arbeide med en effektiv forebygging av sosiale problemer." Det er når jeg leser slikt jeg begynner å bli litt redd. Jeg blir redd for at sosialetaten, og også for såvidt helsevesenet, skal bli et profesjonelt behandlingsopplegg, som skal kunne ta hånd om alle situasjoner og alle mulige slags problemer. Jeg tror vi allerede fra begynnelsen av bør prøve å definere vårt ansvar innenfor de menneskene vi arbeider for å hjelpe, og at vi rett og slett må prioritere oppgaver. Hverken helsevesenet eller sosialetaten vil noen gang komme i den stilling at de kan ta på seg alle mulige slags problemer. Det er derfor uheldig å formulere det slik at man tror sosialetaten en dag vil kunne ta hånd om de fleste problemer som i dag ligger langt utenfor det som kan avhjelpes.

Minstenorm for bemanningen på sosialkontorene er meget fornuftig. Når man for å avhjelpe den underbemanning som i dag er tilstede gir 100 mill. for å opprette 230 stillinger, blir jeg imidlertid litt

skeptisk. Jeg aner ikke hvor departementet har tenkt å ta disse personene fra. Jeg er dessuten redd for at primærkommunene rundt omkring i landet vil se på dette som et utidig press fra statens side til å utbygge sitt sosiale hjelpeapparat.

Samordning av sosialtjenesten og helsetjenesten på lokalplanet

Her kommer man inn på området som Utposten har vært mest opptatt av. Jeg må si at vi, etter å ha hørt statssekretar Knutsen omtale forslaget, var relativt begeistret. Men etter å ha lest stortingsmeldingen ser jeg store farer i forslaget. Når departementet sier at "det er bred enighet om behovet for et nært og mest mulig strukturert samarbeid mellom de tjenesteytende organer på den lokale sosial- og helsesektor," minner dette mye om politisk svada. At det er behov for samarbeid behøver vi ikke å diskutere, men det vi må diskutere er hvordan dette samarbeidet skal komme igang og hvem som skal være ansvarlig for at samarbeidet kommer istand. Personlig tror jeg noe av det viktigste i denne sammenheng ligger i selve utdannelsen, og på det området er det i hvertfall ikke gjort så mye i den siste tiden. I hvertfall ikke når det gjelder samarbeide med sosionomene. Når de respektive yrkesgrupper kommer ut i felten, er det mange ganger for sent å lære de å samarbeide, og samarbeidet blir da helt avhengig av den enkeltes interesse og vilje til samarbeide. Dette tror jeg ikke hverken stortingsmeldinger eller lovutkast kan endre på, og etter min erfaring vil klientene som regel søke helsetjenesten først. Det er nå en gang slik at det er mer akseptert å ha vondt i magen enn å ha sosiale problemer. Sosialtjenesten er derfor helt avhengig av å få et samarbeide med helsesektoren for å kunne eksistere. Jeg skal komme tilbake til dette siden.

Integrering?

Sosialreformkomitéens innstilling nr. 2 syntes vi i Utposten gikk alt for langt når det gjalt "integreringen av helsetjenesten i sosialtjenesten" som de uttrykte det. Dette er heldigvis departementet helt enig i og de

uttaler "siktemålet må være å gjennomføre en samordning i det omfang og den form som best tjener klientenes interesse samtidig som det legges vekt på hva som er rasjonelt og hensiktsmessig ut fra faglige administrative og organisatoriske synspunkter." Jeg vil igjen få si at jeg ikke skjønner helt hva som er meningen med slike uttalelser, men det skinner vel kanskje igjennom en viss velvilje fra departementets side. Departementet går videre inn for å vurdere om privatpraktiserende leger, fysioterapeuter og tannleger i privatpraksis kan samordnes med de andre tjenestene i helse- og sosialsektoren. Dette tror jeg blir en meget hard nøtt å knekke. Jeg vet ikke om det i det hele tatt er mulig, men jeg håper det er mulig.

Det er hyggelig å lese at departementet går inn for helse- og sosialsentertanken hvor legetjeneste, sosialkontor, sykepleiesjef, trygdekantor, helsestasjon, fysioterapeut, o.a. skal samles under et tak. Det departementet sikkert ikke vet, er hvor vanskelig det er å få gjennomført et slikt tiltak. Jeg sitter i en byggenemd for et slikt prosjekt, og den tid som går med for å koordinere og veilede saken gjennom de rette kontorer er nesten ikke til å tro.

Det er gledelig når det i meldingen blir understreket at en person bør ha hovedansvaret for klienten og den hjelp han trenger. Vi har sett flere stygge eksempler på at klientene har blitt behandlet av "team" og ikke av mennesker.

Helse- og sosialstyre

Når man kommer inn på de nye helse- og sosialstyrenes arbeidsområde, begynner imidlertid problematikken å bli nokså kontroversiell. Departementet mener at disse sektorer bør ha en felles politisk styring og planlegging som skal omfatte sosialstyrets- helserådets- og trygdestyretsnaværende arbeidsområde. Det som faller oss distriktsleger tyngst for brystet, er at det i dette styret skal foregå styring av helsemessige tiltak som legetjenesten, skolelegetjenesten, tannhelsetjenesten, helsestasjonsvirksomheten, helsesøstertjenesten og forebyggende helsearb-

eide i kommunen. Derved vil helserådet bortfalle og sunnhetslovens bestemmelser skal ivaretas av et "hygieneutvalg" hvor den offentlige lege bør være obligatorisk medlem. Dette hygieneutvalget skal så ta seg av smittsomme sykdommer, tekniskhygieniske oppgaver og hygieneutvalget skal være kommunalt oppnevnt. Man har altså muligheten til fullstendig å utelukke medisinsk hygienisk personell i et slikt utvalg.

Og her vil jeg som distriktslege få lov til å protestere. Jeg frykter følgende utvikling: At ansvaret for planlegging blir fullstendig overlatt til helse- og sosialstyret, hvor distriktslegen eller andre statsansatte helsearbeidere ikke er med. Dette vil føre til at distriktslegenes engasjement, interesse for og styring av disse sakene vil reduseres betraktelig. En folkevalgt gruppe vil ikke ha tid til å sette seg skikkelig inn i disse sakene. Den folkevalgte styring blir derfor grunnlagt på manglende innsikt. Dersom distriktslegene nå endelig ser seg fritatt for planleggingsansvar, kan det vel hende at utrednings og informasjonsarbeider som helse- og sosialstyret er avhengig av blir neglisjert, kanskje særlig hvis distriktslegene møter mye motstand i sitt arbeide.
Er det da ingen som kunne tenke seg å styrke helse- rådene?

I dag består helserådets oppgaver utover i landkommunene for det meste av tekniskhygieniske avgjørelser innenfor sunnhetslovens ramme. Noe av det vanskeligste helserådene driver med, er å få kommunene til å oppfylle sine forpliktelser i så hen- seende. Hittil har den off. lege brukt sin utdanning og veiledet ofte meget uerfarne kommunale tillitsmenn i helserådet på dette området.

Hvis den offentlige lege faller ut her, vil alt tekniskhygienisk kontrollarbeide som ikke bygningsrådet tar seg av i dag falle bort. F.eks. tror jeg det er umulig for ikke utdannede nye helserådsmedlemmer å kunne tenke i drikkevannshygieniske baner, hvis man ikke har et medlem i helserådet som kan sette de inn i det.

Jeg går ut fra at sosialdep. ikke har ment at hygieneutvalget skal være underordnet helse- og sosialutvalget, men skal stå helt uavhengig av dette. Personlig skjønner jeg ikke hvorfor departementet på død og liv skal ha bort helserådet. Denne institusjon som har bestått i 100 år og som tiltross for manglende bemanning og bevilgninger opp igjennom årene har en grunnfestet funksjon i alle kommuner og er noe som både politikere og innbyggere regner med. Et nytt helseutvalg vil igjen måtte begynne kampen for å identifisere seg i kommunen. Jeg skjønner heller ikke hvorfor distriktslegen og helserådet ikke skal få lov til å planlegge legetjenesten, skolelegetjenesten, helsestasjonsvirksomheten, helsesøstertjenesten og forebyggende helsearbeide i kommunen. Dette er jo pålagt helserådet og distriktslegen i dag. På de steder hvor dette ikke har blitt gjort skikkelig, og slike steder finnes, vil det ihvertfall ikke bli noe bedre om man overlater dette til nytt navn på et nytt utvalg. Og tilslutt vil jeg minne om noe ganske vesentlig når det gjelder å bygge opp en koordinert helse- og sosialtjeneste utover i landet.

De som utreder dette problemet ser på forholdene slik de er i dag. Vi skal imidlertid ikke glemme at det offentlige helsevesen i Norge har en historie bak seg, og denne er ikke bare noe man taler om ved høytidelige anledninger. Denne historien har felt seg ned i befolkningen ved at de visste de hadde en offentlig lege som de kunne henvende seg til når sykdom kom på. De visste også at de kunne henvende seg til distriktslegen med andre problemer, og de har gjennom over 100 år gjort seg fortrolig med det offentlige helsevesen. De vet hva det står for og de vet hva de kan få hjelp til.

Når det gjelder sosialtjenesten har denne ikke vært utbygget i perifere kommuner. La oss si at sosionomene begynte å opptre på den lokale arena her ute i 1970-årene. Trygdekontoret har vært etablert i mange år, og her en meget solid bakgrunn. Befolkningen er også kjent med hvilken funksjon disse har i kommunen. Etter bemanningen i dag har

trygde- og helsesektoren 9 ansatte mens sosialsektoren har 1 ansatt i kommunen. Alle etater har en hel masse som er ugjort, og jeg tror ikke sosialstaten er spesielt presset med hensyn til arbeid sammenlignet med helse- og trygdesektoren. La oss altså si at i vår kommune er tilbudet i dag på sosialsektoren sammenlignet med helse- og trygdesektoren som 1:10. Jeg tror ikke denne fordelingen er helt skjev i fremtiden, men jeg er klar over at man selvfølgelig kan sette inn midler slik at forholdet blir 1:2 uten at jeg tror befolkningen her ute blir noe lykkeligere av den grunn. Fra Alta er erfaringene om trent de samme når det gjelder betoning av sosialsektor kontra helsesektor.

Det jeg frykter er styrkingen av sosialsektoren på bekostning av helse- og trygdesektoren i fremtiden vil føre til en skjev og kunstig fordeling av midlene. Jeg tror det samme vil skje nå som har skjedd her før: Man skyter over målet og kommer ned på baken. Dette lærer man aldri. Fra en finsk kollega sakser jeg en uttalelse som sikkert også gjelder her i Norge:

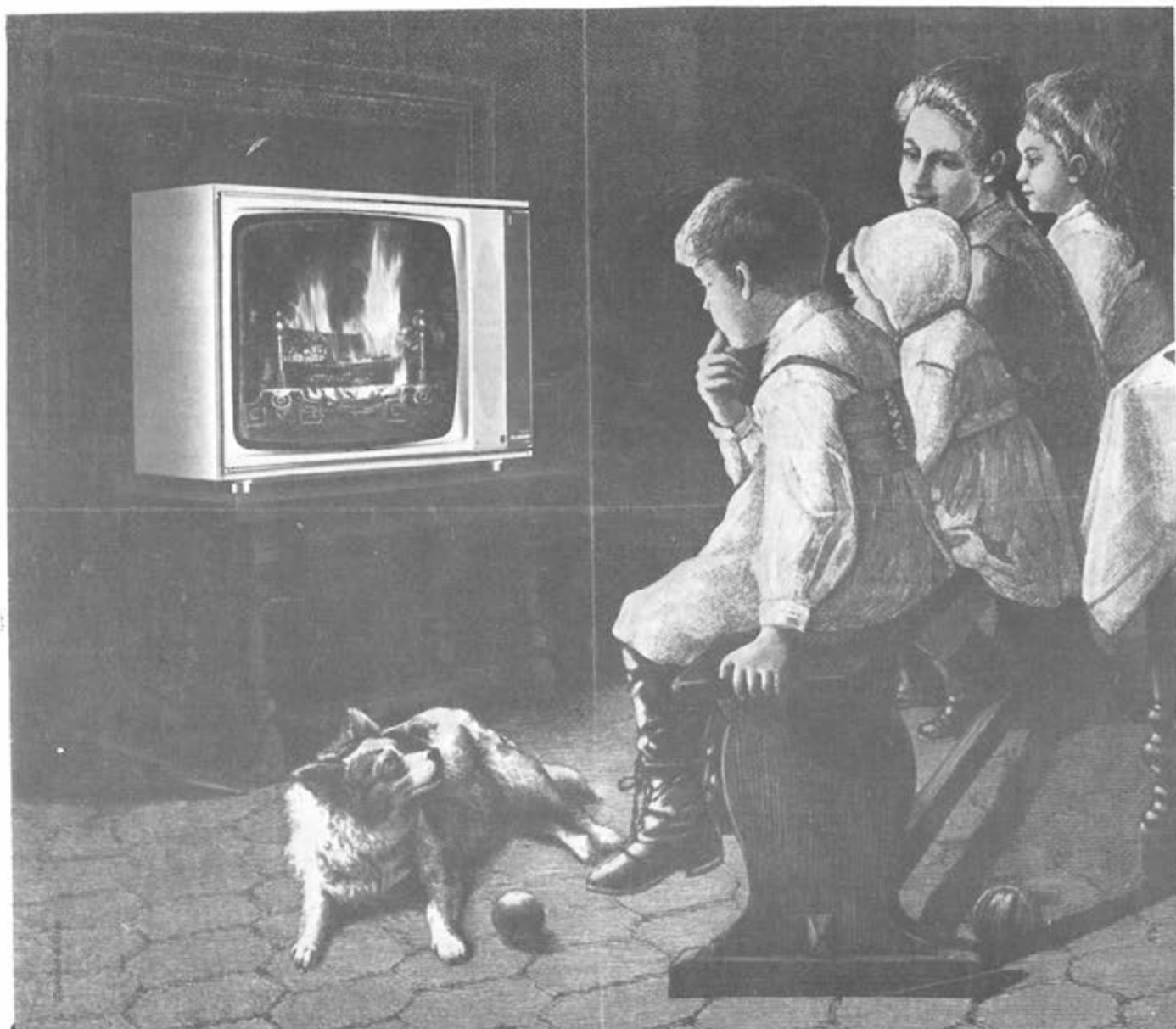
"Politikerne som sitter i utvalg for sosialtjenesten er mye mer høyrøstet og aggressiv enn de politikere som kommer med i helsetjenestens utvalg. Dette er årsaken til en skjev fordeling."

Betal Utposten!

Alle aviser med respekt for seg selv må stadig vekke minne sine abonnenter om at avisen må betales. Så også med UTPOSTEN. Dette har til nå vært gjort ved at vi diskret har lagt en innbetalingsblankett inne i avisen til de som ikke har betalt abonnementet. De som stadig vekker har sett våre innbetalingsblanketter, burde derfor nå få meget dårlig samvittighet og betale straks.

Fra og med neste nummer vil imidlertid vår strenghet bli skjerpet, og vi kommer til å slutte å sende avisen til de som ikke har betalt for 1975. Det er bare de som får innlagt innbetalingslipp i sin UTPOST som gjenstår med betaling.

Redaksjonen.



Helse- og sosialsenter

Odelstingsproposisjon nr. 44/1973 –74, om planlegging og forsøksdrift i helse/sosialektoren, er blitt liggende i startgropen. Imidlertid er tanken om samarbeid innen helse- og sosialtjenesten i sterk ekspansjon, og helse- og sosialsentra gror opp over alt. Det er beklagelig at man ikke har en instans som man kan henvende seg til for

å dra nytte av andres erfaringer. Mye av den informasjonen som eksisterer om helse- og sosialsentra vandrer fra munn til munn blant helse- og sosialarbeidere, og UTPOSTEN har derfor henvendt seg til noen av de etablerte og mer kjente helse/sosialsenter for å prøve å skape seg et bilde av hvordan de fungerer.



Om Stovner Helse- og Sosialsenter forteller dr. Petter Kristensen:

Stovner helse- og sosialsenter er en midlertidig brakke, bygget opp av Moelven-seksjoner i en lengde på tilsammen ca. 70 meter.

For tiden arbeider det 5 leger ved senteret, Leif Andlem, Ragnhild Arentz-Grasvedt, Petter Kristensen, Sissel Steinhaug og turnuskandidat. I tillegg er det opprettet et underkontor i egne lokaler i en blokkleilighet som er midlertidig ombygd, og her er Astrid Lian lege.

Det er knyttet 10 sosionomer til senteret som arbeider med oppgaver som tilsvarende sosialkontoroppgaver, og i tillegg er en sosionom ansatt som hjemmekonsulent og en sosionom som barnevernsfullmektig. En psykiatrisk sykepleier er også ansatt som hjemmekonsulent, og en klinisk psykolog og en psykiater er knyttet til senteret.

I bydelen er det 5 helse-søstre som stort sett får en noe annen tilknytning, idet de direkte er knyttet til avdeling for distriktshelse-søstertjenesten i Oslo helseråd. Kontorpersonalet teller 8 personer.

I gjennomsnitt bruker legene ca. 60% av den faste arbeidstid, dvs. 23 timer ukentlig, på kurativ medisin. Dertil kommer individuelle forebyggende helseoppgaver, tverrfaglige oppgaver og engasjement i den generelle planlegging av primær helse-tjeneste i Oslo.

Ønsket var at legene, som det øvrige fagpersonale, hadde ansvar for en bestemt geografisk sektor i bydelen. Idealet er da at samme lege har ansvar for samme sektor i barnekontrollen, svanger-

skapskontrollen, skolelegetjenesten og den kurative tjenesten. Dette har ikke vært mulig å gjennomføre fullt ut, mest på grunn av at det er noe forskjell på helsesøsterdistrikter og legedistrikter, og i ennå større grad fordi skoledistriktene er forskjellige fra legedistriktene.

Legene deltar i møter 3½ - 4 timer pr. uke. Det er satt opp et almannamøte hvor hele personalet møter 2 timer annen hver uke, et helsefagmøte ukentlig på 1 à 3 kvarter, og et tverrfaglig teammøte med andre yrkesgrupper med ansvar for samme geografiske distrikt 1 time à 3 kvarter i uken.

Det er vanskelig å si noe bestemt om hvor forpliktende helsetjenesten er, eller hvor tilgjengelig den er for befolkningen. Vi har åpningstider fra kl. 8.00 til kl. 15.35, og to ganger i uken til kl. 20.00. Vi har kontortid hver lørdag. Man kan si at tjenesten i arbeidstiden er relativt forpliktende, men at det på grunn av bemanning har vært en del avvisning (utsettelse) av konsultasjoner. Sykebesøksordningen har ikke fungert forpliktende, idet det er opp til den enkelte lege å sette en grense for hvor mye han eller hun vil kjøre. Her har det til nå vært slik at en av legene har hatt avsatt tid til sy-



Stovner Helse- og Sosialsenter

Timetallet pr. lege ukentlig blir noe mindre fordi ikke alle er med på alle møter, det er til enhver tid noen som tar seg av den kurative praksis.

kebesøk hver dag, og at det er opp til den enkelte lege å kjøre utover arbeidstiden.

Utover åpningstiden har det i praksis vært minimale for-

pliktelser i vårt tilbud. Dette har vært helt opp til den enkelte lege. De legene som har arbeidet her, har alle bodd utenfor bydelen, dette har bl.a. vært en medvirkende årsak til at det har vært svært liten tjeneste utenom arbeidstiden.

En ting har opptatt oss svært mye i den siste tid. Planleggingen av helse- og sosialtjenesten i Oslo bygger på det prinsipp at hver lege skal være generalist med et bredt arbeidsfelt innen forebyggende og kurativ me-

disin i et mindre geografisk distrikt. I vår utbygging ved Stovner helse- og sosialsenter har vi lagt stor vekt på en slik målsetting.

Vi har nå i lang tid følt gapet mellom idealer og realiteter, distriktene våre er betraktelig større enn forutsatt i planene, pågangen og arbeidspresset har etter vår mening vært svært stor, og er stadig økende. I en slik situasjon mener vi at man må ta utgangspunkt i den praktiske virkelighet vi står oppe i, og vi diskuterer nå å begren-

se oss på en del felter når det gjelder arbeidsoppgaver. Dette ikke fordi vi er uenige i idealene, men fordi vi merkar at vi gaper over for mye, og dermed egentlig står i fare for å gi et dårlig tilbud til befolkningen. Konkret har vi vært inne på å sløyfe skolelegetjenesten slik situasjonen i dag er, og dermed få en noe bedre mulighet til å sette av tid nok til barnekontroll og svangerskapskontroll, samtidig som vi oppprioriterer den vanlige kurative tjenesten.



Dr. Jan Ivar Kvamme skriver om Alta midlertidige helsesenter.

Det nåværende helse- og sosialsenter heter Alta midlertidige helsesenter, jeg henviser til bilde.

Et permanent helsesenter er nå under oppførelse, og vi regner med at det vil være ferdig i desember 1976. Ved senteret arbeider 4 distriktsleger: Dr. Christian Høy, dr. Bjørn Tansem, dr. Lars Tjemsland og jeg. Dessuten har vi to turnuskandidater.

Arbeidet i legestasjonen er ordnet på skift. Fra kl. 9.00 til kl. 15.00 er det tre leger, og fra kl. 15.00 til 19.00 er det to leger. En lege er hver dag engasjert totalt i offentlig arbeid.

Mellom kl. 8.00 og kl. 9.00 er det møtevirksomhet av forskjellige slag. Kollektvier og visitt på sykestuen.

I tillegg til legene er følgende personale engasjert delvis på heltid og delvis på deltid:

På skiftet fra kl. 8.30 til

15.00 har vi 2½ kontorassistent og 2½ sykepleiere. Fra kl. 15.00 til kl. 19.00 1½ sykepleiere og 1 kontorassistent.

Våre fem sykepleiere har forskjellig bakgrunn. En av dem har spesialutdannelse som laboratoriesøster, en annen som operasjonssøster. Personalet holder seg stabilt til senteret, det er bare to sykepleiere og en kontorassistent som er ansatt etter at helsesenteret startet opp.

Ved helserådet har vi to kontorassistenter, hver i halvdagsstilling, tilsammen en heldagsstilling, og tre helsesøstre. Ved familievernkontoret er det ansatt en sosionom i heldagsstilling. Blodgiversentralen har en sykepleier en dag i uken. Ambulerende spesialist har en sykepleier som assisterer hver gang han eller hun er her.

Vi har nylig foretatt en registrering over hvor mye tid

som brukes på møter av forskjellig slag. Det dreier seg om fra en til fem timer pr. uke. Fem timer har sosialsjefen og helserådsordføreren.

De faste gruppemøtene våre er følgende:

Mandagsmøte:

Her møtes leger, helsesøstre og sosionomer på familievernkontoret hver mandag kl. 8.00 til 9.00 for å drøfte ukens og månedens arbeidsopplegg. Dessuten diskusjon av innkommen post, aktuelle saker.

Tirsdagsmøte:

Her er det kollokvium for legene hver tirsdag. Ikke sjelden innkalles fysioterapeuter eller sykepleiere ved felles faglige drøftelser. En gang har også kiropraktoren vært med.

Onsdagsvisitten:

Denne dagen går alle legene fellesvisitt på sykestua mellom kl. 8.00 og 9.00.

Torsdagsmøtene:

Dette er sosialmedisinske gruppemøter som delvis har

med klientbehandling og delvis med saksdrøftelser. Her møter alt aktuelt helse- og sosialpersonell. Og dette varierer med de forskjellige sakene.

Kontaktgruppen:

Dette er en gruppe som er etablert for å arbeide med rusgiftproblemer. Det er særlig ungdom med tilpasningsvansker. Det består av en sosionom, en psykolog, en lærer og en distriktslege. Vi har rådgivning, informasjon, overvåking og klientbehandling. Vi møtes en gang i måneden som et minimum. Ellers etter behov.

Familievernkontoret:

Vi har et primærkontor. Hver

torsdag har dette teammøter, og det teamet som er knyttet til kontoret er: Sosionom, lege, psykolog, psykiater, jurist og prest.

Behandlingsteam psykisk funksjonshemmede:

Det er etablert spesiell omsorg for psykisk funksjonshemmede. I august åpner vi et nytt daghjem og familiehem. Her er et behandlingsteam som består av lederen på daghjemmet, samt lege, helsesøster og sosionom. Disse møtes en gang i måneden.

Ved siden av dette har vi helseråd, bygningsråd, trafiksikkerhetsutvalg, sty-

rene i de humanitære organisasjonene. I alle disse utvalg er legene representert.

Det ytre distrikt er inndelt i sektorer, som hver har sin faste distriktslege. Denne distriktslegen har tilknyttet en helsesøster. Disse har det totale ansvar i sin del av distriktet. I de sentrale områder har vi forsøkt å foreta en tilsvarende inndeling slik at den lege som har skolebarnsundersøkelsen også har den nærliggende spedbarnskontroll. Saksområdene forøvrig i sentrum er fordelt mellom distriktslegene. Det administrative og koordinerende ansvar har helserådsordføreren. Det er selvsagt et fritt legevalg.

Vi var tidligere av den oppfatning at vi skulle dra lite i sykebesøk og fulgte mye svensk system ved å hente inn pasientene. Dette har nå avtatt sterkt, i og med at vi er mer opptatt av å dra i sykebesøk for å bli bedre kjent med forholdene i hjemmene. På hver vakt kjører vi i sykebesøk jevnt over fra kl. 19-20 til kl. 1-2 om natten. Det er etablert en fast vaktordning, alle legene har mobiltelefon, og vakthavende lege kan nås til hvilken som helst tid på døgnet. Ukedagene er fordelt som faste vakt dager for legene.



Alta midlertidige helsesenter

Mortensnes helse- og sosialsenter

Omtalt av JO TELJE

Vi vil prøve å besvare de spørsmål om helse- og sosialsenter som UTPOSTEN reiser i brev av 05.06.75, og beklager sterkt at sommerferie m.v. i så stor grad har forsinket vårt svar.

Mortensnes helse- og sosialsenter er det første ledd i en desentralisert helseplan for Troms og kom i funksjon juni -73. Senteret

disponerer 440 kvadratmeter i et nybygget skoleanlegg og betjener ca. 4700 mennesker i en drabantby utenfor Tromsø, med den typiske skjeve aldersfordeling med bare 8% av befolkningen over 50 år.

Som navnet tilsier, er et lokalt sosialkontor integrert i senteret med legepraksis, fysioterapi og

helsestasjon. I målsettingen er det lagt stor vekt på forebyggende arbeid, ca. 1/3 av legenes arbeidstid. Bemanningen er f.t.: 1 fysioterapeut, 1 sosionom, 1 helsesøster, 1 legesekretær, 1 kontorassistent, 1 kontor-sykepleier og 2 leger. Av legene er Bernt Stüeland i full stilling, den andre stillingen har foreløbig

vært delt mellom 3 leger, Arthur Hertzberg, Anders Forsdahl og Jo Telje, alle ansatt ved Universitetet, Samfunnsmedisinsk institutt. Disse har også vært engasjert i visse utredningsarbeider vedr. senterets funksjon, f.eks. er skolehelsearbeidet nøye kartlagt, en praksisstatistikk over 5967 konsultasjoner i 1974 er under utarbeiding, og en spørreskjemaundersøkelse over befolkningens forhold til senteret er nettopp avsluttet. I tillegg har hovedfagstudent i sosiologi, Kåre Tønnesen, skrevet sin hovedfagoppgave om senterets opprettelse, administrasjon og integrasjonsproblemer. I mai måned 1975 fungerte senteret med bare 1½ lege, hadde 493 konsultasjoner, hvilket gir et gjennomsnitt på 3,51 konsultasjoner pr. time i praksis, varierende mellom 3 leger fra 3,3 til 3,8.

Den gjennomsnittlige trygdekasserefusjon pr. konsultasjon var 35,- kr. både for leger med og uten almenpraktiker DNLF-kompetanse, idet lege uten denne kompetanse tok forholdsvis flere laboratorieprøver. Vi har to typer formaliserte møter pr. uke, en time i uken allmannamøte for administrative spørsmål, dessuten to teammøter å tre kvarter pr. uke for fagpersonellet, hvor 2 av legene møter på det ene, og 2 av legene på det andre møte. Disse teammøter drøfter pasient/klient-problemer med navn bare etter vedkommendes samtykke, selvsagt. I tillegg til disse formaliserte møter har vi samarbeid på forskjellige nivåer av mer ad hoc karakter, f.eks. at fysioterapeuten kommer



Mortensnes helse- og sosialsenter

inn til legen under konsultasjonen og vurderer en tilstand sammen med legen. En hindring for å oppfylle målsettingen fullt ut er det forhold at legene fortsatt er på stykkpris-systemet med leieavtale med kommunen, mens resten av personalet er på et fastlønns-system. Legenes avlønningsform skal opp til forhandlinger mellom kommunen, Rikstrygdeverket og legeföreningen i høst, og blir forhåpentlig avklart relativt snart.

På grunn av den tredelte legestilling, har vi vært spesielt oppmerksomme på problemet med personlig legetjeneste, og lagt vekt på at pasientene skal få mulighet til å treffe igjen sin faste lege. Regionen er såpass liten at vi har ingen ytterligere sektorisering, og har bevisst prøvd å unngå seleksjon av pasienter til de forskjellige leger. En annen sak er at i disse 2 år har samme lege vært ansvarlig for den type helsekontroll vedkommende startet med. Sykebesøk foretas i forbausende liten utstrekning, under 1%. Legevakt for natt og helger går inn i le-

gevaktsystemet for Tromsø by som helhet. På grunn av et registrert ønske fra befolkningen har vi kveldsåpent 2 ganger i uken, samt åpent hver lørdag.

UTPOSTEN hevder at det er vesentlig for den videre utvikling at man nå begynner å diskutere erfaringer fra de forskjellige helse- og sosialsentra, og dette er vi hjertens enige i. Vi vil dog få presisere at problemstillingene slik de er formulert i brevet fra UTPOSTEN utelukkende dreier seg om legetjenesten. I et integrert helse- og sosialsenter som Mortensnes, er det åpenbart at legene i det daglige arbeid influerer på og influeres av det øvrige personalet og at deres totale ytelser ikke kan måles i konsultasjoner alene. På samme måte kan pasientene få et bredere tilbud fra senteret enn det en lege alene kan tilby.

Bemanningen har vist seg å være utilstrekkelig, og det er forslag om utvidelse med en ny fysioterapeutstilling, en ny sosionomstilling og en halv helsesøsterstilling fra høsten av.

Forenklet sammenstilling av noen data fra helse- og sosialsenter:

	STOVNER:	ALTA:	MORTENSNES (Tromsø):
I drift:	Mai -72	April -71	Juni -73
Total grunnflate:	450 kvm	400 kvm.	440 kvm
Antall leger:	5 + 1	4 + 2	1 + 3/3
Reell arbeidstid pr. lege i tilknytning til senteret:	40—45 t	50—80 t.	
Ansatt helsepersonell:	28	12	8
Antall konsultasjoner pr. lege pr. mnd.:	267 (april -75)	422 (mai -75)	329 (mai -75)
Refusjon fra trygdekontoret pr. konsultasjon ved senteret:	30 kr.	kr. 36,85	35 kr.

PER WIUM:

Nordiske ämbetsläkarmöte i Kiruna

Det er vel like godt å innrømme det med en gang. Sverige lokker ikke til de grader som turistmål for skandinaviske leger som Finland og Island gjorde. Deltagelse i ämbetsläkarmötet var derfor ikke overveldende, litt over 70 deltagere, fruene iberegnet, var samlet på hotell Ferrum 7. - 9. august for å snakke sammen, hygge seg sammen og utveksle erfaringer.

De svenske verter hadde gjort alt som burde gjøres i en slik anledning. Når det allikevel ble enkelte skygger på gjennomføringen, skyltes dette en travel turistsesong på et hotell hvor bemanningen var minimal.

Når sant skal sies har vel festlighetene vært noe av det viktigste ved møtene. Men uten å bli misforstått, vil jeg påpeke at dette også er noe av det nyttigste, når vi kommer sammen for å knytte kontrakter av faglig karakter over de nordiske landegrensene. Derigjennom får man et innblikk i hvilke helseproblemer landene i Norden har og informasjonen kommer fra venner og ikke fra offentlige tjenestemenn.

Det er ikke det samme å være på stort og rent faglig møte, som å komme på ämbetsläkarmötet. Her sitter vi sammen til alle måltider gjennom 3 dager. Den personlige kontakten synes jeg kanskje er noe av det viktigste ved disse møtene, samtidig som legenes ektefeller kan utveksle sine sikkert like viktige erfaringer, og at disse også får et fortjent utbytte av ämbetsläkarmötet. Det synes i det hele som om de respektive ektefeller har funnet det prisverdig å være med på tiltaket da hele 2/3 av deltagerne hadde med sine koner.

Men det var ikke bare fest, det var også faglige møter:

Primærmedisinens organisasjon, integrasjon med sosialapparatet.

Dr. Bengt Berg, som forøvrig er ny formann i Distriktsläkarforeningen i Sverige, påpekte den paralelle utviklingen som har skjedd i de nordiske land. Han påviste at lovene og de offentlige utredninger har gått nogenlunde i samme retning de senere år. Island er vel det land som har kommet lengst i

som endel offentlige leger. Den kurative medisinen har også i primærhelsetjenesten fått helt nye behandlingsmuligheter. Dette mente han var en av hovedårsakene til primærmedisinens oppsving.

Samarbeidet med sosialtjenesten var han spesielt interessert i da man i Tierp, hvor han arbeidet, hadde gått spesielt inn på dette problemet. Han mente at samarbeidet på individuelt nivå, d.v.s. samarbeid om den enkelte pasient, var meget arbeidskrevende og tok uhyre store res-



LKAB, Kiruna, Kiirunavaara

et helhetssyn på helselovgivning. Den islandske deltager påpekte imidlertid at det meste foreløpig er på papiret. Dr. Bengt Berg mente at politikerne har fått mer tiltro til forebyggende helsearbeide de siste år, på samme måte

surser. Det var også her man støtte på de største praktiske vansker. Selv mente han at man kom best i vei ved først å samarbeide på plannivået, altså på det mer administrative plan, med prosjekter, ressursfordeling, o.s.v.

Den danske innleder, Tage Grodum fra Herning, kom fra landet hvor det offentlige foreløpig hadde grepet minst inn overfor legestanden, og uttalte at alt nu skal endres på en gang i Danmark.

Alle reformer skal skje i høyt tempo, og han så dette meget betenkelig. Forøvrig var han av samme mening som enkelte røster i Norge også har gjort seg til talsmann for:

"Hvis ikke legene blir økonomisk bevisste i samfunnsmessig sammenheng, vil politikerne snart gjøre dem til det."

For ham støtte integrasjonstanken på vanskeligheter når det gjalt taushetsplikten.

Fra norsk hold var distr. l. Kvamme fra Alta fremme med erfaringer fra sin kommune. En understreket at når det gjelder integrasjon helse-tjeneste/sosialtjeneste, må man være klar over at arbeidsmengden er vesentlig større på helseseksjonen enn på sosialseksjonen. Ved hans helsesenter var arbeidsmengden som 9/1 tatt ut fra bemanningen for helseseksjonen respektive sosialseksjonen. Han mente at likestilling mellom helseseksjon og sosialseksjon ville være en utopi når det gjalt arbeidsmengde og bemanning. For Alta's vedkommende kom første distriktslege dit i år 1800 mens den første sosionom kom dit i 1965. Man kan ikke vente at befolkningen skal legge like stor vekt på disse to gruppene når det gjelder ressurstilgang.

Det har vært fremkastet flere samarbeidsmuligheter mellom helse- og sosialetaten fra fullstendig fusjon, representert ved Stovner Helse- og Sosialsenter, til et strukturert samarbeide slik det praktiseres i Alta. De går der inn for sosialmedisinske gruppemøter, 1 t. pr uke. De har basisteam som diskuterer utføringsproblemer, de har en narkotikagruppe. Utover dette har de med familievernkontore: og som alle andre bruker de telefonkontakter og andre mer uformelle kontakter. En gang i uken har de sosialt forum hvor mer generelle ting blir tatt opp. Problemene som har kommet til syne i Alta, var vanskeligheter med de enkelte gruppers faglige integritet. Han understreket viktigheten av at man

hadde gjensidig respekt for hverandres yrke, men i et strukturert samarbeide som det han skisserte, fikk hver faggruppe beholde sin egen status og det var ingen sjef for samarbeidet.

Han kunne fortelle at i Finland hadde man satset på hjemmesykepleiere i team som bestod av en utdannet søster og 4 hjemmesykepleiere. Disse kunne ta seg av ca. 20-30 pasienter. De hadde prøvet



Utflukt til samebyen Nikkalauka

Forøvrig la han vekt på at helsetjenesten må ha sykebesøk i hjemmene, noe som møtelederen, Ronald Bengtson, applauderte etterpå.

Fra Finland kom Oleg Gorbatow med sitt syn på problemene. I Finland hadde de merket at sosialtjenestens nemder var besatt av politikere som var meget hardere og mer agressive enn de politikere som satt i helsetjenestens utredningsgrupper. Parallellen til Norge skulle vel ikke være så helt urimelig.

med hjemmesykepleiere under sosialkontorene, men dette gikk dårlig.

Hvem skal så lede samarbeidet og hvem skal være med på å fordele kaken?

Gorbatow mente at en lege har lettere for å organisere en sosialtjeneste enn en sosialsjef har for å organisere en helsetjeneste. I Finland hadde man prøvet leger som distriktssjef innenfor "sjukvården", og dette hadde gått bra. Han var betenkt på å



Typisk Kirunaarkitektur

sette politikere som ledere av dette, da man risikerte å få personer som hverken hadde greie på sosialtjenesten eller helsetjenesten, og den som var best venn med politikerne ville da få mest. Han så faren i at andre faggrupper, f.eks. jurister, statsvitere, psykologer og politikere lager komiteer og gir utredninger som kan gi totalt uholdbare konklusjoner og føre til ureparerbare feil. Han slo til lyd for at vi innen våre respektive foreninger måtte komme frem til arbeidsgrupper på dette området.

Den fremtidige ordningen av de internordiske møtene

Oleg Gorbatow åpnet med å invitere til kongress for offentlige leger i Finland januar 1976. Dernest kom han med forslag til forandring av møteopplegget. Bl.a. mente han at man måtte utvide kongressen med 2 nye sektorer. For det første burde man ta opp spesielle kliniske spørsmål fra primærhelsetjenesten, for det andre skulle man legge frem resultater fra vitenskapelig forskning i

primærhelsetjenesten. På denne måten mente han at man bedre kunne samle alle som hadde sitt arbeide innenfor primærhelsetjenesten.

Dr. Bengt Berg var umiddelbart tiltrukket av Gorbatows forslag, men mente at en internordisk gruppe burde gå gjennom hele problemet etter at de respektive offentlige legeföreninger hadde diskutert det. Samtlige talere mente at det faglige innholdet i disse møtene burde bli mer omfattende enn de hadde vært til nu.

Knut Selmer Olsen mente at man skulle være forsiktig med å komme inn på området til vanlig almenpraktiserende leger, da man ellers ville gape noe for høyt. Fra dansk hold var man ikke enig med Selmer Olsen, man mente det var viktig å klargjøre hvordan man arbeidet i de forskjellige land og at det hele burde utvides rent faglig. Man ble så enige om å komme sammen fra de respektive offentlige legeföreninger for å diskutere dette problemet innen neste møte

som skal holdes i Danmark i 1977.

Det ble dessuten vedtatt at man skulle ha kontakt mellom de respektive foreninger for å legge opp det neste møtet i Danmark.

I den videre diskusjon kunne dr. Bengt Berg fra Sverige fortelle at provinsialläkaren var forsvunnet fra kartet i Sverige og at han tittel nu vil bli distriktsläkare. Dette førte også til en diskusjon om man ikke skulle forandre navnet på møtet, da man var redd for at ämbetsläkarmötet skremte noen fra å delta. Dette på grunn av at ingen igrunnen identifiserte seg med tittel ämbetsläkar.

Personlig vil jeg så sterkt jeg kan anmode så mange som mulig å delta på disse møtene. Det er en fin kombinasjon av faglig innsprøyting og personlig kontakt. Videre styrker det følelsen av å tilhøre en gruppe offentlige leger, en følelse som man kanskje ikke sitter med til daglig men som kan være nyttig når man skal utføre offentlig helsearbeid.

Vikariat Aukra legedistrikt

Distriktslege Siem har 1 års permisjon fra stillingen som distriktslege i Aukra med bosted Aukra.

Det søkes om vikar, enten som privatpraktiserende lege eller distriktslege i hans sted.

Det tilbys delvis møblert bolig, nyoppusset med distriktslegekontoret i samme kompleks.

Kontoret omfatter distriktslegekontor, helsesøsterkontor, sekreter, laboratoriesøster, i det hele tatt et meget effektivt system.

Undertegnede er p.t. konstituert distriktslege.

Vikartatet søkes for kortere eller lengre tid, men helst umiddelbar tiltredelse og fast stasjonering inntil medio juli 1976.

Henvendelse kan skje til undertegnede.

Distriktslege Per Wium
6410 MIDSUND.

3 måneders B₁₂ vedlikeholdsterapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettes normalt B₁₂.

For vedlikehold er det tilstrekkelig med 1 ml hver 3. måned.

Ventrikelresecerte gis 1 ml 2-3 ganger i året.

Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B₁₂ terapi

DUMEX

Refleksjoner rundt . . .

kommunikasjon til fylkes- og sentralmyndigheter som fungerer godt. De horisontale kommunikasjonslinjer etatene seg i mellom fungerer på alle plan. De er opprettet på basis av generelle retningslinjer vedtatt av Stortinget. Det må foreligge vesentlige argumenter til at ledelsen av disse organer skal overføres til ett kommunalpolitisk organ.

Departementet er riktignok av den oppfatning at sosialreformkomiteens integrasjonsforslag går for langt. (Sammendragets s. 27).

I meldingen foreslår Departementet at helserådets funksjoner overføres til sosialstyret, bortsett fra de oppgaver vedrørende epidemiske sykdommer og teknisk hygiene som tidligere er nevnt.

Flere saker innen helsevesenets arbeidsområde løses best på regionalt grunnlag hvor også den politiske styring og samordnede planlegging bør foregå. Man vil der ved kunne oppnå en ensartet helse/sosialtjeneste innen de enkelte regioner. Den forskjellsbehandling som i

dag foregår, vil til en viss grad kunne elimineres.

I meldingen er antatt at helserådet har selvstendig myndighet på sitt område og hører faglig sett ikke under kommunestyret eller annen kommunal myndighet. Dette er misvisende. Helserådets medlemmer skal velges blant kommunestyrets medlemmer der ikke hele kommunestyret er helseråd.

Helserådet er tillagt en rekke kontrolloppgaver på de forskjellige områder. En del av disse områder gjelder kommunens egen virksomhet. Det sier seg selv at effekten av denne kontroll er avhengig av at helserådet har en fri stilling. Allerede ved det nåværende system har kommunestyret mulighet for å lamme helserådets kontrollvirksomhet ved å nekte bevilgninger til kontrolltiltak. Ved Departementets forslag vil sosialstyret kunne hindre helserådet i å utføre tiltak det etter loven skal være ansvarlig for.

Enhver med litt kjennskap til kommunal politikk vet hvor dette kan føre. Sosialstyret er ikke valgt blant kommunestyrets medlemmer. Det er ingen uenighet om at

det er behov for et samarbeid mellom de forskjellige etater.

Dette samarbeid bør imidlertid skje på et faglig grunnlag om konkrete saker.

Flere av de angjeldende etater har behov for en revisjon og nytenkning.

Denne utvikling bør imidlertid skje på basis av de eksisterende organer og på grunnlag av de erfaringer etatene selv har høstet. Ved gjennomlesning av den aktuelle Stortingsmelding kan man ikke fri seg for følelsen av at behandlingen av noen saksområder med fordel burde være overlatt vedkommende etater.

Det ville være naturlig at man søker å bygge opp en helse- og sosialtjeneste på de organer og det personell som allerede eksisterer i stedet for å etablere en helt ny etat der hovedvekten er lagt på å fastlegge den overordnede administrasjonen og at denne skal representeres ved en spesiell yrkesgruppe.

Asker, den 13.aug.-75

Journal-arkivet er en meget viktig del av legekontorets «hjerne», men er allikevel ofte dets «dårligst samvittighet».

Å innføre alle relevante data i journal-arkivet således at de straks påny kan fremskaffes, når de skal brukes, er av meget stor viktighet hvis distriktslegen skal kunne løse sine oppgaver.

ARKIVETT® - SYSTEMET

(Reg. varemerke)

med avansert arkivering i horisontal/vertikal planet er nøkkelen til et velordnet arkiv. Pasientens fødselsdag registreres med merkepenn. Pretrykt månedsmarkering hindrer feilplassering.

En rekke distriktslegekontorer og helsesentra foruten trygdekontorer og sentralsykehus over hele landet har nå tatt vårt system i bruk, og er fornøyde kunder.

Ved henvendelse sender vi med glede prøver og pristilbud.

Vi hjelper også til med arkivskap, rullende reoler, adresseringsutstyr, journalark, timekort, kort sagt hva De måtte trenge av arkiv- og skrivemateriell.

**TH. W. BERGERSENS
TRYKKERI & FORLAG A.S**

PLØENS GATE 4 - OSLO 1 - TELEFON (02) 33 79 23 - 33 19 26



Nyheter for distriktsleger/bedriftsleger

ARKIVKUFFERT — De aktuelle journaler for utekontor tas direkte fra skapet og plasseres i kufferten.

Ingen sortering før eller etter utebesøk. Hver SELFIE-enhet rommer ca. 100 mapper, 1 arkivhyllje rommer 3 enheter.

Svimmelhet, kvalme og brekninger, migrene psykiske og nevrotiske lidelser Proklorperazinum

M.h.t. bivirkninger, forsiktighetsregler
og kontraindikasjoner
se Felleskatalogen.

The image displays a variety of Stemetil (prochlorperazine) products from the manufacturer rhodia. The products are arranged on a light-colored surface. At the top left, there is a box and a bottle of Stemetil 7. In the center, a large bottle of Stemetil 7 is shown next to two white plastic cups. Below this, there are several boxes and blister packs of Stemetil 25, including one labeled '1174'. To the right, there is a box and a large cylindrical container of Stemetil 25. In the lower section, there are more boxes of Stemetil 1.25, Stemetil 5, and Stemetil 25, along with a small white container. The rhodia logo is visible on the bottom right of several boxes.

pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik