

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 8

NOV./DES. 1975

ÅRGANG 4



... Den norske distriktslege har levd i mange år ...

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 78 237

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.

Distriktsnissens ønskeliste

Tiden er kommet da alle barn setter opp ønskeliste, og distriktsnissene som har levert ut så mange gaver i løpet av året må ved den anledning også få lov å sette opp sin ønskeliste.

Øverst på min ønskeliste står håpet om å få mer fritid. Dette er et forfølgelig ønske, men i stille stunder er håpet tilstede selv om antall distriktslegestillinger pr. år ikke holder tritt med det som jeg hadde håpet. Sist måned har jeg hatt en gjennomsnittlig arbeidstid på mellom 70 og 80 timer i uken, og da rent bortsett fra at jeg har hatt kontinuerlig vakt snart i 2 måneder og derved vært fengslet til telefonen.

heller ikke jeg som distriktsniss er alene om dette. Hvis arbeidet i landets helseråd skal heves opp på et høyere nivå enn det er i



dag, trenger ikke flere stortingsmeldinger.

Man trenger utdannede folk som kan tre støttende til for planlegging og utredning av helserådssaker, spesielt teknisk/hygieniske problemer.

Men nå ser det ut som staten har løst hele problemet ved å legge ned hele helserådet, og da kommer det et nytt råd med et nytt navn, og da blir det sikkert mye mere helse i hver kommune.

Andre ting på ønskelisten i år er større muligheter for distriktsnisser for videre- og etterutdannelse. Tilbudene er tilstede, tilbudene er store og fete og mange slik at man rent blir svimmel. Man melder seg på et kurs men finner snart ut at man i grunnen er lenket til sitt

distrikt da man ikke får vikar. Man melder seg på et annet kurs i håp om at det skal dukke opp en vikar, men noen vikar dukker aldri opp. Og så må man melde avbud.

Enkelte distriktsnisser reiser på kurs, og når de kommer hjem, må de vikariere for nabadistriktslegen for da er han utslitt etter å ha vikariert for han som var på kurs. Dessuten er ekteskapet oppløst og ungene nervøse for de har ikke sett pappaen sin på flere måneder. Tenk om vi en gang kunne få så tett med distriktsnisser at man ikke tok livet av hverandre ved å reise bort på kurs og la nabonissen overta.

Enkelte ganger når jeg leser legeromaner så lurar jeg på hvorfor aldri distriktsnisser er med i sånne skrivelier. Jeg synes godt at distriktsnissene kunne være like store helter som kirurger og narkoseleger som virkelig redder liv og psykiatere og barneleger og sånn. Men distriktsnissene er vel vanskeligere å få tak i, for de er ikke samlet inni et stort hus. Og de som skriver slike ting har vel knapt nok sett en distriktsniss. Og til sist på ønskelisten kommer nesten det viktigste. Jeg er som distriktslege veldig misunnelig i år. Sosialniss har fått mye stør-



På ønskelisten min står forøvrig bedre hjelp til helse- rådsarbeide, og jeg tror

Forts. side 19.

BØR HELSERÅDA LEVE ELLER DØ?

Stortingsmelding nr. 9 (1975-76)

Dei siste ti åra har me fått rikeleg med innstillingar og stortingsmeldingar for helse- og sosialsektorane. Stortingsmelding nr 9 (1975-76) som først var døypt nr. 113 (1974-75) - Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat, handlar stort sett om sosialetatens problem, - og dei er store. Statssekretær Knutsen i Sosialdepartementet har sagt (Utposten nr. 6/1975) at denne stortingsmeldinga helst var å rekne som eit debatt-innlegg. Den kjem inn på så sentrale spørsmål at me i det offentlege helsestellet no bør gje våre meiningar til kjenne, - dersom me då har meiningar.

Helse- og sosialapparatet på lokalplan har tre sektorar. Trygdekantoret er sentralstyrt frå RTV, og har så mykje pengar at det ikkje treng annan prestisje i loalsamfunnet (altså: nouveau riche). Det offentlege helsestellet har lite pengar, men mykje tradisjon og prestisje (altså: fattigforneamt). Sosialkontoret har lite pengar og lite prestisje, men treng begge deler. Dette er bakgrunnen for denne stortingsmeldinga.

Hovudpunkta i meldinga er for lokalplanet desse:

- Sosialkontora skal rustast sterkt opp, med folk og pengar (kapitel 7 vers 4).
- Departementet meiner no at eit helse- og sosialsenter bør vere eit konkret bygningsmessig samvære (9.6.3).
- Kommunen skal ha eit stort helse- og sosialstyre (9.7.3).
- Helserådet skal bort. Dei teknisk-hygieniske oppgåvene skal dekkjast av eit kommunalt hygieneutval (9.7.3.).

- På fylkesplan skal fylkeslegen miste fylkeshelsesøster, familierådgjevingskontoret og dei sosiale oppgåvene (10.5.5).

Sosialkontora skal rustast sterkt opp, fordi "...sosialkontorene gjennomgående er for dårlig bemannet til å ivareta alle sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. Sosialkontoret med sine utilstrekkelige ressurser får ofte de "tyngste" klientkassus, og de blir ofte konfrontert med hjelpebehov som ligger langt utenfor det som kan avhjelpes. Den svake bemanning begrenser videre sosialkontorenes muligheter til å drive oppsøkende virksomhet, til å engasjere seg i arbeidet med en effektiv forebygging av sosiale problemer, og til å drive planlegging." Dette er også ei god skildring av dei arbeidsvilkåra det offentlege helsestellet har streva med i ein del tiår. Bør ikkje det opprustast like mykje?

Opprustinga skal skje med ramme-tilskot frå 1977 som skal bli Det Store Året. Slike skippertak-opplegg har gamal norsk tradisjon, og er ofte nyttige. Dei skaper ei hastestemming eller katastrofestemming som kan vere svært nyttig for saka: "du aldri bliver gift om det i dag ei skjer", eller: kjøp to sosionomar og få den tredje gratis på kjøpet. La oss for all del få rusta opp sosialkontora, dei fortener det. Som det no er, må mange helsesøster og offentlege legar gjere mykje sosialarbeid på si. Slikt kan sosionomar gjere betre.

Helse- og sosialsenter er ikkje lenger bare ein meta-

fysisk samarbeidstanke. No meiner departementet det trengs konkrete bygg. Med felles kantine, korridorar, venterom og problem. Men det tøvete forslaget frå Sosialreformkomiteen om felles klientarkiv kan eg ikkje finne att, og det var bra, for det ville likevel aldri slått gjennom i praksis.

Helse- og sosialsenter høyrer bra ut, og eg er så avgjort for tanken. Det er lettare å samarbeide når du kan gå på sokkelesten med problema tvers over gangen til nestemann, enn når du må ringe eller skrive eller vente til neste møte. Det blir sentralisering av tenester dersom det blir for lite pengar att til utkantane av kommunen. Det vil auke faren for ansvars-pulverisering dersom altfor mykje skal løysast av "team", når den enkelte ikkje vil eller kan ta sjølvstendig ansvar. Men dette er problem som må kunne løysast. Legeservicen i eit HS-senter vil truleg bli dyrare for samfunnet, fordi husleiga blir høg, og då må legen kunne krevje fast løn for den faste arbeidstida der. Alt dette må samfunnet finne seg i, fordi det også får så opplagte gevinster ved betre samordning og utnytting av personell og ressursar innan helse- og sosialsektoren.

Men den viktigaste grunnen til at eg likar HS-senter-tanken så godt, er denne: Sosial er "in" for tida, offentlig helsestell er så avgjort ikkje på moten. Når no sosialsektoren skal byggjast skikkeleg ut, blir det lite pengar att til det offentlege helsestellet. Derfor må det offentlege helsestellet

truleg henge seg på sosial-
lasset for å få brukelege
lokaler og andre ressurser.
Me får heller de facto over-
ta ein del av systemet innan-
frå etter kvart, dersom det
blir nødvendig. Det vesent-
lege her er å ta vare på vår
gruppeidentitet.

Det skal opprettast eit fel- les helse- og sosialstyre

for heile kommunen, og dette
skal gape over dei arbeids-
områda som no ligg til sosi-
alstyre, edruskapsnemnd,
barnevernsnemnd, helseråd og
trygdekontorstyret. Kvifor?
Fordi det er "uheldig" at
folkevalde er med i klient-
arbeid, slikt bør vere ar-
beid for sosionomar. Men dei
folkevalde må ikkje få mind-
re makt (4.1.4.1). Ca. 65%
av sosialkontora har opplyst
at dei alt no enten har for-
malisert eller godt uformelt
samarbeid med helse- og
trygdeorgana. Svenskane rek-
nar med at høgst 20% av pa-
sientane hos lege treng so-
sialservice attåt, mens 80%
av sosialklientane treng me-
disinsk hjelp i tillegg (St.
meld.nr. 45 (1972-73)). Men
Sosialdepartementet meiner
likevel (9.7.3.) at "...en
vesentlig forutsetning for
at samarbeidet mellom sosial-
helse- og trygdekantorene i
kommunen skal komme i stand
og utvikles på en hensikts-
messig måte, er etter depar-
tementets mening at de nevnte
organer kommer under fel-
les politisk styring og
planlegging." For då får me
"et sterkt politisk organ
med et helhetssyn når det
gjelder klientarbeid og plan-
legging."

Dette er lærerikt. Departe-
mentet hevdar at politisk
styring trengs for å få til
godt samarbeid, men grunn-
gjev ikkje dette med faglege
vurderingar og nytte-analy-
ser. Det trur at alt blir nok
bra når bare den politiske
styringa er i orden. I Sov-
jetsamveldet har dei ei solid
politisk styring over alt,
men det er visst likevel eitt
og anna som ikkje fungerer
så bra der. Kunne det tenk-
jast at faktorar som yrkes-
stolthet, gruppeidentitet og
ynske om å hjelpe medmennes-
ke i nød kan vere langt vik-
tigare enn politisk styring?
Det trur eg. Kan det tenk-
jast at departementet i sin
politiske iver etter å pres-
se helse- og sosialstell
saman i ekteskap, gløymer at

dette kan skape eit langva-
rig motsetnadsforhold mellom
dei to etatane? Dei bør få
vere forlova ei stund til.

Dei folkevalde skal ut or
klientbehandling, men må
ikkje kjenne seg degradert,
for det er udemokratisk. De-
partementets metoder her er
skildra i L.J. Peter og L.
Hull: Peterprinsippet, kapi-
tel 3, om perkuterings-
sublimasjon: dersom folke-
valde er i vegen, så spark
dei ein etasje opp, til
planleggjar- og koordina-
tornivå. La dei så få eit så
stort arbeidsområde at dei
har null sjanse til både å
få eit brukeleg oversyn over
ansvarsområdet sitt, og dess-
utan ivareta sitt daglege
yrke (og evt. ha eit frag-
mentarisk familieliv).
Dermed er helse- og sosial-
styret utlevert til saksfø-
rebuarane på nåde og unåde.
Norges Vassdrags- og Elek-
trisitetstjenesten har forlengst
perfeksjonert metoden til
Stortingsbruk. Dette er ik-
kje demokrati, men forkledd
teknokrati.

Men likevel trur eg det kan
vere nyttig med eit helse-
og sosialstyre. Kvifor?
Fordi det kan samordne våre
ressurser eit godt stykke
på veg, og dessutan skaffe
meir ressurser. I striden
om ressursene er det dei
sterkaste som vinn, ikkje
bare dei beste faglege ar-
gumenta. Dersom me vil ha
ei ressursfordeling me li-
kar betre, treng me eit
helse- og sosialstyre som
er så sterkt at det kan
konkurrere med skuleetat og
teknisk etat. Helseråd og
sosialstyre no er kvar for
seg for små til å makte
dette.

Alle klientretta helseråds-
funksjonar skal overførast
til helse- og sosialstyret.
Helserådets teknisk-hygi-
eniske oppgaver skal leg-
gast til eit hygieneutvalg.
Sunnhetsloven av 1860 pålegg
helseråda å halde auga med
alt som kan virke inn på
helsetilstanden på staden.
Dette har helseråda greidd
forunderleg godt, med små
ressurser. Dei hadde drive
miljøvern i 100 år før det-
te ordet kom på moten. Sta-
tens forurensingstilsyn
skal få eitt kontor i kvart
fylke. Men det er helserå-
det, og bare helserådet,
som har grasrot-kontakten

med miljøvernproblema i sin
kommune, og som kan sjå
menneske, sjukdom, nærmiljø
og totalmiljø i eitt bilde.
Departementet vil erstatte
helserådet med ei sterkt
amputert kloakk- og drikke-
vassnemnd. Dette er å skru
utviklinga 50 år tilbake i
tida, i ei tid då miljøvern-
problematikken blir stadig
meir påtrengande. Er det
klokt med eit slikt offer
for å prøve å styrke sosial-
sektoren?

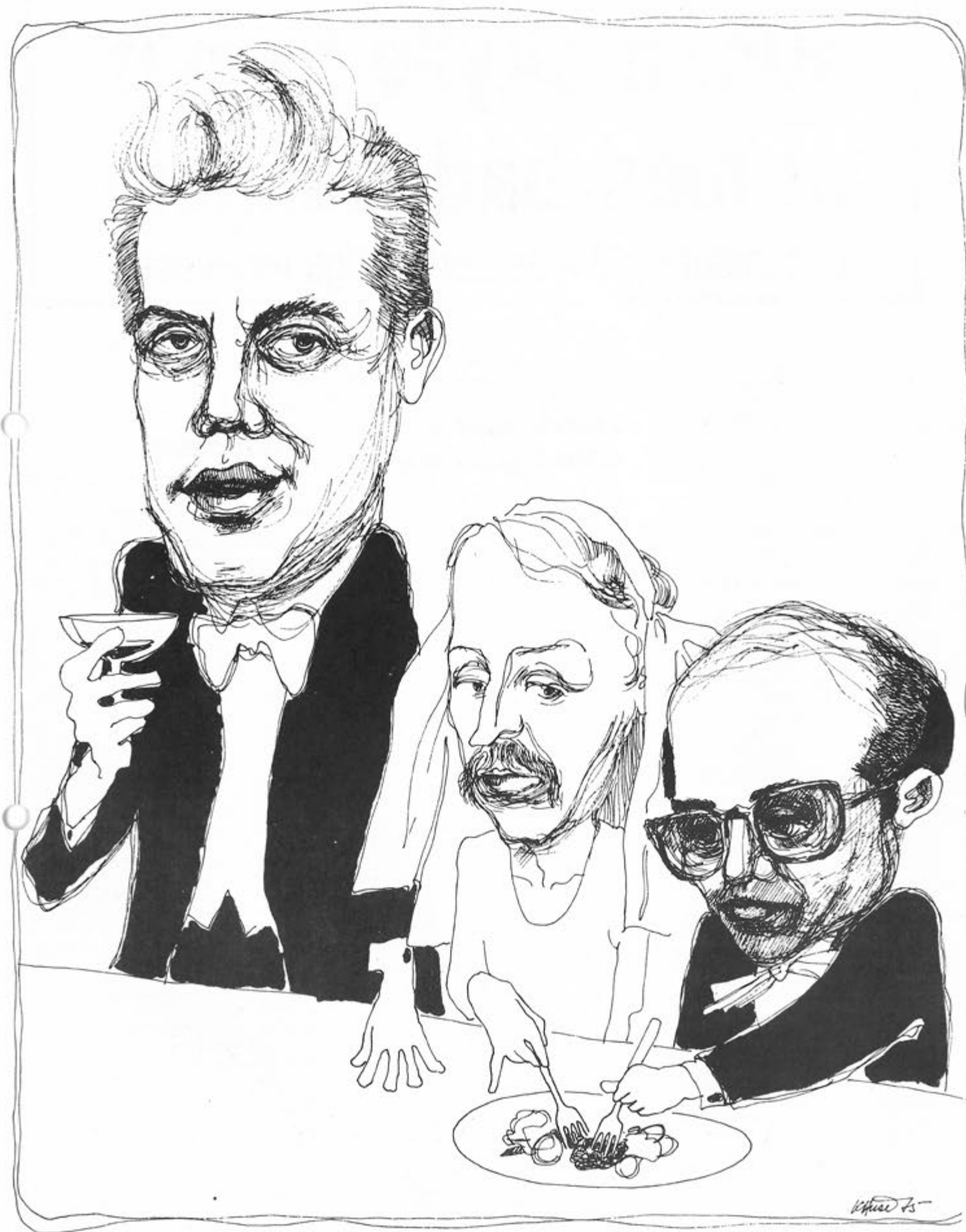
I praksis er distriktslegen
stort sett aleine om helse-
rådets kontroll og tilsyn
(Sosialreformkommiteen II).
Og rett skal vere rett:
dersom ein distriktslege i
gjennomsnitt har 64 timars
arbeidsveke og vaktteneste
attåt, og likevel helst vil
vere distriktslege, då har
han ein så suspekt arbeids-
moral at han bør jekkast
ned ein del hakk. Elles kan
det bli vanskeleg å få han
under politisk styring.
Dette er elementær Jantelov.
"Den offentlege lege bør som
før vere obligatorisk medlem
av hygieneutvalget", (9.7.3.).
Den offentlege lege er no
obligatorisk formann i helse-
rådet, men departementet går
her inn for ei klar degrade-
ring, utan grunngjeving.

Fylkeslegen skal miste fyl-
keshelsesøster, familieråd-
gjevingsskontoret og dei sosi-
ale oppgåvene (10.5.5). De-
tte er uklokt. Fylkeslege-
embetet har etter kvart fått
godt innarbeidde saksområder
og arbeidsrutiner. Ei så god
arbeidsgruppe bør ikkje bry-
tast opp utan dokumentering
av nokolunde sikker gevinst,
dette er heilt elementær
helse-økonomi. Departe-
mentets argumentasjon ligg her
på det politisk-filosofiske
planet, utan forankring i
kostnad-nytte-analyser. Men
har samfunnet råd til slik
ressurs-sløsing?

Dersom fylkeslegens fram-
tidsutsikter skulle overfø-
rast på departementsnivå,
ville ein vente å finne Hel-
sedirektoratet innlosjert på
2 rom med adgang kantine,
innerst i Sosialdepartemen-
tets 73. kontor. Deler av
Stortingsmeldinga gjev mis-
tanke om at denne utviklinga
alt er i gang.

Stortingsmelding nr. 9 (1975
-76) inneheld mykje godt.

Forts. side 19.



HARALD SIEM:

«Om å skylle barnet ut med badevannet»

Organisering av det offentlige legevesen

De senere år har vært preget av en stor forvirring innen helsesektoren. Mange justeringer av helsevesenet har vært utsatt mens man ventet på en omfattende forbedring av instruks, arbeidsrammer og lov om det offentlige legevesen.

På tross av at arbeidsforholdene er vanskelige, at pasientpresset øker og forventes å øke videre, tross nye lover hvor den offentlige lege pålegges oppgaver og ansvar for viktige sider av helse- og sosialarbeidet, tross minskende respekt og autoritet ved kunnskap ("godkjennelse" av kiropraktorer), tross alt er bemanningen av de offentlige legestillinger god. Stortingsmeldinger, reformkomiteer og offentlig debatt har ført til usikkerhet med hensyn til fremtiden. Spesielt pessimistisk har en vært overfor tanken på å arbeide under kommunal instruks. Den Norske Legeforening sa i sin uttalelse om sosialreformkomiteens innstilling II: "Det høye nivå folkehelsen i Norge har, skyldes ikke minst at våre offentlige leger på alle nivå i årtier har vært med på å forme helsepolitikken både i lokalmiljøet og på landsbasis." Distriktsleger, fylkesleger og Offentlige Legers Landsforening har ved alle treff fortalt hverandre at politikerne nok ikke forstår hvor verdifull vår ordning med offentlige leger i kombinerte stillinger er, og sitert vår kjære Evang som aldri ble trett av å understreke at det var knyttet betydelig internasjonal misunnelse til vår ordning.

Det er derfor naturlig å

spørre seg hva som er verdifullt ved vår helseorganisasjon, og hva som kan forandres uten vesentlige tap.

Helsevesenet som organisasjon:

Det offentlige helsevesen kan betraktes som en organisasjon som forventes å produsere et stort og variert antall tjenester. Det er ingen grunn til å ignorere organisasjonsprinsipper i helsetjenesten, som har vist seg uomgåelige i andre organisasjoner.

Hverken befolkningens krav eller forventninger til den barmhjertige samaritan, ønsketenkning om likhet eller gruppeledelse kan legges til grunn for oppbyggingen av vårt helsevesen. Ansvar og effektivitet må kreves her såvel som i andre organisasjoner.

Den offentlige debatt de siste år har med forskjellige utgangspunkt interessert seg for målsetning, ressursfordeling, bemanning og beskrivelse av metoder for det praktiske arbeid. Muligheter for å bedømme produksjonsresultater har også fått oppmerksomhet.

Selve organisasjonsstrukturen, derimot, har vært lite diskutert, og oftest bare sekundært. Demokratisering av beslutningsprosessen, forvaltningsform, akseptering av andre yrkesgrupper og et våkent øye for nye pasientgrupper med komplekse sykdomsårsaker har ført til en uhemmet strøm av nye oppgaver og innskrenket effektivitet for den offentlige lege. Forslag om å drive helsesenter uten formalisert

ledelse og kommunestyrer som strategisk leder for helsearbeidet er bare to av mange eksempler.

Om ledelse:

Lederskap er nødvendig for å organisere elementer i enhver produksjon. Enten det er en politisk pressgruppe eller et snekkerverksted må penger, materiale, personell, utstyr og know-how plasseres i et mønster. Struktur og ledelse er avgjørende for utbyttet.

Målsetningen for vårt helsearbeid har stor oppslutning og er utformet av våre rikspolitikere (se langtidsprogrammet for helse- og sosialpolitikken).

Vår øverste ledelse innen helsevesenet kan synes å trenge en nærmere studie, men det ligger utenfor det aktuelle spørsmål. Sentralt for oss imidlertid, er hvordan denne ledelse bruker oss, og innenfor hvilken struktur vi skal virke.

Inntil i dag har distriktslegene befunnet seg i en meget løs organisasjon. Ens arbeid har vært en selvfullfyldelse (ikke les selvutfoldelse.) Ved siden av suverenitet vedrørende pasientarbeidet, og hvor stor del av ens arbeid en vier til offentlig helsearbeid, har en som helseadministrator og helserådets ordfører, hatt stor frihet. Den offentlige helsetjenestes viktigste utøvende ledd har hatt stort ansvar og stor selvstendighet. Dessverre har dette ført til en stor grad av "laissez faire" hos ens overordnende som sammen med en distansering fra ar-

beidsmengden og en likegyldighet overfor arbeidsstrukturen har skaffet UTPOSTEN de fleste av sine lesere. Rammeloven nedfeller instruksjoner og detaljbestemmelser som en ofte ikke hverken kan forstå eller etterkomme, og pasienter som blir stadig mer aggressivt pågående, bringer den offentlige lege inn i en truet situasjon. Ikke bare ønsket om en mer reell organisatorisk samholdighet (overfylte møter med helsedirektøren), men også skrik om brukbar videreutdanning, faglig støtte på fylkesplan og frieri til andre yrkesgrupper om å dele oppgavene, vitner om det. Frustrasjon har kommet til uttrykk når arbeidet blir uoverkommelig, når ønsket om samholdighet blir besvart med instruksjoner, når kurs for offentlige leger går til grunne, og Meddelelsesbladet fra helsedirektøren tørker inn.

Om motivering:

Distriktslegene har intet attraktivt avansement å se frem til. Spesialisering og papirlegestillinger innebærer en rekke åpenbare fordeler, men også at en må snu om og oppgi vesentlige sider av ens fag.

En har innen sitt arbeid heller ikke økonomisk avansement å se frem til, bortsett fra alderstillegg. Paradoksalt nok har mange distriktsleger hatt sine høyeste inntekter det halve året de var turnuskandidater i distrikt. Det er imidlertid neppe grunn til å legge stor vekt på økonomisk avansement. Når en er kommet over en viss terskel, er det begrenset hvor langt penger kan kompensere for de behov en har for faglig tilfredsstillelse og personlig utvikling. Penger forutsetter dessuten at en har tid til å ha glede av det penger kan brukes til, og sist, men kanskje viktigst, at en distriktslege skal hente sin tilfredsstillelse utenfor, og ikke gjennom arbeidet. Lønn, like meget som struktur, administrasjon, supervisjon, arbeidsforhold, forhold til kolleger og trygghet, er en faktor som påvirker ens holdning til arbeidet. Men bare til en viss grad. Når basale betingelser ikke er oppfylt, går det utover arbeidet, men når de er innfridd, behøver det ikke å

motivere mer enn til middelmodig innsats. Blant de faktorer som ansees viktige for å motivere en til større ytelser, er muligheter for personlig utvikling, forfremmelse, ansvar, anerkjennelse (særlig av kolleger) og selvsagt å kunne oppnå resultater i seg selv.

Det er åpenbart at visse av disse faktorer har kompensert for svikt av andre når det gjelder de offentlige legene, og gjennom generasjoner gjort dem tilfredse med arbeidet. Og derved befolkningen tjent med ordningen.

Forandringer:

Oppgavene øker i antall og art, og metoder og alternative løsninger gjør en stadig mer avhengig av andre faggrupper. Utviklingen innen medisin, og ikke minst innen offentlig helsearbeid, ikke bare akselererer, men vokser til dels uten kontinuitet, med uberegnelige sprang i oppgaver, konsepter og verdinormer nesten over natten (aborter, overbefolkningsproblemer, narkotika). Ofte er det umulig å ekstrapolere dagens tendenser til fremtiden.

Det sier seg derfor selv at en så differensiert funksjon som den offentlige lege, vanskelig kan innfanges i snevre instruksjoner.

Både holdninger og kunnskap må stadig omarbeides, og den organisatoriske struktur må remodelleres ettersom forskjellige oppgaver får prioritet.

Men dette krever en bevisst utvikling av vår organisasjonsmessige samholdighet. Det kan kanskje synes sjovinnistisk for noen når jeg skriver at den offentlige lege må være hjørnesteinen for den desentraliserte helse-tjeneste. Men det er intet alternativ.

Det innebærer at legene må utvikles og omformes med tiden, men det innebærer ikke at deres ansvar delvis eller midlertidig kan overtas av trykkesjefer, helsebrødre, sosialsøstre eller kommune-styrer. Ikke uten at de først blir etterutdannet til samme nivå som de offentlige leger, men da ville vi også kalle dem offentlige leger. (En spade er en spade!)

En kommer ikke utenom medisinsk kyndighet for å kunne

ta de rette avgjørelser innen helsearbeidet. Distriktslegene representerer det høyeste feltarbeidernivå i helsearbeidet som samfunnet hittil har villet satse på. Dette betyr selvsagt ikke at medisinsk kyndighet kan erstatte andre kunnskaper eller ferdigheter.

Organisasjon:

Det offentlige helsearbeidet kan som alt annet arbeide, organiseres på tre vis:

1. En fastlegger rammefaktorer og forventet resultat, og håper at individ og arbeid former seg etter det.
2. En bestemmer hva jobben skal bestå av (instruks).
3. En ansetter en (kvalifisert) person, og håper resultatene følger. ("Den Herren giver et embede, den give han og forstand.")

Det kan tenkes at kulturell utvikling, personlige særtrekk og en viss grad av tvang kan få noen til å trives i 9-4 jobb, produksjons-jag eller "alt er opp til deg". Men ingen av disse holdninger kan godtas som grunnlag for Norges Offentlige Helsetjenester, med over 500 distriktssjefer i fremtiden.

Rammen for deres virkeområde må settes, målsetningen utkrystalliseres, og innenfor det som er minimal arbeids-hygiene av lønn, supervisjon, kommunikasjon osv., må de så selvstendig få utføre sitt arbeid med definert ansvar. Standardisering av løsninger, direktiver og instruksjoner er dårlig erstatning for opplæring og meningsutveksling. Forsøk på å oppnå toppresultater hos alle vil redusere systemets resultater.

Administrativt medisinsk arbeid er uskillig knyttet til medisinsk fagkunnskap. Et forsøk på å skille helse-rådene administrativt fra Helsedirektoratet til kommuneadministrasjonen (les Norske kommuners Sentralforbund) mens det faglig er avhengig av den hygieniske sentralorganisasjon, synes i det minste hasardiøst.

I tilbakeblikk ser vi at mange av de nødvendige betingelser for at den ansvarlige leder for helsetjenesten på kommuneplan skal yte mer enn "forventet", har vært oppfylt. Derved har vi kun-

Urteplanter og andre idylliske helsetiltak



Det er mulig en må bevege seg noe utenfor grensen for den medisinske vitenskap for å praktisere legekunsten. Imidlertid får man stadig tydeligere bevis på den grønne bølges gjennomslagskraft på bekostning av fornuften.

De færreste leger forteller pasientene om den statistiske overlevelsessjanse, men vil vel trøste og si at det er ikke så farlig i et spesielt sykdomstilfelle. Noen vil også gi medisiner som rasjonelt sett ikke er nødvendig, men som på grunn av sin placeboeffekt har en betydelig trøstende virkning. Etter hvert som man fjerner seg lengre og lengre fra det rasjonelle grunnlag for medisinen, kommer man over i overtro og bedrageri.

Maurice Messègue er vel den store nestor i dag i urtemedisinen. Han nyter fantastisk popularitet i Frankrike, både blant leg og lærd, på grunn av sine allsidige kunnskaper om planter i medisinsk sammenheng. Det er utallige historier om de pasienter som har blitt skuffet ved skolemedisinens tilbud, og senere helbredet hos ham. Dr. E.A. Maury har nå skrevet en bok om å helbrede seg selv for forskjellige sykdommer med forskjellige viner.

Forfatteren har skrevet om homøopatiske emner helt fra 1934, har gitt ut og vedlikeholdt en familieguide til homøopatisk medisin. Han har sin medisinske embedseksamen fra Frankrike, har fått diplom fra det franske homøopatistenter, og har praktisert ved Royal Homœopathic Hospital i London. I de senere år har han også feid over litt akupunktur.

Den foreliggende bok er nødvendig lesning for medisinerer, et nyttig argument i diskusjonen om "utenforliggende" idylliske helsetiltak. Noen oppskrifter:

Cystitt:

Vin anbefalt: Søt eller halvsøt hvitvin fra Anjou-regionen.

Hvorfor? Fordi disse vinene, som alle viner generelt, er antiseptiske. Dessuten fordi de bidrar til å modifisere det indre væskemiljø, hvorved en mere alkalisk væske favoriserer bakteriepopulasjonen.

Dose: 1 eller 2 glass Bordeaux i løpet av måltidet.

Diabetes:

Uavhengig av diettregime og medikamentell behandling, anbefales flg. vin: Ung rødvin av middels alkoholgehalt (Bordeaux eller Sancerre.)

Hvorfor?

Grunnene er mange. For det første fordi vinen i seg selv er et næringsstoff som erstatter andre forbudte næringsstoffer.

Den forhindrer dannelsen av ketonstoffer og virker derfor forebyggende mot diabetisk koma.

På grunn av sitt innhold av vitaminer stimulerer den

forbrenning av sukker og fettlegemer.

Og til slutt forenkler den metabolismen av de næringsmidler som hos diabetikeren erstatter kullhydrater.

Dose: 800 gram rødvin som gjennomsnitt daglig.

Fra diagnoselisten forøvrig kan nevnes aerofagi, tendens til allergi, angst, angina, arteriosclerose, tretthet, nyrestener, gallestener, forstoppelse, kalkmangel, depresjon, dyspepsi, eksem, enteritt, latose gastrique, maveparese, feber, flatulens, influensa, tendens til blødninger, hypertoni, menopause.....alderdom.

I det hele tatt har man tatt seg av alle kroniske lidelser som pasienter ikke dør av. Hvis man i alderdommen skulle lide av litt ubehag under høyre ribbeue, noe treg avføring, generell tretthet, kalkmangel og muligens lett diabetes, vil man komme opp i gigantiske konsum av et bredt utvalg champagner, hvitviner, røde viner av forskjellige styrke og fra forskjellige regioner.

Det er vel unødvendig å nevne at forfatteren av boken er blitt gjort til ærdsmedlem av et fornemt "taste vin" råd i Paris.

Harald Siem

Superboy eller altnulig- mann?

Per Fugelli:
Tilbake til huslegen -
søkelys på norsk medisin.
130 s. Kr. 45,-
Gyldendal 1975.

At Per Fugelli har vært distriktslege på Værøy og Røst, har vel ingen unngått å få vite. Fra denne posisjon, med et tretalls års praktisk erfaring, har han nå latt "glimtene fra Skomvær fyr" sette søkelys på norsk medisin og maner "Tilbake til huslegen".

Enkelte av artiklene har vært å lese i tidsskrift og aviser før. De har ikke tatt skade av å bli samlet mellom to permer. Boken omfatter tema som doktor på Værøy og Røst, familielegens renessanse, sosialmedisin i lokalsamfunnet, sykehus - pasienten og de pårørende, Brave New Medical World, legen som skomaker og den uferdige velferden, og medisinsk forskning og lengsel mot havet for å ta kapitteloverskriftene.

For oss som arbeider i analoge situasjoner med den Fugelli nå har forlatt, representerer ikke skriftet annet enn et tverrsnitt av de tanker de fleste av oss har gjort seg på nattene kjøreturer eller timelange båtskysser. Lite originalt mao. Men han gir nytt og friskt innhold til et begrep - "Huslegen" - som for publikum nok mer står for godslig pjolterdrikking i dyr sigar-duft arvet fra Ibsen og Kielland, enn nitid slit med omfattende medisinske problemer i lokalsamfunnet, slik vi kjenner det.

Kollega Fugelli må berømmes for at han verbaliserer vår skepsis til politikeres og sentrale helseplanleggeres skjematiskhet. Dette skjer med forfatterens velkjente og usedvanlige skriveferdighet. Og det vekker oppmerksomhet! Hvem ville ellers med en enkelt setning kunne provosere helsedirektøren til å gi kommentarer i våre største aviser?

Med hensikt har forfatteren valgt en firkantet og sort/hvitt-preget fremstillingsmåte. Politikere og publikum forøvrig forventes å se problemene tydeligere da. Og fremover er det nødvendig å ha problemstillingene klart for seg.

Vesentligst i denne sammenheng, hva også Fugelli sterkt poengterer, er verdigrunnlaget for fremtidens medisin. Helseplanleggerne skriver innstillinger og utredninger uten noe sted å formulere det ideologiske fundament forståelig. Kampen vil stå om dette - og vil bli avgjørende for primærhelse-

tjenestens utforming, organisering og ledelse, - for selve "Huslegens" fremtid. Fugellis bok er programmatisk i så henseende. Jeg sier "og takk for det!" Kollegene bør unne seg den udelte fornøyelse å lese boken!

Dag Brekke.

PS. Sjelden ble vi mer irritert i studietiden enn når professorer, dosenter og helseplanleggere med stor selvfølgelighet uttalte seg om primærmedisinen, uten eller bare med få års erfaring fra denne. Og gjerne erfaringer som hørte mellomkrigs- eller den første etterkrigstid til. Det er å håpe at Per Fugelli nå ikke har forlatt primærmedisinen for godt til fordel for NAVF's paluner. Vi trenger ham blant oss. DS.



Pm beträffande de nordiska ämbets- läkar- konfe- renserna



Nedanstående PM är uppgjort huvudsakligen på grundval av de synpunkter som framfördes vid XVI:e Nordiska Ämbetsläkarmötet i Kiruna den 8. aug. 1975.

Bakgrund

Under de senaste åren har ett successivt av mindre antal läkare deltagit i de vartannat år anordnade Internordiska Ämbetsläkarkonferanserna. Orsakerna till denna ogynnsamma tendens har man försökt att analysera på skilda håll. En sammanfattning av framförda synpunkter är följande:

1) Strukturuomvaldningen inom den öppna vården inom samtliga nordiska länder har medfört att benämningen Ämbetsläkare ej längre upplevs som adekvat yrkesbeteckning för de flesta av de läkargrupper för vilka konferanserna ursprungligen var avsedda. Som en följd härav förmår ej längre konferensbeteckningen "Ämbetsläkarmöte" tilldra sig intresse.

2) Programinnehållet bedöms som alltför magert. Förutom att detta i sig gjort konferenserna mindre attraktiva har det dessutom haft

den praktiska konsekvensen att anslagsgivande myndigheter och skattemyndigheter vid flera tillfällen endast med tvekan ur ekonomisk synpunkt erkänt konferenserna som berättigade.

Frågan har uppstått huruvida de Nordiska Ämbetsläkarmötena skulle avvecklas. Åtskilligt av det som kan tänkas bli avhandlat vid dessa konferenser täcks eller kan täckas vid de nationella delföreningarnas återkommande årsmöten eller motsvarande sammankomster. De mer specifikt nordiska synpunkterna kan vid ett sådant förfarande tillförsäkras ett forum genom att representanter från de nordiska länderna inbjuds att delta vid dessa nationella konferenser.

Mot en sådan ordning kan invändas att man härigenom går miste om den helhetssyn på den öppna vårdens problemställningar som måste hållas för eftertraktansvärdt. De olika medicinska verksamhetsområdena lider f.n. av en specialiseringstendens som medför risk för isolering och kommunikationssvårigheter över gränserna. Denna tendens får hållas för angelägen att motverka.

Vid det senaste Ämbetsläkarmötet syntes enhet föreligga om det önskvärda i att de Nordiska Ämbetsläkarmötena även i fortsättningen arrangeras. Allmänt ansågs dock att de måste förnyas till innehåll och form.

Främförda förslag och synpunkter

Från finsk sida föreslogs att konferenserna skulle rikta sig till administrativa läkare och hälsocentralsläkare (primärvårdsläkare). Enligt förslaget bör ämnesvalen koncentreras kring

- 1) Administrativa frågeställningar inom öppen vård (exempelvis hygienfrågor, planläggning, etc.)
- 2) Kliniska frågeställningar relevanta för primärvården.
- 3) Vetenskaplig forskning i öppen vård.

I förslaget ingick även att konferenserna skulle omfatta två dagar. Halva dagen skulle anslås till gemensamma föredrag och diskussioner, halva dagen till sektionsvisa förhandlingar inom de tre intresseområdena.

Från dansk sida framfördes

ävenledes att en struktur-
omvandling var nödvändig.
Som konferensnamn föreslogs
"Nordiska Konferenser i Sam-
fundsmedicin". Däremot före-
låg en viss tvekan iför det
finska förslaget att frakti-
onera konferenserna i de
olika intresseområdena, då
detta kunde leda till ovan
antydna specialiseringsef-
fekter med åtföljande kommu-
nikationsproblem.

Från norsk sida ansåg man
det angeläget att överväga
hur ofta konferenserna borde
avhållas, varje eller vart-
annat år. Likaledes måste
konferensernas innehåll och
avgränsning preciseras. Det
framhölls som angeläget att
man undersökte möjliga sam-
verkansformer med annat in-
ternordiskt samarbete bland
de nordiska läkarförbunden.

Från svensk sida underströks
huvudet av att de ekonomiska
frågorna i samband med kon-
ferenserna underkastades en
analys.

Beslut till rekommendationer

Det XVI Nordiska Ämbetslä-
karmötet beslöt rekommendera
de nationella delföreningar-
na att var för sig biträda
förslaget att en internor-
disk utredningsgrupp konsti-
tuerades. Och att vardera
landet nominerade två med-
lemmar att ingå i denna sam-
nordiska utredningsgrupp.

Uppdraget för utrednings-
gruppen föreslogs vara föl-
jande:

- 1) Överväga huruvida nordis-
ka konferenser av samma art
som de nordiska ämbetsläkar-
mötena även i fortsättningen
skall arrangeras.
- 2) Att ge förslag till benäm-
ning av konferenserna.
- 3) Att ge förslag om konfe-
rensernas innehåll och av-
gränsning.
- 4) Att ge övervägandena inom
avgränsningsfrågan tar er-

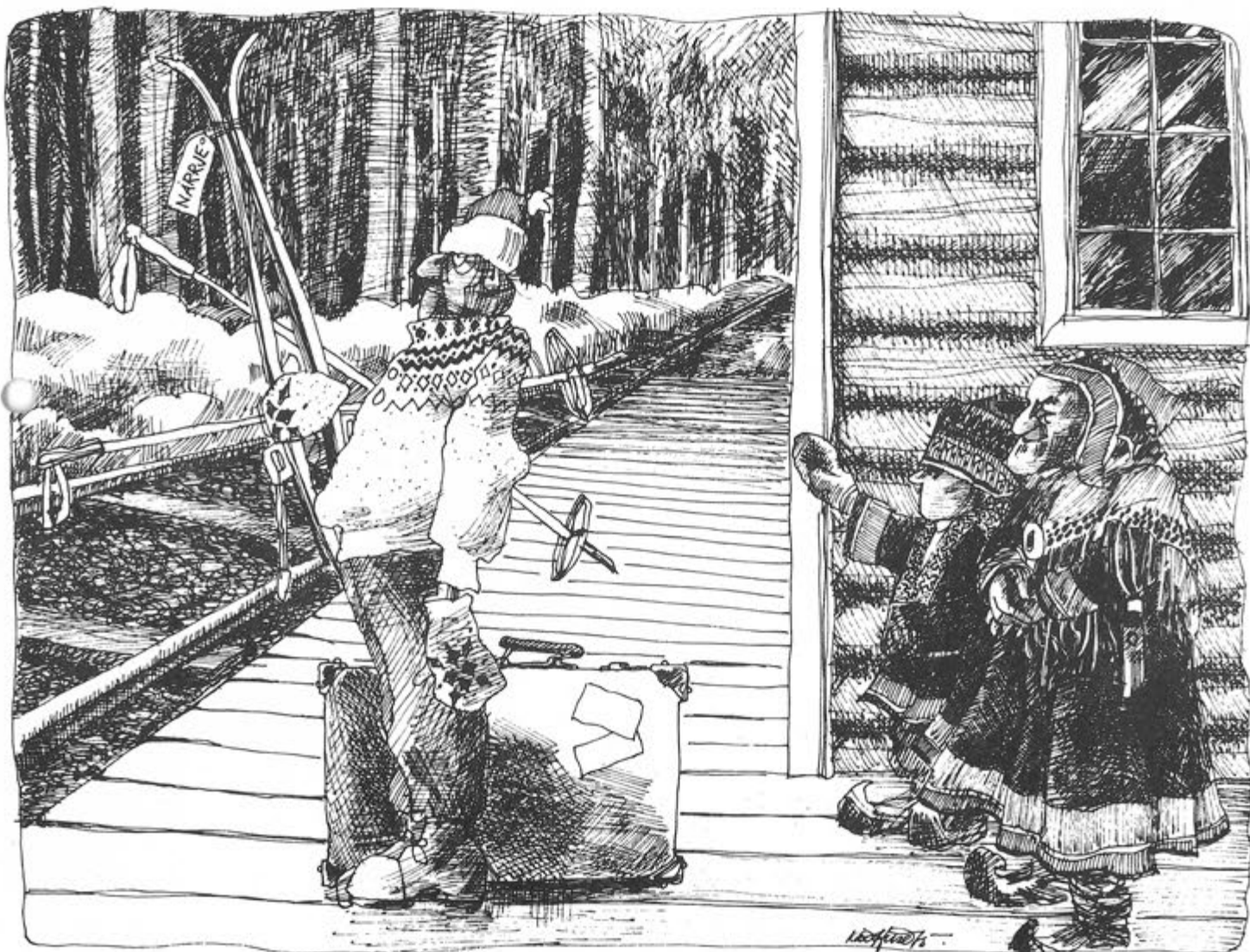
forderliga kontakter med de
nationella läkarföreningarna
för att undersöka samord-
ningsmöjligheter. (Ex: de
nordiska allmänläkarsemina-
rierna).

5) Att så långt som möjligt
analysera de med konferens-
erna sammanhängande ekono-
miska frågorna såsom villkor
för erhållande av tjänstle-
dighet med bibehållen lön,
bidrag till resor och konfe-
renskostnader, avdragsrätt,
m.m.

Ämbetsläkarmötet beslöt vi-
dare att hemställa att den
danska Ämbetslägeforeningen
åtog sig att svara för att
utredningsgruppen bildades,
upplägningen av arbetet och
preciseringen av utrednings-
direktiven.

Tierp. 01.10.75

Bengt Berg
Ordförande Svenska
Distriktsläkarföreningen



BRUK AV KIROPRAKTOR

Av kiropraktor Øivind Stokke, Tromsø

Deres blad hadde i nr. 6/75 en artikkel av H. Siem under samme heading. Artikkelen er lagt på et så lavt plan som vel mulig for et blad som skal representere akademikere, og burde kanskje vært neglisjert. Man inviterer ikke til faglig diskusjon eller samarbeid med en annen gruppe akademikere ved å servere 1½ side full av meningsløse floskler og usakelig argumentasjon, men artikkelen kan ikke forbli uimotsagt.

Nå kan jeg godt forstå at den innførte ordningen med trygdekasserefusjon for 6 kiropraktorbehandlinger i året falt en god del leger tungt for brystet, og det er jo karakteristisk at disse leger i mangel av holdbare argumenter for å avvise pasienter som ønsker å komme til kiropraktor, vil ty til samme argumenter som H. Siem. Det er jo lettvisst for den allmegete legen å omgi seg med en aura av "vitenskap" og skildre kiropraktoren som den som omgir seg med en aura av mystisme og bygger sin popularitet på sykdommer pasienten likevel ville ha blitt frisk av. Jeg hadde likevel håpet at denne tiden var forbi.

Den norske lægeforenings uttalelse vedr. kiropraktorene fra 1970 skal jeg ikke kommentere nærmere. Den er blitt kommentert og imøtegått i uttalelse til sosialdepartementet og sosialkomiteen.

Artikkelens usakelighet er jo ganske enestående. Lægeforeningen bekreftet i sin uttalelse 3.4.75 at artikkelen ikke syntes å ha vært tillagt noen vekt i departementet, hvilket beskriver artikkelen bedre enn noe annet. Så til H. Siems personlige synspunkter.

Påstanden om at kiropraktorene skulle ha kommet inn i helsetjenesten fordi en fremstående politiker skal ha fått lumbago i et for kiropraktorene beleilig øyeblikk, er representativ for dr. Siems artikkel. Jo, jeg kan forsikre hr. Siem om at det er et stort antall personer, politikere og andre, ja, endog leger som har følt at det for dem var et beleilig øyeblikk den gangen de satte sine ben på en kiropraktors kontor. Personer som hadde spist piller, fått varmeposer, ultralyd, mikrobølger, massasje, røntgenstråler, gytjebad, øvelser, ionomodulator etc., ja, konfrontert med all den "vitenskap" den norske legestand kunne by dem for å dempe symptomene av deres belastningsslidelse. Det dreier seg om en god del tusen nye casus i 1975. Politikere får også belastningssykdommer, og de blir behandlet med den samme "vitenskapelig" underbyggende medisinske behandling. Ikke vente de vil til kiropraktor.

H. Siems artikkel inneholder

flere selvmotsigelser. Hvordan kan det f.eks. ha seg at kiropraktorene skal ha fått sitt renommé på behandling av akutt lumbago som blir bra av seg selv uansett behandling, når han i neste øyeblikk påstår at de hovedsaklig behandler kronisk residerende lidelser.

DE FLESTE KIROPRAKTORENE HAR LENGRE VENTETID SOM UTELUKKER DE AKUTTE CASUS, OG PRAKSISEN OMFATTER BEHANDLING AV KRONISK RESIDIVERENDE OG KRONISK PERSISTERENDE BELASTNINGSSYKDOMMER I COLUMN A OG BEKKENET.

Etter opplysninger av Koks-vik på ANSA's helseseminar 1975 lider 20% av klientellet på et legekontor av belastningssykdommer. Dette er et høyt tall, og de behandlingstilbud som finnes for denne sykdomsgruppe, er bare vitenskapelig bevist å ha noen positiv effekt ved operativ behandling av myelografisk verifiserte prolaps. Norske leger rekvirerer enorme mengder medikamenter som bare har til hensikt å dempe symptomene inntil pasienten blir frisk av seg selv. Det anbefales sengeleie og varmeposer i stor stil. Jeg skulle anta at norske leger vil rekvirere for i nærheten av 100 mill. kr. i 1975 til fysikalsk behandling som ikke er vitenskapelig bevist å ha noen som helst virkning. Tvert om er det vitenskapelig bevist at mye av den behandling som gis er helt verdi-

løs, ja, iblant direkte skadelig.

Hvorvidt henvisning til utdannet kiropraktor skal bli en aktuell lege/pasientkonflikt i fremtiden, er ikke avhengig av kiropraktorene rundt om i landet, men av at den enkelte primærlege trer ned fra sin høye hest og møter kiropraktoren som samarbeidspartner ved behandling av en bestemt sykdomsgruppe.

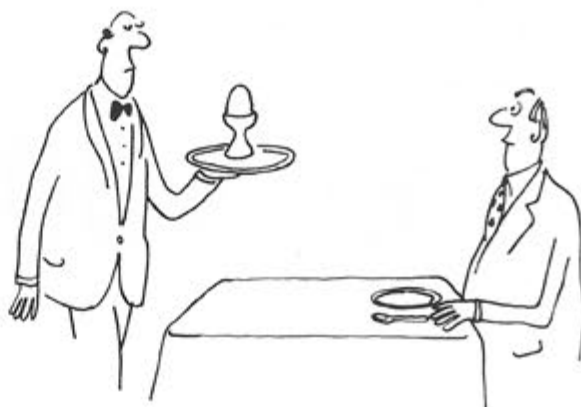
Legene, og spesielt primærlegene, bør være de siste til å slå seg på maven og forlange klarlegging, presise indikasjoner, beviser for behandlingseffekt etc. ved belastningssykdommer, det kan bare ikke fremskaffes over natten for noen behandlingsformer som benyttes i dag. Forskning er luksus, det tar penger, kunnskaper, tid, dedikasjon.

Hvorvidt vi i Norge kan dokumentere nytten av kiropraktorbehandling, er avhengig av at det blir foretatt kontrollerte kliniske forsøk med alternative behandlingsformer til kiropraktorbehandling og placebo som følges opp over minst 2-3 år.

I mellomtiden må kiropraktorene støtte seg til de statistikker og den empiri man har, på samme måte som legene alltid har gjort. Hvorvidt kiropraktorbehandling er mere reparativ og mindre kurativ enn den behandling leger tidligere har hatt anledning til å by pasientene, kan det være delte meninger om. Sikkert er det iallefall at H. Siems måte å løse det oppståtte "problem" med å skaffe seg viten om kiropraktorene på, ikke er den riktige, hvis det da ikke er artikkelens hensikt å holde liv i de gamle fordommer som en del norske leger har kjempet på tappert for i så mange år, ----- og tapt.

P.S. Skulle UTPOSTEN ønske en mere faglig utredning om kiropraktikk, vil sikkert Norsk Kiropraktorforening på henvendelse bidra med et slikt innlegg.

Referanser fåes ved henvendelse til forfatteren.



Dr. med. WILLY MATHISEN og ENURESE

Min noe krasse artikkel med angrep på dr. Willy Mathisen i nr. 5/75 fortjente vel kanskje ikke noe bedre svar enn det han gav meg i nr. 6 av Utposten.

Jeg har nu begynt å roe meg ned etter intervjuet med dr. Willy Mathisen i "Alle Kvinner" nr. 19 og skal prøve å få litt oversikt over problemene.

Som den spesialist han er, prøver han selvfølgelig å sable meg ned med vitenskapelige artikler, og vanligvis har spesialister hell med seg når de legger an den tonen overfor almenpraktiserende leger. I dette tilfellet var han imidlertid ikke særlig heldig, da jeg har interessert meg for enurese og prøvd å holde meg å jour med det som har vært skrevet om emnet. Det var derfor, bl.a. med diskusjonen i Tidsskrift for DNL 1973 i bakhodet, at jeg gikk såpass sterkt ut som jeg gjorde i Utposten.

Jeg understreker at siste del av mitt første innlegg la vekt på ikke å ta opp diskusjonen om dr. Willy Mathisens behandlingsopplegg. Jeg mente at dette kunne være et meget godt behandlingsopplegg. Det jeg tillot meg å protestere mot, var det meget ensidige syn på enurese som ble fremlagt for Norges foreldre.

I den første artikkelen tok jeg opp det rent uforsvarlige med å legge frem for den kulørte ukepresse et medisinsk problem som er til de grader diskutert innen fagpressen, og med nærmest en fordømmelse av alle andre behandlingsmetoder enn den dr. Willy Mathisen selv mente var riktig.

La oss gå tilbake til Anne Lise Holta og Willy Mathisens artikkel om enurese i 1973. De hadde der undersøkt 50 pasienter med enurese og fant at i 36% av tilfellene var det patologiske forandringer i nedre urinveier. Hos alle var det gjort urografi, urethrocytografi, cystografi, cystometri samt urethrocystoskopi. Det ble behandlet med blokkering, elektroreseksjon av uretraklapper, korreksjon av reflux og plastikker ved blærehalskontrakturer. Tiltross for kirurgiske korreksjoner ble det ikke noe særlig bedre med enuresen på kort sikt, og den videre behandling ble basert på blæretrening. Denne ble ført frem til pasienten ble mer og mer "blærebevisst". Som hjelp ble det brukt Librax fordi "tilstanden som sådann er en påkjenning for pasienten".

Resultatet var at 72% av de 50 ble tørre, 20% ble betydelig bedre, 8% er ikke blitt noe bedre.

Videre utover ble det i Tidsskrift for DNL en relativt hard, og fra Holta og Mathisen's side absolutt uforsonlig debatt. Overlege Jon Lange ved Barnepsykiatrisk avd., Ullevål sh., forsøkte å moderere de to urologer, men dette var helt nytteløst. Han hevdet at man ikke kunne gå helt forbi andre autoriteter på området enurese, som hadde et mer psykiatrisk blikk, bl.a. Melitta Sperling.

Året før, i 1972, hadde Jon Lange holdt et meget velbalansert foredrag om akkurat de samme problemene der han gir en god oversikt over symptomet.

Urologene Holta og Mathisen fra avdelingen på Rikshospitalet er fremdeles uvillig til å fire en centimeter, og da Erling Svalland forteller at han har hjulpet en pike med enurese ved hjelp av hypnose, får han bare til svar at det er det mest uvitenskapelige urologene Holta og Mathisen har hørt om noen gang.

Dr. Mathisens svar til meg var vedlagt en artikkel fra tidsskriftet "Clinical Trials in Urology" fra juni -75. Jeg takker for det, og er helt enig i det behandlingsopplegg som der blir skissert. Jeg tør gjøre oppmerksom på at det i artikkelen er nevnt flere muligheter for behandling av enurese, men det viktigste i behandlingen er at barna er interessert og deltar aktivt i den.

Her var 300 sengevøtere fra almenpraksis undersøkt, og erfaringene var at kirurgiske inngrep, passiv tilgift av medikamenter og andre passive hjelpemidler ofte gav en hurtig forbedring, men hadde en høy frekvens av tilbakefall.

Dr. Sumner Marshall kunne fortelle at når barnet ble oppmerksom på at han eller hun var istand til å forandre sitt avvik, så kunne han eller hun begynne å tenke på å få ansvaret for å kontrollere det hele selv.

Det blir i artikkelen påpekt 3 metoder hvorav den første som blir beskrevet er nettopp å vekke barnet med en alarmklokke med lenger og lenger intervaller, og belønne han eller henne når sengen er tørr.

Den andre metoden er å opp-

muntre barnet til å holde på urinen så lenge som mulig og så late vannet i et måleglass, altså samme metoden som dr. Mathisen angir.

Tredje metode som blir brukt er en nøyaktig føring av resultatene fra sengevæting eller manglende sengevæting. Dette skjer ved opptegning på en kalender slik at barnet selv registrerer, og har følelsen av å kunne forstå hvorfor nattevæting skjer.

Personlig har jeg brukt, og har tro på kombinasjon av alarmklokke og notering av resultatene på kalender. Det jeg mener er meget viktig i behandlingen av enuretikere, er den personlige kontakten med både barnet og foreldrene, og innsikt i familien, slik at behandlingen kan legges opp individuelt og uten altfor store inngrep i familiens rytme. Jeg mener også det er helt feil å sende alle 4-åringer til urolog som skal foreta alle de tidligere nevnte undersøkelser, da jeg også her forfekter synet om individualitet. Det er klart at enkelte 4-åringer, og kanskje de fleste, klarer den påkjenningen det er med hospitalopphold, men det burde være like klart at enkelte av disse pasientene vil få større skader på livstid ved å bli kjørt gjennom denne "maskinen", enn de får ved å vente 1-2 år. Eventuelt kan man gjøre ambulant urografi som eneste undersøkelse på et tidlig tidspunkt. Det er forresten ikke bestandig så lett å ta urografi ambulant på alle 4-åringer.

Så mye om det faglige innholdet i enuresen. Redaktøren har bedt dr. Willy Mathisen å skrive en artikkel om hvordan han mener enurese skal behandles i almenpraksis. Jeg håper at Utposten får anledning til å ta inn denne artikkelen på et senere tidspunkt.

INFORMASJONSPLIKTEN.

Dr. Willy Mathisen kommer også inn på det som var min virkelige indignasjon i forbindelse med "vitenskapelig" utlegning i "Alle Kvinner". Han informerer om at medisinsk informasjon er ingen monopolvare for medisinerne. Dette er jeg helt enig i. Han mener pasientene må få skikkelig opplysning om sine sykdommer og man må komme bort fra at pasienten ligger

nystrøken i sengen under visitten, og ikke hverken mottar eller får anledning til å gi uttrykk for synspunkter på sin sykdom. Det gleder meg at dr. Willy Mathisen tar opp dette, og jeg håper endelig det er noe som er gjennomført ved hans avdeling nu. Min erfaring med Kir.A er at dette ikke alltid har vært tilfelle.

På slutten forsvarer han sin ukeblad-artikkel med at nyere synsmåter som går på tvers av gamle oppfatninger, skal ikke være noen nedvurdering av de gamle oppfatninger, og det var jo ihvertfall godt å høre. Det er imidlertid en meget viktig ting dr. Mathisen overser, og det er hvilken reaksjon en slik artikkel kan føre til utover landet. Det kan, hvis man skulle ta artikkelen alvorlig, føre til at 7000 norske barn sto og banket på urologiske spesialisters kontordører og ikke kom inn. Det kunne føre til at et solid opplegg i samarbeid barn/foreldre/distriktslege/helsesøster ble ødelagt på grunn av at pasientene og foreldrene tvilte på verdien av det aktuelle opplegg. Det kunne også føre til at landet fikk et folkekrav om diverse nye barnekirurgiske barneurologiske avdelinger samt krav om å utdanne nok barneurologer til å kontrollere alle barn med hensyn på urologiske lidelser. Dette til fortrenghet for andre og viktigere helseoppgaver.

Det er vel helst det siste dr. Mathisen hadde ønsket, og det er slike ting redaksjonen i Utposten er redd for. Heldigvis er den norske befolkning såpass sindig, de norske politikere såpass ansvarsbevisste og den norske legestand såpass vant ved slike utfall, at det hele går over med et skrik. Dette skriket kan imidlertid bli ganske hard påkjennning for en distriktslege som arbeider 80 t/uken av og til, som ikke har tid til å lese vitenskapelige tidsskrifter utenom denne arbeidstid, og som plutselig får 10 unger med enurese på kontoret, hvis foreldre krever å bli behandlet etter dr. Mathisens artikkel i "Alle Kvinner". Undertegnede ser frem til en faglig orientering fra dr. Mathisen i et kommende nummer.

Per Wium.

UTPOSTEN 6420 Aukra

Samferdselsdepartementet v/ Hotell og turistdirektoratet gav våren 1974 nye forskrifter for hytter som nyttes til herbergedrift. Minstekravet til gulvflate i hyttene er vesentlig øket, det samme gjelder i mindre grad krav til utstyr.

Jeg kan vanskelig innse det helseskadelige i at 2 personer overnatter i en hytte med f.eks. 8 kvm. gulvflate (minstekrav 9 kvm.). Jeg kan i mange tilfeller heller ikke innse at det er forbundet med helsefare at endog 4 personer overnatter i samme 8 kvm. hytte, selv om minstekravet er 12 kvm.

I praksis blir hyttene dyrest å leie ut, og det blir neppe mulig for campere å finne "billige krypinn" som kan nyttes i stedet for f.eks. telt en våt natt. En slik fordyrelse av campinghytter vil utjevne forskjellen i pris mellom leie av campinghytte og leie av hotellrom.

Jeg kan som helsearbeider ikke få meg til å håndheve disse forskrifter særlig konsekvent da jeg føler at jeg i så fall forsvarer hotellnæringens interesser mer enn folkehelsens.

Kan noen hjelpe meg på veg mot bedre hygienisk skjønn?

Dombås, den 2.10.75

Halvard Eskeland
distriktslege

Annonse:

Vi ber herved om opplysninger om ledige studentvikariat hos distriktslege i tiden 20/6 - 20/8 1976. Vi vil på den tiden være ferdige med 8. termin.

Erik Heyerdahl Strøm (enslig)
Hummeldalsvn. 8
2400 ELVERUM

Sigbjørn Elle (kone + 2 barn)
Hagenbakken 17
1440 DRØBAK



REISE- BREV

fra
**Harald
Siem**

Et av de første inntrykk jeg fikk i Statene, var en hil- sen fra det offentlige hel- sevesen. Ved passkontrollen fikk jeg utdelt et varsel- kort som anbefalte meg å fortelle min lege at jeg hadde vært i utlandet hvis jeg skulle bli syk innen de neste seks uker. På baksiden av kortet fantes en notis til legen om hans forplik- telser ved melding av syk- dom, og kilde til informa- sjon hvis han trengte hjelp til diagnose og behandling/ karantene.

De sykdommer man fryktet mest, var kopper, gulfeber, pest og kolera. - Koppevak- sinasjonsattest krevdes bare hvis man kom direkte fra et land hvor kopper var meldt, og det var gledelig å se en stor plakat med plass til mange navn kun inneholde to land hvor kopper er endemisk. Utrydding av kopper synes oppnåelig innen nær fremtid.

Forhåndsreglene mot kriminel- le handlinger slår en. Rik- tignok er Boston vesentlig større enn Oslo, men selv i villastrøk er politiet å se til enhver tid. En finner skilt hvor det står "Report crime tel. 911". Folk unngår å gå med cash på seg, en unngår å gå alene når det er mørkt, de fleste har tre el- ler flere låser på døren. Hvis en er borte en kveld, installerer man tidsur for å skru på og av lyset for ikke å bli utsatt for innbrudd. Sirener kan høres hele døg- net. Pollution opptar alle og en- hver. Mitt inntrykk er at

alle venter at det offentli- ge skal ta seg av foruren- ningsproblemet, mens man er lite villige til å gjøre en innsats selv. På tross av TV- avertering som oppfordrer en til å begynne i det små, og selv påpeke den forurensning en er vitne til, kan en opp- leve at folk sitter og di- skuterer forurensningspro- blemet mens de samtidig skreller appelsiner, kaster papirer og tomme ølbokser omkring seg i parken. Offentlige fremkomstmidler, er forholdsvis dyre, mens bensin og bruk av egen bil er relativt rimelig. Selv om Boston er en by med mye luftbevegelse, er det ikke vanskelig på avstand å se en sky av luftforurensning over byen, og jeg selv blir irri- tert i halsen etter en halv til en times tur i byen. Men jeg er vel bortskjemt av den friske sørvestkulingen på Vestlandet.

Bly er tatt ut av bensinen så og si over alt, men man er opptatt av blyforgiftning. Det finnes egne sentra som utfører blodkontroller ved mistanke om blyforgiftning fordi man har beregnet at ca. 20.000 barn i Massachusetts har en vesentlig blyforgift- ning. Kilden til forgiftning- gen synes imidlertid først og fremst å være salg av blyholdig maling.

Det er relativt beskjedent bruk av plastikk som emballa- sjemateriale, og bærepøser av plastikk har jeg enda ik- ke sett. Her går det på kraftig papir. Derimot blir emballasjemengden voldsom. Returflasker finnes knapt.

Papp, isopor og plastikk blir utnyttet til å gjøre varene attraktive, kanskje mer enn som hygienisk embal- lasje. Dette vises selvføl- gelig på søppelmengden. Renovasjonssystemet er pri- mitivt, etter en ukes opp- samling i poser som legges i bøtter, stilles dette ut på fortauet og blir så åpent behandlet i en renovasjons- bil før det kjøres bort. Jeg fikk anledning til bli med på en flytur over Ny England. Ved å se ned så man frodige skoger over alt, hovedsaklig løvtrær. Langs vassdragene som "drenerte" beboelsesstrøk, så man ofte en stripe av døde trær eller trær med kraftig rødt, vis- sent løv, mens skogen rundt var grønn og fin. Eutrofe innsjøer er regelen. Men som sagt, ligger for- urensningsproblemet ofte på det individuelle plan. Tyg- gegummi under setene, skitt på alle offentlige plasser, knuste flasker og ølbokser på alle rasteplassene langs veiene vitner mer om en men- talitet i befolkningen enn en forskyvning av det økolo- giske system. Mange amerika- nere gir uttrykk for at man her for lenge har villet overse ressursenes begrens- ning. Individets frihet og de frie krefters spill har vært dogmer i befolkningen. Jeg er forbauset over å se hvor mange regler og rest- riksjoner som tross alt er innført de siste år. Regel- verket er stort sett forank-

Forts. side 18.

Det Kgl. Sosialdepartement Oslo

Sammendrag av stortingsmeldingen om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat

En har mottatt Opplysningssekretariatets informasjonsbrev om ovennevnte stortingsmelding.

Ut fra de konklusjoner en kan trekke av sammendraget, vil en gi departementet honnør for at det har lukket vekk de første utvekslene i Sosialreformkomiteens innstilling II. Dette dog med ett unntak: Den foreslåtte forandring av helserådet savner ethvert realistisk grunnlag og kan kun betraktes som en ren maktdemonstrasjon, rettet like mye mot de folkevalgte helserådsmedlemmer som helserådets personell. De foreslåtte forandringer vil bl. a. gi sosialkontoret og sosialsjefen en dominerende stilling i saker hvor de mangler faglige forutsetninger. En kan da lett tenke seg at det samarbeid som møysommelig er bygget opp, vil falle sammen som et korthus.

Det er klart at det kan rettes innvendinger mot den må-

te som helserådene i dag fungerer på. En bør da være oppmerksom på følgende faktiske forhold:

- 1) De fleste helseåd mangler tilstrekkelig eller adekvat kontorhjelpe, noen har ikke kontorhjelpe i det hele tatt.
- 2) Kontorforholdene er ytterst kummerlige, noe som i vesentlig grad hindrer arbeidet og nedsetter effektiviteten.
- 3) En har et altfor lavt antall helsesøstre.
- 4) Total mangel på annet spesialutdannet personale.

Årsaken til ovenstående forhold er rett og slett den lavprioritering det forebyggende helsearbeidet alltid har vært utsatt for. Disse forhold vil kun forverres ved en overføring til sosialkontoret på grunn av manglende faglig kompetanse. En vil derfor på det innstendigste be om at helserådet ikke bare skal få behol-

de sin tradisjonsrike betegnelse, men også sin funksjon og organisasjon. Dette vil ikke på noen måte hindre opprettelsen av et helse- og sosialstyre, ei heller samarbeidet med dette og andre kommunale etater, f.eks. den tekniske. Den politiske styring av helserådet vil som før, bli utøvd av de folkevalgte medlemmer, oppnevnt av kommunestyret. Den nødvendige koordinering av virksomheten til helse- og sosialstyret og helserådet kan sikres ved at helserådets ordfører og f.eks. to av helserådets folkevalgte også er medlemmer av helse- og sosialstyret.

Trysil, den 29.7.75
K.H. Jahr
distriktslege
helserrådsordfører

Ovenstående brev er av Sosialdepartementet den 22.8.75 oversendt Stortingets Sosialkomite til orientering.

NORGES RØDE KORS
PARKVEIEN 33 B - OSLO 3



INTER ARMA CARITAS

LEGE -BANGLADESH

Til sitt Mor og Barn Helse-senter i Jaydebpur søker Norges Røde Kors en yngre lege/teamleder fortrinnsvis med distriktslegepraksis, evt. praksis fra U-land, for et tidsrom av ca. 4 mndr., med mulighet for forlengelse av kontraktstiden.

Tiltredelse 3. januar 1976 eller senere.
Lønn etter avtale.

For nærmere opplysninger, telefon (02) 11.30.25, linje 884, eller skriftlig henvendelse til
NORGES RØDE KORS,
Postboks 7034 H,
OSLO 3.

Forts. fra side 16: Reisebrev ...

ret i statlige bestemmelser, ikke federale forordninger. Dette gjør det selvfølgelig dyrt og uoversiktlig, men er vel en politisk nødvendighet.

En annen ting som slår en, er hvor opptatt man er av minoritetsgrupper: racisme og sexysm. Bare i Boston bruker man millionbeløp daglig på å frakte skolebarn fra den ene skole til den annen, slik at farvede skal få adgang til de bedre skolene, hvor det tidligere bare var hvite elever.

Kvinnesak diskuteres langt mere nyansert enn hjemme, og også mannssak blir diskutert ettersom mannens kjønnsrolle blir omdefinert i takt med kvinnens frigjøring.

Homoseksualitet har stor publisitet og interesse. Både på TV og i dagspressen leser man om de homoseksuelles vanskeligheter med å oppdage selv at en er homoseksuell, og senere kunne forkynne det. En får følelsen av at en er tilbakestående hvis en ikke har klart å frigjøre sine homoseksuelle tilbøyelser i seg selv.

Jeg har inntrykk av at amerikanerne ser på sosialistiske land som vårt eget, med stor skepsis. Man har forestillinger om at Staten dirigerer individet i de skandinaviske land i langt større grad enn man gjør her i Statene. Når det kommer til stykket, finnes det imidler-

tid vel så mange innskrenkninger i individets utfoldelsesmuligheter her som hjemme. Når man diskuterer sosialisert medisin eller ekspropriasjonslov, offentlig skolevesen eller forurensning, får man også inntrykk av at amerikanerne er villige til å underkaste seg regulerende bestemmelser.

Hvis man i samtalen løp i midlertid bringer opp ordet frihet og begrensninger av frihet, reagerer de fleste. Det synes å være et tankekor for mange at samfunnstiltak til fordel for alle, nødvendigvis må gå utover den så lovpriste amerikanske frihet.

H.S.

Journal-arkivet er en meget viktig del av legekontorets «hjerne», men er allikevel ofte dets «dårlige» 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 trygdekantorer 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.**

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



Nyhet 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 arkivhyllie rommer 3 enheter.

Forts. fra side 7: Om å skylle ...

net nytte godt av en desentralisert helsetjeneste av høy standard, hvor forebyggende og behandlende medisin har vært sett under ett. Det er liten grunn til å tro at den offentlige lege i fremtiden blir lettet i noen vesentlig grad fra sine nåværende oppgaver. En vil heller kunne vente seg en økning og spredning av oppgaver. Bemanningen kan bedres, men som alle (nesten alle) vet,

er ressursene begrenset. Innsikt og viten vil øke, men neppe raskere enn forventningene til resultater av denne innsikt og viten. Når en ønsker å forandre det offentlige helsevesen, synes det derfor at omtanken til organisasjonen må stå sentralt for at den aktuelle målsetning kan nås. Dette synes å ha vært forsømt i noen tid, og har ført til at underordnede målsetninger og motstridige interesser får et noe for fritt spill, og derved torpederer det overordnede mål.

Kanskje derfor har det vært vanskelig å besvare spørsmål om hva som er bra ved vårt nåværende system. Vi har hatt en følelse av at det er bra, men også at meget kan forbedres.

Det har vært vanskelig å nagle fast hva samfunnet taper ved de forskjellige foreslåtte forandringer for det offentlige legevesen, særlig når forslagene kommer fra utenforstående. Om mange av forslagene har det imidlertid vært enighet om at vi taper.

Forts. fra side 4:
Robberstad: Bør helseråda
leve eller dø?...

Helse- og sosialsenter. Opprusting av sosialkontora (viktig). Det er eindel gode argument for eit stort helse- og sosialstyre. Der bør også generelt leggjast til rette for eit stadig betre samarbeid mellom helse- og sosialsektor, endå dette kan krevja ganske store investeringar.

Men stortingsmeldinga ber altfor mykje preg av ideologi, ikkje pragmatisme. Den viser ingen evne til kostnad-nytte-analyser. På sentrale områder går den beint imot råd frå yrkesgrupper som til dagleg slit med slik problematikk. Forfattaren har noko lite greie på helsearbeid, og synest å ha mistru til institusjonar med legar i (dei må høvlast ned). Sine veikaste sider har meldinga der den vil byggje opp eit helse- og sosial-tusenårsrike ved å produsere nye nemnder, og bryte sundt dei arbeidsrutiner og samarbeidsformer som fagfolk har kome fram til gjennom mange års praktisk slit.

La meg her få minne om noko Mao-Tse-Tung (f.t. kinesisk partiformann) sa i 1937: "Den som ønsker å få kjennskap til ein foreteelse, har ingen annan måte å skaffe seg det på enn å komme i berøring

med den, dvs. leve (i praktisk arbeid) i dens omgivelser.... All ekte kunnskap skriver seg fra den umiddelbare erfaring." Og i den prøyssiske hær for 100 år sidan måtte ein generalstabs-offiser alltid gjere teneste ved tropp ei tid mellom kvar forfremjing, alik at han ik-

kje miste kontakten med feltavdelings-tenesta. Når Mao og von Moltke er enige om dette prinsippet, er det nok nyttig for oss andre også, - særlig dersom me skal skrive Stortingsmeldingar. Sandnes, 15. oktober 1975.

3 måneders B₁₂ vedlikeholds- terapi 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

Forts. fra side 2:
Distriktnissens ønskeliste...

re pakke enn meg. Sosialnissens har fått 100 mill. kr. av stortingsmelding nr. 9 i år og det har ikke jeg fått. Hvis jeg også fikk 100 mill. kr. da skulle det bli helsestasjoner over alt. Hvis det ble plass, skulle til og med sosialnissens få kontor i helsestasjonen.

Jeg har ønsket med kontor hvor jeg har plass til både sekretær og laborant i ett hus, og det har jeg ønsket meg i 5 år, men kommunenissens sier at det har vi ikke råd til. Jeg lurar på hvor lenge jeg skal ønske meg det før jeg får det. Jeg tror jeg skal sette opp ønskeliste mye tidligere neste år og

sende den til staten, og der skal jeg sette opp at jeg ønsker meg like stor pakke som sosialnissens har fått, og

da kanskje jeg også får 100 mill. kr.

Redaksjonell distriktnisse.



Når et sovemiddel er indisert...

Vallergan[®]

alimemazin

- har uttalt beroligende og søvndyssende virkning
- ingen rusvirkning eller eufori, selv i kombinasjon med alkohol
- abstinenssymptomer ikke rapportert
- rimelig i bruk

Kontraindikasjoner: Komatøse tilstander og alvorlige intoksikasjoner. Leverskader.

Bivirkninger: Døsighet, tørrhet i munnen, lett hodepine og dyspeptiske symptomer kan forekomme. Cholestatisk icterus, leucopeni, ekstrapyramidale symptomer og agranulocytose er beskrevet i enkeltstående tilfelle.

Forsiktighetsregler: Ved dosering om dagen kan preparatet forårsake døsighet. Forsiktighet må derfor ut-

vises ved forskrivning til sjåfører og folk som betjener maskiner.

Interaksjoner: Alimemazin potenserer virkning av barbiturater og alkohol, og kan gi interaksjoner med antihypertensiva betanidin/guanetidin/ganglionblokkerende midler, l-dopa og piperazin.

Pakninger og priser: 30 stk. kr. 11,00, 50 stk. kr. 16,60, 100 stk. kr. 28,65, 10x100 stk. kr. 261,55

DOSERING:

Ved søvnvansker
hos voksne

1-2 tabl. (10-20 mg)

1/2-1 time før sengetid



Medisinsk informasjonskontor
Sandviksveien 12, Boks 10, 1322 Hovik

