

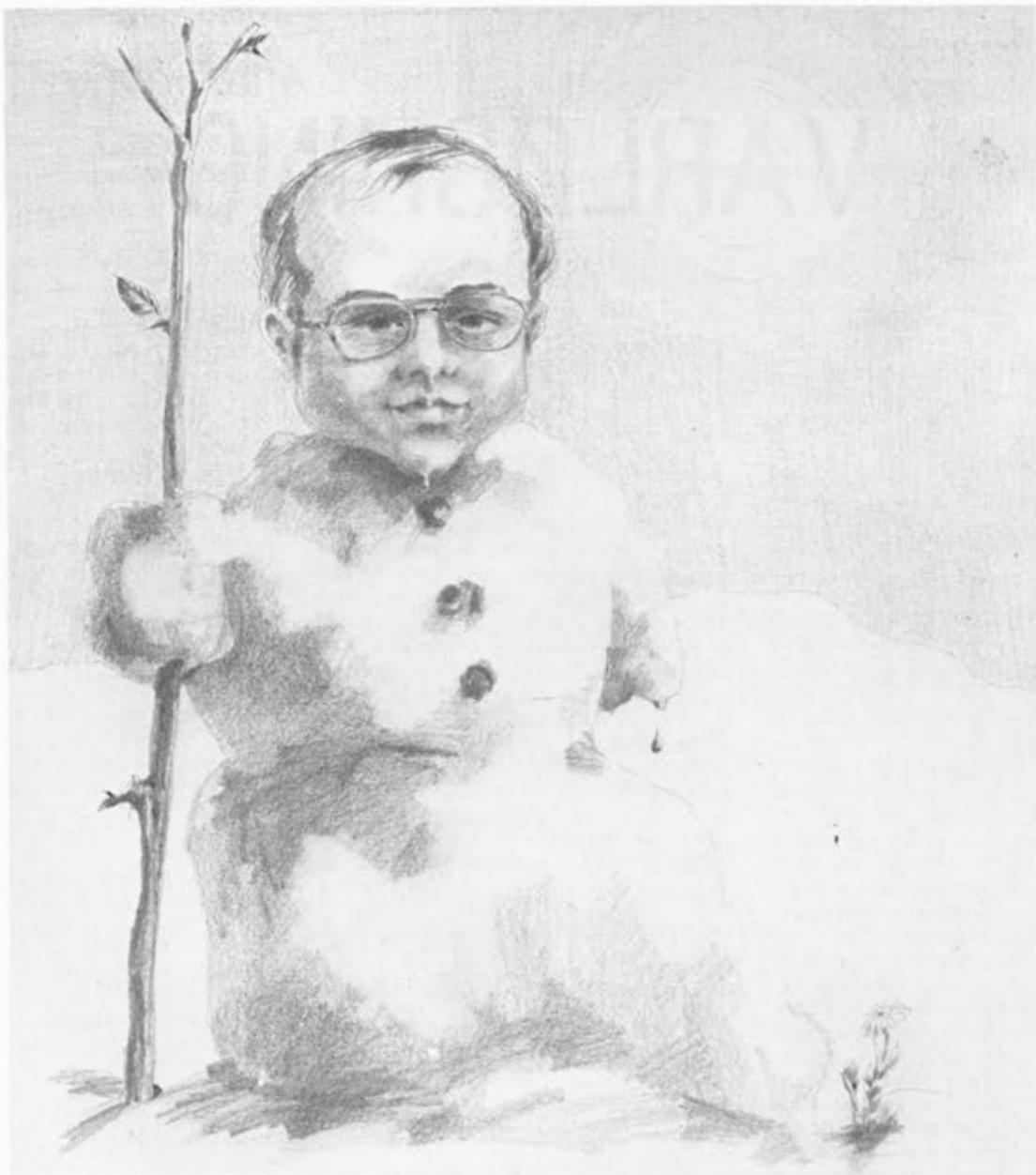
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 2

MARS 1976

ÅRGANG 5



Av innholdet:

Vårlesning	side 2	Fylkeshelesøstre: Stortingsmelding nr. 9	side 8
Trygve Aune: Legesenteret i Molde	side 3	Alf Ebbing: Tvangsmidler i helserådsvedtak	side 11
Dag Brekke: Legemiddelinformasjon til pasientene	side 4	Dag Brekke: På «De 70 000 favner»	side 12
Svein Andersen: Velferdssamfunnet i krise	side 5	Henrik Seyffarth: Spørsmål til den etablerte medisin	side 13
Ingemar Bøen: Ambulansebåtproblemer	side 6	Per Wium: Ambulansebåtførere forén eder	side 14

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

Redaksjonssekretær
Dag Brekke

Ettertrykk forbudt

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.

VÅRLØSNING

Det er med stor glede Utposten registrerer at det er iferd med å skje noe i samarbeid mellom primærlege og sykehus. I de 4 årene vi har holdt på med bladet, har vi stadig understreket viktigheten av å styrke primærlegen både hva angår innflytelse og faglig dyktighet, og jeg tror det initiativ som nå begynner å komme frem fra kolleger, kan bli noe som virkelig kan bringe oss et steg fremover for å bedre vår service overfor pasientene.

Det jeg sikter til er dannelsen av foreninger for almenpraktiserende leger i byer med formål å øke samarbeidet mellom almenpraktiserende leger og sykehus, og stimulere etterutdannelsen av almenpraktiserende leger. Det siste kan man vel kanskje si har vært ivaretatt av Legeforeningen på en tilfredstillende måte, men jeg tror ordningen blir enda mer tilfredstillende når initiativet kommer fra primærlegene selv. Jeg skal på ingen måte undervurdere det som har vært gjort av sykehusene rundt omkring, men det er et faktum

at en del av den etterutdanning som har foregått i denne regi for en stor del har ligget på siden av ønsket fra primærlegene, og tildels avdekket hvor liten innsikt sykehuslegene har i primærlegens problemer.

Så vidt Utposten har brakt i erfaring er foreninger for almenpraktiserende leger dannet i byene Kristiansand, Trondheim og Bergen, og erfaringene de har hatt er meget lovende både med bedre samarbeid legene imellom ikke minst på legevaktsektoren, større forståelse fra sykehusavdelingens side ved at det har vært holdt direkte møter med de spesielle avdelinger, og også initiativ på området videre- og etterutdanning av almenpraktiserende leger.

Jeg har hatt anledning til å være med på et av etterutdanningskursene med emne "Sopp-sykdommer" og arrangør: Forening for almenpraktiserende leger i Sør-Trøndelag.

Utpostens håp er at slike foreninger vil formere seg ved knoppskyting rundt om-

kring i hele landet, og det mest rasjonelle er vel at de leger som sokner til et sykehus slutter seg sammen primært for å kunne oppnå et best mulig samarbeid med det lokale sykehus.

Ved tidligere korsveier har Utposten brakt i erfaring at dette også er noe DNLF hilser med glede, og jeg håper endelig at DNLF, når det nu en gang blir realitet, ikke prøver å stikke kjepper i hjulene for de entusiastiske unge kolleger som stiller seg i spissen for slike tiltak.

I forbindelse med etterutdanning av legene, henviser jeg også til artikkel om Medical Recording Service Foundation som var omtalt i siste nummer. Ved en teknisk feil var adressen til institusjonen falt ut men den er gjengitt på denne siden, og jeg håper så mange som mulig kan dra nytte av dette enestående tilbud.

Per Wium

Medical Recording Service Foundation
Kitts Croft, Writtle
Chelmsford CM 1, 3EH
England

Legesenteret i Molde

Omtalt av
Trygve Aune



Legesenteret omfatter 420 m² (hele 2. etasje) i en større og moderne forretningsgård (med heis) i Molde sentrum. Etasjen over huser Trygdekontoret, og over gaten ligger et stort og moderne fysikalsk institutt. Apotek, Sosialkontor og Arbeidskontor ligger og i sentrum av byen. Fylkessjukehuset i Molde (med de aller fleste spesialavdelinger, unntatt barneavdelingen) ligger 1 km. unna. Antall ansatte, som alle er kvinner, er i alt 11, fordelt på 2 heldags- og 9 halvdagsstillinger, altså i alt 6 antall stillinger. Disse fordeler seg slik:

Laboratoriet:

2 (2 spesialutdannede sykepleiere og 2 fysiokjemikere).
Skade/Skiftestue:

1 (2 sykepleiere).

Resepsjon:

2 (1 legesekretær (½), 1 uten fagutdannelse (½) og 1 tidligere sentralborddame (1)).

Skrivearbeide:

1 (1 sekretær).

Dessuten:

Vaskehjelp: ½

(I tillegg kommer 2 timelønne stillinger (rydding, oppvask, etc): tilsammen 3 t. daglig).

Som man ser et høyt antall personer, hvilket imidlertid styrker Legesenterets beredskap i tilfelle arbeidsuførhet blant personalet.

Legesenteret er åpent kl. 08.00 - 15.00 alle hverdager, unntatt lørdag (kl. 09.00 - 12.00). Timebestilling skjer om formiddagen, spørsmål om resultat av prøver rettes

til laboratoriet eller skrive-dame direkte, og disse videreberordrer pasienten pr. tlf. til legen, hvis nødvendig. Legen har tlf.tid kl. 14.30 - 15.30. (2 leger har hver sin 2 time).

Møtevirksomheten er lav: 1 time ukentlig til fag. Samarbeide med barnepsykiater på konsultasjonsbasis er imidlertid under utvikling. Personal-møter holdes 2-4 ganger i året - på disse tas større saker (vedr. samarbeidet især) opp til almen drøfting. Legenes arbeidsgiverrolle er delt i 4: én tar seg av personalproblemer, ferieavvikling, vikaransettelse osv. én er spesielt ansvarlig for større økonomiske saker, én tar seg av Legesenterets ansikt utad (informasjon) og én har etterutdanningen innen senteret som hovedfelt. Legenes etterutdanningstilbud i region Romsdal er forøvrig svært godt, og det meste av denne aktiviteten foregår på Fylkessjukehuset i Molde. Senterets leger er i alderen 29 - 36 år, en har spesialiteten alm.pr.DNLF. Legesenterets hovedarbeidsoppgave har hittil for det alt vesentligste vært av ren kurativ art, noe som delvis skyldes at den primære (kurative) helsetjeneste "lå langt nede" i 1971 p.g.a. svært mangelfull legedekning. (Situasjonen synes nå mere under kontroll, og mere forebyggende arbeide er aktuelt). Antall konsultasjoner pr.mnd. er ca. 575 (mai-75) og refusjonen er ca. kr. 43,- (gjennomsnitt av årets 9 første mndr.).

Legene har tilsyn med en aldersheim, en alders- og sjukeheim, og en spesialscole for psykisk utviklingshemmede.

Legedistriktet omfatter 20.000 innbyggere, (inkludert 2 mindre befolkede øyer), men de større skader og ulykker går gjerne direkte til sykehuset. Avstandene kan bli store natters tid uten fergeforbindelse over til en stor halvøy.

Vaktordningen er 7-delt og senterets leger dekker 4 plasser. De resterende 3 dekkes (p.t.) av underordnede sykehusleger/kandidater. Antall sykebesøk varierer gjerne mellom 5 og 15, hvis man er litt restriktiv, men vinterstid i influensatider må man av og til være 2 på vakt.

For øvrig oppfattes Legesenteret av befolkningen som en legevakt, hvorfor pågangen av øyeblikkelig hjelp i vår vanlige arbeidstid (kl. 8.30-16.30) er stor. En lege har derfor en uke ad gangen med færre timebestilling og eget ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det er (selvfølgelig) fritt legevalg, og legene har stort sett sine egne pasienter. Legene drar i sykebesøk utenom legevaktordningen i noe varierende grad, men stort sett henvises folk til vakt-havende lege. Den ukentlige arbeidstid (eksklusive etterutdanning ved Fylkessjukehuset eller andre steder) er ca. 55 timer.

Senterets leger:
Trygve Aune
Stein Aursland
Tore Bjørnæs
Lars Worren

Legemiddelinformasjon til publikum

Tanken om å forby de farmasøytiske firma å produsere og distribuere pasientveiledninger for sine preparater har vært fremmet. Om det med tiden vil bli med mer enn tanken, vil vise seg.

Statens Legemiddelkontroll har oppnevnt et "utvalg for legemiddelinformasjon" med dosent dr. med. P.K.M.Lunde som formann. Høy prioritet har utarbeidelse av informasjonsbrosjyrer beregnet på publikum fått

De første resultater er to brosjyrer, én om "Reseptfrie smertestillende midler" og én om "Råd til pasienter som behandles med antibiotika".

Formålet med slike brosjyrer må være å gi legen hjelp i informasjonsarbeidet overfor pasientene, og ingenlunde pretendere å erstatte den veiledning som legen skal gi.

Min erfaring er at en slik veiledning må være kortfattet - helst ikke over to C6 sider - den må være entydig og autoritær, mao. ikke gi pasienten anledning til å tolke teksten. Det må i tilfelle bli legens jobb. Teksten må videre gå direkte på det/de aktuelle problem for den enkelte pasient. Generelle råd og problemoversikter kan være greie, men poenget er etter min erfaring at den alminnelige pasient kun interesserer seg for det som betyr noe for nettopp ham selv.

Det pasientene vil vite er hvorfor de må ta medisin (diagnostisk begrunnelse og hvordan medisinen virker), hvor lenge (dager, måneder), hvor ofte (jo skjeldnere, jo bedre, gjerne hvilke klokke-

slett på dagen), om medisinen skal tas sammen med mat og/eller drikke eller utenom måltidene, om de kan røyke, drikke te, kaffe, alkohol sammen med, om de blir trette

De to foreliggende brosjyrer har en enkel, brukbar lay-out. Teksten i analgetikabrosjyren er for intellektuelt vurderende og for lang, synes jeg. Gjennomsnittsfbrukeren av



Autoritær og entydig informasjon må til

slappe, virkning på avføring, vannlatning og eventuelle aktuelle bivirkninger, o.s.v. Mao. en rekke helt elementære spørsmål.

Vi vet at for mange preparater kan disse spørsmål ikke besvares, mens for noen har vi vitenskapelige begrunnede standpunkter. En primær oppgave for dr. Lundes informasjonsutvalg bør være å innarbeide slike opplysninger i Felleskatalogen under avsnitt "Administrasjon" hvor også nåværende doseringsopplysninger tas med. Spesielle opplysninger om lagring o.l. bør også nevnes.

Så kan vi si at én kortfattet brosjyre som gir svar på alle disse spørsmål ikke er mulig å lage. Kanskje ikke engang ønskelig?

smertestillende midler gidder ikke lese den, og storforbrukeren vil iallfall ikke bry seg, tror jeg. Antibiotikabrosjyren er mer kortfattet, konkret og autoritær og kan etter mitt skjønn tjene som mønster for fremtidige brosjyrer.

Det er bare å ønske utvalget lykke til med det videre arbeid. Med tiden håper vi at en forenklet gjengivelse av Felleskatalogens tekst "Administrasjon" kan følge hvert medisinglass til pasienten. Men foreløpig synes ikke informasjonsutvalget å legge opp til en ny type informasjon som vil overflødiggjøre de pasientveiledninger som industrien hittil velvillig har latt oss benytte.

SOSIALSJEF SVEIN ANDERSEN, MIDSUND

Velferdssamfunnet i krise

I en tid da det snakkes om samordning av hjelpetiltak, utbedring av eksisterende hjelpeordninger og omarbeiding av refusjonsordninger, skjer dette i min kommune, som en grotesk påminnelse om hvor håpløs materie en har å gjøre med.

Kommunen er en liten øykommune på ca. 2.200 innbyggere, hvor 35 % av inntekten kommer fra det havet gir. Det dreier seg om hjelpeordningene i heimene, heimehjelp, husmorvikar og heimesjukepleie. I det året jeg har sittet i den nyopprettede stillingen som sosialsjef, har vi fått bygd opp et brukbart system, hvor dette nå administreres fra heimesjukepleiekontoret etter at det ble opprettet. Husmorvikarordningen skal kort nevnes, da denne blir et av poengene ved historien. Stillingen er besatt av en dame i $\frac{1}{2}$ stilling, med en budsjettreserve på en $\frac{1}{2}$ stilling til. Dette for ikke å betale ut til en person som ikke er sysselsatt på full tid. Dette var et opplegg ut fra de erfaringer som ble høstet det første halvåret jeg innehadde stillingen, høsten 74.

Vi ekspanderer og får opprettet heimesjukepleie, grunnet i en behovsanalyse distriktslegen har utarbeidet. Bemanningen var et minimum, men kan ikke være mindre, for da blir ikke ordningen godkjent. Vi er virkelig i gang, og kontakt opprettes både med kommunens helsevesen og det fylkessjukehuset som til vanlig betjener vår kommune. Heimesjukepleiesjefen er på sjukehuset hver 14. dag til kontaktmøte med avdelingene og får godt kjennskap til de som skal heim til vår kommune. Man aner konturene av et godt opplegg. Hva skjer så? Det viser seg et-

ter hvert at hjelpebehovet som de utskrevne og andre har, dreier seg i retning av husmorvikar, og mindre heimesjukepleie enn antatt. Heimesjukepleierne, $1\frac{1}{2}$ stykker, begynner å føle at de går på tomgang. Husmorvikarbudsjettet rakner, det vil si viser tegn til manglende midler. Som det høver seg en forutseende etatsjef, blir dette tatt opp allerede i mars, da en kunne ane en tendens. Sosialstyret anbefaler styrking av husmorvikarbudsjettet med økonomi tilsvarende en hel stilling i tillegg. Formannskapet

morvikartilbudet er $2\frac{1}{2}$ dager i uka, et tilbud nesten ingen vil benytte, da de trenger hjelp hele uka. Heimehjelperne kan ikke ta på seg flere oppdrag enn de har. Naturligvis har jeg overskredet budsjettposten for husmorvikar i påvente av de folkevalgtes behandling. Dette må da dekkes av andre midler innenfor budsjettet, noe som betyr en omprioritering av de sosialpolitiske målsettingene som budsjettet var et uttrykk for. Dette betyr igjen at andre også får merke ringvirkningene av kommunens sviktende økonomi. Det er



forblir taust, og purringer deles ut med raus hånd. Endelig i september foreligger svar; nei. Grunnen er at kommunens skatteinntang har sviktet, det er nærmere en $\frac{1}{2}$ million kroner for lite i forhold til budsjettert skatteinntang. Dette skyldes spesielt dårligere inntekter på fisket, og oppgjørsordningene som betyr sein skatteinntang for kommunene. Derfor er status i dag: Vi har en heimesjukepleie som vi ikke kan redusere fordi vi har minimumsbemanning. Heimesjukepleierne kan ikke omdisponeres, grunnet klare forskrifter og regler om hva de skal gjøre. Hus-

derfor klart at i 1975 er det ikke selvfølgelig at en kommunes innbyggere får ta del i de velferdstilbudene som er alment aksepterte, disse tilbudene er basert på økonomisk overskudd. Det viktigste for kommunens politikere blir at regnskapet er så gunstig som mulig, ikke at sjuke og eldre kan få et hjelpetilbud.

Om jeg har gitt meg der, neida. Nå er det egentlig det hele begynner, med påvisning overfor kommunale fylkes- og sentrale myndigheter og en kamp på det politiske planet.

Ambulansebåtproblemer

Brev fra statslege Ingemar Bøen til ambulansebåtkonstruktør

Jeg takker for Deres brev av 12. august d.å. med diverse vedlegg vedr. ambulansebåter. Dette var en ekspedisjon jeg burde svart på straks, og jeg beklager at jeg er så sent ute.

Jeg må innrømme at jeg var både sint og dypt indignert da jeg leste om Helsedirektoratets "innsats" i ambulansebåtsaken. Det kom helt overraskende på meg. Jeg har ikke hørt om det tidligere, men ikke desto mindre, jo lenger tid det går, jo mer forbauset blir jeg.

Legeskyssbåter av lett, hurtigående type med adekvate sjøgående egenskaper i kystområder med åpne havstrekninger er et relativt nytt fenomen i norsk sjøambulansetjeneste. Jeg tror trygt det kan dateres tilbake til den dag i 1966 da "Nordskyss" ble sjøsatt ved Brødrene Aa's båtbyggeri, og overlevert til Haram Kommune. Tidligere har jeg redegjort for de vansker jeg som distriktslege hadde for å overbevise de kommunale myndigheter, som for en stor del var erfarne fiskere og sjøfolk, om at denne båttype måtte foretrekkes framfor de konvensjonelle skøyter. Likeledes har jeg gjort rede for i hvilken grad disse erfarne sjøfolk ikke bare aksepterte, men ble meget begeistret for de egenskaper båten hadde etterhvert som de fikk anledning til å erfare det.

Siden fikk "Øyskyss" av Sandøy kommune, som hva skroget angår var et søsterskip til "Nordskyss", allerede på turen fra Hyen til Sandøy vise sine egenskaper da den måtte krysse Stadthavet i liten storm. Ordfører og fiskeskipper Johan P. Sandøy var med på den turen, og han fortalte meg at han heller ville gjenta den med "Øyskyss"

enn med sin adskillig større fiskebåt.

Siden har disse to 46-fot store båtene gang på gang vært ute for lignende værmessige påkjenninger, og det som er karakteristisk for alle de uttalelser som er falt fra den stadig større skare av erfarne fiskere og sjøfolk som har fulgt båtene under slike forhold, er at de "knapt nok merker været". Det var akkurat denne egenskap jeg alltid har vært mest begeistret for ved disse båtene. Det finnes nok mange båter som kan komme hurtig fram, iallfall i maksver. Mange har imidlertid lett for å tape av syne det faktum at det dreier seg om ambulansebåter, og at den primære oppgave er å bringe pasientene fram, ikke bare hurtig, men også optimalt komfortabelt. På samme måte er det av uvurdelig viktighet at båtens bevegelser i grov sjø er slik at det ikke hindrer helsepersonellet i å arbeide med pasienter underveis. I de 10 år jeg har fungert som lege i kystdistrikter med harde havstykker å forsere, har jeg aldri, ikke engang tilnærmelesvis, opplevd maken til båtene fra Brødrene Aa når det gjelder de ovennevnte egenskaper.

I sommer hadde jeg fornøyelsen av å se igjen "Nordskyss" 9 år etter at jeg selv var med og hentet den i Hyen. Om jeg ikke visste bedre, ville jeg påstå at båten var bygget i år. Jeg er klar over at dette er en smigrende attest til Trygve Austnes som hele tiden har ført og stelt båten, men det er ikke mindre båtbyggerens fortjeneste. Båtfolk på Herømsøy pleier å vitse om at i "Nordskyss" kan man krype gjennom kjølsvinet i smoking og hvit skjorte. Vann forekommer ikke, klimaet ombord er meget sunt, fuktighet eller "båtluft" kan ikke

spores. Etter at Austnes gikk over fra å bruke lakk til et spesielt oljeprodukt på skrog og overbygg, er det ytre vedlikehold redusert til en bagatell av hva det var tidligere, og båten er like pen som dengang den var lakkert første gang.

Etter "Nordskyss"/"Øyskyss" epoken i mitt virke som distriktslege, fikk jeg igjen befattning med brødrene Aa-båt da jeg fikk utvirket at Smøla kommune gikk til anskaffelse av egen ambulansebåt. Jeg er meget glad for, og det samme gjelder Smølas befolkning, at valget falt på båt fra Brødrene Aa. Av forskjellige grunner ble det valgt å satse på en større båt enn "Nordskyss" og "Øyskyss". Skroget er 53 fot, og den ble utrustet med 2 maskiner av samme type som i "Nordskyss"/"Øyskyss"-båtene. Skroget har fått en liten endring, i det det er gitt litt mer skuldring enn på de tidligere. Personlig foretrekker jeg "Nordskyss"-typen, men her er det snakk om meget små detaljer som i høy grad er gjenstand for diskusjon. Forøvrig har det alltid vært litt bittert for meg at kommunene som har vært involvert av sparehensyn har valgt maskiner av 53-serien i stedet for 71-serien av det aktuelle motorfabrikat. Det er imidlertid hverken konstruktør eller båtbyggere herre over, ettersom det dreier seg om et kjøperdilemma, uansett valg av båttype. En båt av "Øyvakt"s type bør forøvrig fra starten av være utstyrt med 2 Webasto (eller Æbespecher)-anlegg, men også her vil gjerne sparehensyn komme inn i bildet, og så får man plunderet med å montere etter at båten er kommet i drift. På "Øyvakt" har man gjort den erfaring at det bakerst i båten, hvor sykलगарен

opprinnelig var plassert, blir en del støy, fremkalt sannsynligvis av en kavitasjonsprosess mellom propeller og skrog.

Det har medført en endring av arrangementet, slik at sykelugaren er umiddelbart bak styrehuset. Det har vist seg å være en meget god løsning.

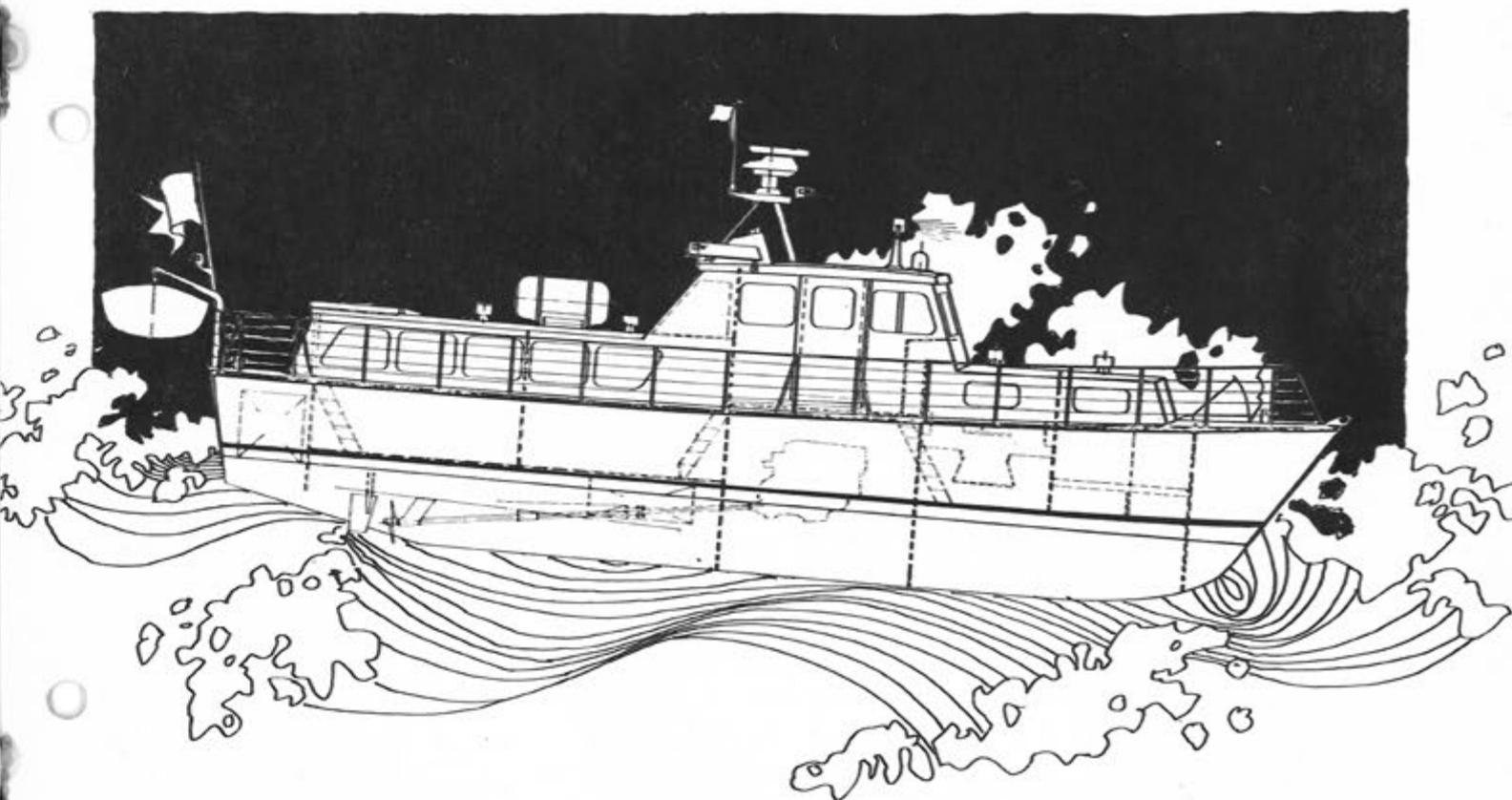
Til slutt vil jeg understreke at når jeg innledningsvis skriver at jeg er både sint og indignert, så er det ikke på egne vegne, iallfall ikke meg personlig. Riktignok tror jeg trygt at jeg uten

reservasjoner kan ta "æren" for at vi fikk en ny utvikling innen båtambulansen i Norge, men for meg er det uten betydning, og jeg har ikke gjort forsøk på å etablere meg noen fjær i hatten av den grunn. Imidlertid er jeg indignert på vegne av den etterhvert ganske store gruppe av distriktsleger i Norge som har vunnet erfaringer med ordentlige båter i ambulansetjenesten, båter som kanskje uten unntak er levert fra brødrene Aa's båtbyggeri. Jeg ser da helt bort fra private anskaffelser som en rekke distriktsleger har gjort av meget hurtiggående

cabincruisere, vel egnet til å komme raskt fram i sykebesøk, men ikke som seriøse alternativer til de ambulanserbåter som er levert fra brødrene Aa.

Indignasjonen går selvsagt på det forhold at de nevnte distriktsleger, som sitter inne med den eneste tilgjengelige og adekvate erfaring, ikke er blitt forespurt i sakens anledning. Ialffall har saken som kjent vært absolutt ukjent for meg inntil jeg mottok Deres brev.

Med hilsen
Ingemar Bøen



Da redaktøren har personlig erfaring med legeskyssbåten "Øyskyss", kan det kanskje være nyttig med direkte informasjon fra skipper på denne båten. Han mener at en legeskyssbåt av den typen han fører er meget velegnet til det bruk i et av de hardeste kystdistrikter på Norges kyst. Hvis man skulle gå over til en skøytype ville man for det første få meget større rulling, og for det andre ville man måtte opp i en voldsom motor for å kunne få hastigheten opp i ca. 20 knop. Dette oppnås mye bedre med halvplanende båter av

typen "Nordskyss", "Øyskyss" og "Øyvakt".

Å bygge båter til moderne ambulansetrafikk i dag, som går bare 8-10 knop, ville være et stort tilbakesteg i ambulansetrafikken. Skipperen på "Øyskyss" har gått med båten i orkan og den dagen jeg ringte til ham hadde han nettopp vært på Onå fyr i full storm uten at dette affiserte hverken skipper eller båt noe særlig.

For egen del vil jeg tilføye at en del av våre skyssbåtførere langs kysten har en arbeidsdag som er mye hardere

enn distriktslegen. I tillegg holder de båtene i en slik perfekt tilstand at de er forberedt på alle værmuligheter, og i denne situasjonen er det mange ganger litt deprimerende å se under hvilke økonomiske forhold en del av de arbeider, at de på grunn av taksten som båten er utstyrt med ikke tør påta seg større reparasjoner på grunn av at de er redd for at båten skal bli for dyr i drift og dermed kanskje måtte slutte.

Per Wium.

Stortingsmelding nr.9 (75/76)

om de sosiale tjenester og de sosiale hjelpeapparat

Landets fylkeshelsesøstre er gjort kjent med at St.meld. nr. 9 (1975/76) om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat skal opp i Stortinget på nyåret.

Stortingsmeldingen berører i høy grad vår arbeidssituasjon, og av den grunn finner vi det nødvendig å henvende oss til Stortingets sosialkomite med våre refleksjoner på meldingen.

Vi har spesielt festet oss ved det som angår helsesøster-tjenesten på lokal- og fylkesplanet. Det er foreslått store forandringer av det bestående system uten at det foreligger vurdering av nødvendigheten av slike. Vi advarer mot å bryte opp eller endre noe ledd i helsesøstrenes administrative tilknytning uten at den funksjonelle side av tjenesten er nøye vurdert.

Vi er enige i at den sosiale sektor bør styrkes, men det bør også helsesektoren. Imidlertid mener vi at dette bør kunne gjøres uten så store endringer med svære utgifter og tildels dobbelt-administrasjon som forslaget nødvendigvis må medføre. Større personelltilgang på alle fronter innen helse- og sosialtjenesten vil utvilsomt være faktorer medvirkende til å styrke det samarbeid som allerede er etablert. Et utvidet samarbeid kan derfor ikke oppnås ved bare å styrke personellet i sosialsektoren som foreslått i meldingen.

Vi mener det er riktig å styrke det bestående, kvalitativt og kvantitativt såvel på helsesektoren som på sosialsektoren.

Det står i meldingen at det utdannes ca. 250 sosionomer pr. år. Vi vil i denne sammenheng peke på at det fra innværende år utdannes 90 helsesøstre pr. år. (Tidligere har det bare vært utdannet 70 helsesøstre pr. år.) Utdanningskapasiteten for denne yrkesgruppe må derfor økes betraktelig hvis det skal være håp om å få dekket behovet for de helsesøsterstillinger som er minimumskravet for å kunne ivareta de pålagte arbeidsoppgaver på en tilfredstillende måte.

Det vises forøvrig til side 55 i meldingen, uttalelse fra Kirke- og undervisningsdepartementet:

" En økning i utdanning av
" sosionomer er i første rekke
" avhengig av at det åpnes
" adgang for videreutdanning
" med sikte på lærerstillinger
" er i sosialt arbeid ved
" sosialskolene og distrikts-
" høyskoler med sosiallinje.
" Slik videreutdanning er
" under etablering ved univer-
" sitetet i Trondheim.
" Videre er det gitt bevilg-
" ning til stipend for sosio-
" nomer som tar slik videre-
" utdanning i utlandet.

" Når det gjelder utdanning
" av hjemmehjelpere, hjemme-
" sykepleiere, husmorvikarer,
" legesekretærer, arbeids-
" terapeuter m.v. vil en
" økning av utdanningskapa-
" siteten være avhengig av
" fylkenes evne og vilje til
" å bygge ut disse."

Her etterlyser vi viderutdanning for helsesøstre. Det går ikke klart frem av meldingen hvilken funksjon fylkeshelsesøstre kommer til å få. Det er i dag et meget

nært samarbeid mellom fylkeslegen og fylkeshelsesøster, i det mange av de oppgaver som pålegges fylkeslegen delegeres til fylkeshelsesøster.

Meldingen foreslår at fylkeshelsesøster skal gå ut av fylkeslege-etaten, men dermed forsvinner nødvendigvis endel av fagkompetansen fra denne etat. Dette fører tanken inn på at det kan bli nødvendig å opprette dobbel helseadministrasjon på fylkesplanet.

Det som gjenspeiles i Stortingsmeldingen gjør oss usikre på vår fremtidige posisjon og funksjon. Den nåværende lønns- og ansettelsesmessige tilknytning til fylket må sees som underordnet i denne sammenheng. Prinsipielt mener vi at fylkeshelsesøster bør være statlig, også for ikke å komme i konflikt med det prinsipp at fylkeskommunen ikke skal være overkommune. Vi er enige om og interesserte i et nært samarbeid mellom helse- og sosialsektoren. Imidlertid ser vi det som meget viktig for vår funksjon at vi har faglig og administrativ forankring innen eget fagområde.

Vi mener derfor at den nåværende ordning med fylkeshelsesøsters tilknytning til fylkeslegen bør opprettholdes.

Ragnhild Karlsen (sign.)
Fylkesheleseøster i Akershus

Aasbjørg Haugland (sign.)
Fylkeshelsesøster i M&R

Møyfrid Dale (sign.)
Fylkeshelsesøster i Telemark

Obs: Standard: Lüer over alt

Etter det jeg kan skjønne er jeg ikke den eneste som har svevet i usikkerhet, men la oss da slå fast at alt infusjonsutstyr som leveres i dette landet har Lüer kanyleansatz.

Etter å ha møtt record og lüer kanyler og infusjonssett usystematisk blanding på sykehus, i praksis, i ambulansebil (til og med i Forsvaret i 1975 (!) - hallo, Jens Moe!), og siden jeg ikke fikk tilfredstillende svar ved henvendelse til apoteket, fant jeg det tilrådelig å gjøre henvendelse til Helsedirektoratet om saken. De satte meg i kontakt med overlege Helge Heistø ved blodbanken, Ullevål sykehus. Overlege Heistø er formann i "Det Rådgivende Utvalg for Helsedirektøren og Sanitetssjefen i Blodtransfusjons- og infusjonsspørsmål".

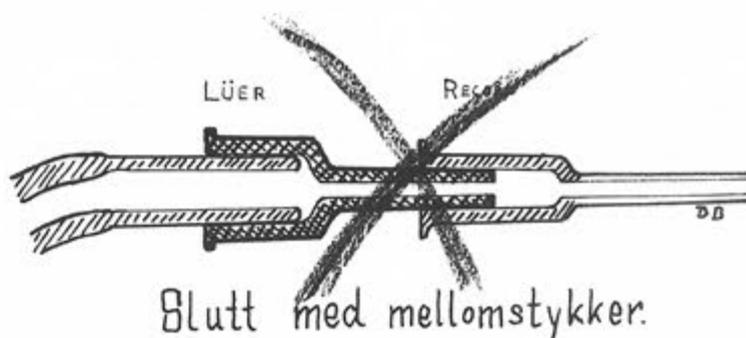
Han kunne gi følgende oppsummering av denne, administrative, ikke helt enkle sak:

Iløpet av de siste ca. 20 år har det funnet sted en langsom overgang fra Record til Luerkonus for alt injeksjons-, infusjons- og transfusjonsutstyr ved våre sykehus. Foranledningen til overgangen var:

- 1) Luer-konusen gir sikrere tetning og bedre feste.
- 2) Luer-konusen ble anvendt av de land vi hadde mest kontakt med og som vi måtte regne med å samarbeide med også i en katastrofesituasjon.

De store sykehus i Oslo-området var de første som gikk over til Luer og så fulgte andre sykehus etter, ett for ett.

Så lenge sett med begge typer konus var i bruk, ble det krevet at type av konus skulle stå angitt utenpå emballasjen.



For vel to år siden ble de siste sett med Record-konus solgt her i landet. Etter det har utvalget ikke ansett det for nødvendig å opprettholde kravet om at settene skulle være merket med konustype.

De av oss som etter 1972 har fått Recordutstyr - mer eller mindre frivillig - har derfor fått av gamle og ukurante lagre.

Moralen er altså:
SLUTT MED RECORD - SKIFT OVER TIL LÜER OVERALT!

3 måneders B₁₂ vedlikeholdsterapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettes normalt B₁₂.

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

Ventrikelresecerter gis 1 ml 2-3 ganger i året.

Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B₁₂ terapi

DUMEX

Slik har altså pasienter med kroniske smerter det

"Farlige menn i hvitt"? (Dreyer's Forlag, 1975) - er en bok skrevet av Thorstein Jakobsen, som i 20 år er blitt behandlet for Bechterew's sykdom. Det varte 5 år før han fikk den riktige diagnosen. Før det var han behandlet for plattfot og ribbensbrudd. Boken avdekker på en skremmende måte hvorledes mange leger ser på pasienter med kroniske smerter. Det er som forfatteren sier, at de ofte føler at de ikke behersker området og søker å hevde seg ved å ta en meget skråsikker innstilling overfor pasientene. Når vi så kommer til behandlingen peker Jakobsen på store mangler. Særlig fremhever han at pasientene får alt for liten informasjon, spesielt når det gjelder medisiners bivirkninger.

Det er kanskje dem som hevder at jeg er noe illojal mot legestanden når jeg ofte kritiserer dem på prinsipielt grunnlag. De som tror jeg overdriver bør da lese

denne boken. Selv slukte jeg den i løpet av ett døgn. Det er sikkert mange, mange pasienter som har opplevd det samme som Thorstein Jakobsen, men det er altså bare en pasient som har mot til "å tale Roma midt imot". Han peker på at der er slått en stor sprekke i tillitsforholdet mellom pasienter og leger, og at legene gjør seg selv en bjørnetjeneste ved den holdning de har overfor pasientene. Han mener det er galt at legene alltid først og fremst skal være kolleger, mens pasientene kommer i annen rekke.

Det er meget gledelig å se at bokens forord er skrevet av en spesialist i psykiatri og en spesialist i kirurgi, begge to i offentlige stillinger. Om forfatteren Jakobsen skriver de:

"Han har hatt ansvarsfulle stillinger og er aktiv leder av en stor bedrift, han har hatt flere høye tillitsverv med tilsvarende arbeidsbyrde,

både i og utenfor sin yrkesorganisasjon, alt dette tross en fremadskridende og meget smertefull sykdom."

Senere skriver de: "Derfor blir boken et alvorlig varsko for legestanden, til ettertanke, selvransakelse og selverkjennelse. Intet ville være mer negativt enn en overfladisk avvisning av denne offentlige kritikk fra pasienthold."

Jeg håper denne boken blir lest av mange og at folkeopinionen til slutt fremtvinger en annen utdannelse av leger når det gjelder kroniske smertetilstander. Det er nødvendig med en avsløring av legenes lave standard når det gjelder behandling av kroniske smerter. Men jeg kan ikke se annet enn at denne smertefulle omvurdering er helt nødvendig hvis vi skal få en helsetjeneste som noenlunde dekker folkets behov.

Henrik Seyffarth.

COMMON DISEASES:

Their nature incidence and care

AV JOHN FRY

Forlag: J.B.Lippincott Company
Bok nr. ISBN 0397581092
230 sider
Grafiske illustrasjoner
Pris vel kr. 100,-

Boken er en klar og enkel fremstilling av sykdommer i almenpraksis. Den beskriver en akutt luftveisinfeksjon som en akutt luftveisinfeksjon, og angriper det-

te problemet som det presenterer seg.

I mange år har almenpraktikere forsøkt å skape respekt for sitt fag. De har beskrevet pasientbyrden og det urimelige i å forvente (dyre) fullførte diagnoser av alle tilfeller som sees. Da denne holdning, som ofte går på tvers av vår vitenskapelige oppdragelse (edel forskning) og mere kommersielt aksepterer det "mulige"

fremfor det ideelle har vært sett ned på av kolleger med færre pasienter og bedre ressurser, har den ofte gitt almenpraktikeren dårlig samvittighet.

Dr. John Fry er en nestor i almenpraksis i Storbritannia, og har samtidig som han har ledet og analysert sin praksis, vært med på å bygge opp

Ad. Tvangsmidler ved helseråds vedtak

Distriktslege Alf Ebbing

For 7 år siden vedtok Voss helseråd et pålegg om at en privatmann, en av bygdens koryféer, skulde rette på sin septiktank fordi septiktanken etter helserådets skjønn forurenset en pensjonat-brønn. Dette blev ikke etterkommet innen fristens utløp, og saken blev oversendt politiet.

Det gikk en del måneder, hvoretter politiet ila septiktankeieren en dagmulkt på kr. 75,- inntil helserådets pålegg var etterkommet. Intet skjedde imidlertid, og da helserådet purret på saken hos Politimesteren i Hordaland fikk en det svar at det var Voss kommune som skulle innkreve boten. Alle sakens dokumenter blev så oversendt kommuneadministrasjonen, og blev behandlet i formannskapet adskillige ganger. Det blev nedsatt en nevnd for å prøve å komme til overenskomst med mannen. Dette nyttet ikke, og intet blev gjort.

Da dagmulkten hadde samlet seg opp til et beløp på over kr. 100.000,- tok ordføreren saken opp i herredsstyre, hvor helserådsordføreren også var medlem, utenfor dagsordenen, og foreslo å ettergi boten. Dette blev vedtatt mot helserådsordføreren stemme. Helserådsordføreren sendte

så saken påny til Helsedirektoratet med spørsmål om hvordan helserådet skulde forholde seg når ikke hverken politi eller de kommunale myndigheter vilde gjøre bruk av § 5 i Sunnhetsloven og innkreve den bot som var ilagt.

Helserådsordføreren fikk det råd å ta saken opp på nytt, det blev gjort, og mannen blev påny pålagt å rette på forholdene, frist blev satt og intet blev gjort. Saken er derfor igjen for 3/4 år siden sendt politiet uten at noe er gjort. Det forlyder at mannen har fått et pålegg om å rette på kloakkforholdene fra politiet og en mulkt. Ervonneieren har henvendt seg til Sivilombudsmannen som intet kan gjøre da saken er under behandling.

Forholdene er som før helseråds vedtak for 7 år siden.

Etter min oppfatning burde man ha muligheter for tvangsmidler for gjennomføring av helserådsvedtak. Hvordan det skal gjøres er imidlertid en annen sak. Jeg har den samme erfaring som "Utpostens" redaktør Harald Siem at de kommunale myndigheter har liten forståelse av miljøhygieniske problemer og liten vilje til å rette på tingene etter helserådsordføreren råd og ved helserådets vedtak.

Utposten er takknemlig for flere innlegg om samme emne.

Må ikke gjengis i pressen uten etter konferanse med artikkelforfatteren!



På «De 70 000 favner»



Å gjøre valg med vidtgående konsekvenser uten vitenskapelig begrunnelse forutsetter tro. Vår stand har hittil ikke våget troens sprang over til kiropraktikken. Men politikerne har vedtatt å tvangsomvende seg.

Nå skal en helst ha undersøkt og prøvet en sak før den forkastes. Legestanden har hittil forkastet kiropraktikken a priori. Begrunnelsen er at kiropraktikken er en filosofi uten vitenskapelig bakgrunn, faget er ikke avgrenset, kiropraktorene er mangelfullt utdannet og kan ikke stille differensialdiagnoser o.s.v.

Etter å ha vært til stede ved et møte i Ålesund og Sunnmøre legeklubb medio oktober i år, er det mitt bestemte inntrykk at vår stand henger igjen i et gammelt vrengebilde av denne terapiform. Kollega Siems illustrerte artikkel i nr. 6 gjenspeiler noe av det.

På møtet i Ålesund ble det gitt en generell orientering om kiropraktikk og manipula-

sjonsbehandling, og kiropraktor Øyvind Stokke fra Tromsø la frem resultatene av en etterundersøkelse av 1000 tilfeldig utvalgte pasienter som hadde mottatt kiropraktorbehandling. Stokkes etterundersøkelse ble utført i samarbeid med prof. Westlund ved samfunnsmedisinsk institutt ved universitetet i Tromsø, og er ikke uten en rekke interessante funn. Jeg håper Utposten kan komme tilbake til dette senere, da undersøkelsen publiseres på Universitetsforlaget i høst.

Den kanskje uberettigede negative kiropraktorbehandling har fått sitt motstykke i den positive holdning til visse former for fysikalsk behandling. Av en eller annen grunn har fysioterapien aldri møtt det kravet til vitenskapelig dokumentasjon som ville være naturlig, men har vel sine (ekteskapelige?) grunner. For fysioterapiens og statskassens skyld (100 mill. kroner årlig i trygdekasserefusjon for fysikalsk behandling) burde vel også

denne gruppe yrkesutøvere tilstrebe en vitenskapelig dokumentasjon av berettigelsen av sin virksomhet.

Jeg kan ikke se annet enn at nåværende årsak til den betydelige holdningsforskjell til disse to terapiformer består i at legestanden har våget troens sprang til fysioterapien - og funnet den tjenelig, men ennå ikke har latt seg omvende til troen på kiropraktisk behandling.

I og for seg er det synd at vi nå, i pakt med god gammel politisk tradisjon, må tvangsomvendes fordi politikerne "kanskje vet noe som vi ikke vet".

Dag Brekke.

PS: Det er forøvrig dypt å beklage at RTV måtte benytte anledningen til å utforme enda en ny blankett istedenfor å samordne rekvisisjoner til kiropraktorbehandling med f.eks. den største rekv.-blanketten på fysikalsk behandling. DS.

Spørsmål til den etablerte medisin

A. De psykosomatiske reaksjoner.

1. Hvorfor lærer ikke de medisinske studenter om "nervøs anspenhet"? (=angst i sinnet og spenning i kroppen).
2. Hvorfor vakte boken "Slapp av og bli frisk" (1954) en følelsesladet motstand blant mange leger?
3. Hvorfor lærer studentene at begrepet nevrose omfatter bare de psykiske funksjoner (dvs. i praksis en oppdeling av mennesket - en dualisme).
4. Hvorfor respekterer ikke legene de vanlige menneskers stressbegrep (=nervøs anspenhet)?
5. Hvorfor godtar legene Selye's stressbegrep som omfatter også behagelige opplevelser? Har pasienter noen gang søkt lege for følgene av behagelige opplevelser?
6. Hvorledes kan legene forklare de psykosomatiske sykdommer når de ikke regner med nervøs anspenhet? (=en psykosomatisk reaksjon).
7. Hvorfor har begrepet stress like til det siste spilt så liten rolle i arbeidet for å forebygge hjerteinfarkt? - (Stress øker også kolesterolinnholdet i blodet).
8. Hvorfor har ikke klinikere, men fysiologer, vært de toneangivende når det gjelder begrepet psykisk stress?

Svar: Mennesket er redd for det ukjente, i seg selv. (Overlege Jørstad).

B. Kroppens somatiske funksjoner.

1. Hvorfor har man ikke viet de fysiske funksjoner (sitte, stå, gå, puste og arbeide) tilnærmet så stor oppmerksomhet som de kjemiske funksjoner?
2. Hvorledes kan man forebygge, ev. behandleskrivekrampe når denne meget vanlige feilfunksjon ikke er med i medisinerens pensum?
3. Hvorledes kan pasienten få vite om de feilfunksjoner som ligger bak hans lidelse i skjelettmuskelsystemet, når legen ikke bedømmer hans funksjoner?

Svar: Avsløring av feilfunksjoner, bl.a. anspent arbeidsmåte og pustemåte, vil avsløre noe av det menneskene søker å holde skjult.

C. Muskelpalpasjon.

1. Hvorfor er leger så lite opptatt av muskelpalpasjon? (som ikke er mere subjektiv enn auskultasjon).
2. Hvorfor snakker man om spenningshodepine når det i virkeligheten er en oppsummering av myoser som er en vesentlig faktor (myose = sirkulasjonsforstyrrelse + bdv's dannelse og aseptisk betennelse).
3. Hvorfor er det fysiologer som skal fortelle klinikere om smerter, - når de ikke har anledning til å studere de perifere sirkulasjonsforstyrrelser (med bindevevsutvikling) - som er den hyppigste årsak til kroniske smerter.

4. Hvorfor vet vi så lite om utbredelsen av kroniske

smerter? De fleste følger ikke de perifere nerver.

5. Hvorfor gjøres aldri biopsier av myoser? (=Olev Rais, 1960).

D. Naturloven funksjon struktur.

1. Hvorfor forsøker ikke legene å se sammenhengen mellom feilfunksjoner og patologisk-anatomiske forandringer, unntagen når det gjelder de røntgenologisk påvisbare forandringer? (kfr. Caille's lærebøker om smerter).
2. Hvorfor kan man ikke innse at også når det gjelder muskelforandringer, må man regne med etiologi, patogenese og pat.anat. forandringer? (Begrepet belastningssykdommer).
3. Hvorfor har ergonomien så sterk vind i seilene? (Den betyr en oppdeling, idet den tar bare en del av begrepet belastningssykdommer).
4. Hvorledes kan legene tro at småbarn ikke stivner til i rygg og nakke, når man ser hvorledes de sitter og henger på de voksnes stoler?
5. Hvorfor ble Seyffarth's bok "Det gjelder ditt barn" sabelt ned i kritikken i Legeforeningens tidsskrift? (Enda jeg hadde gjort den oppdagelse at de deler av ryggen som oftest er utgangspunkt for smerter (nakke-knekken og nedre lumbalregion) begynner å stivne hos de fleste alle-

Ambulansebåtførere forén eder

Det er en type helsepersonell som sjelden blir trukket frem i lyset. Jeg vil benytte anledningen til å dele ut blomster til samtlige legeskysbåtførere langs hele kysten, som denne høsten har ydet en fantastisk innsats for å få pasienter og lege trygt frem gjennom storm og orkanbyger.

De forhold våre båtførere arbeider under, økonomisk og bemanningsmessig, ligger uten min erfaring dårlig til rette.

På grunn av den norske "folkesykdom" misunnelse, har dette ført til mye krangel gjennom tidene i kommunestyre og

formannskap.

Det har gitt seg utslag i at enkelte båter som skulle hatt 2 mann på vakt kun har 1 båtfører på vakt, at båten har fått manglende vedlikehold, og at skipperen har måttet spinke og spare og kanskje av og til knipe ned på sin egen lønn for å få endene til å møtes.

Og dette gjør man overfor personell som har vakt og kan bli utkalt på de verste jobber 24 timer i døgnet året rundt.

Jeg vet at i teorien skal de som bruker båten betale det

det koster å bruke båten. Men dette er jo et tøyelig begrep, og når ambulansebåtførerne ikke har noe fast lønnsystem, er det de som blir de svake i kampen om pengene.

Jeg appellerer til ambulansebåtførerne:

Gå sammen og prøv å få orden i lønnskravene, i bemanningskravene og i feriekravene. Det som er iferd med å skje med ambulansesjåfører håper jeg nå vil smitte over på båtførerne våre. Vi setter vår lit til dere.

På vegne av mange distriktsleger.

Per Wium

Common diseases:

Forts. fra side 10.

bl.a. The Royal College of General Practitioners, og forståelsen for almenpraksis i det medisinske kollegium i sin helhet.

I denne boken tar han for seg 20 alminnelige sykdommer (bl.a. halsbetendelse, astma, blodtrykk, ulcussykdom, dorsalg, slag og diabetes) og diskuterer sykdommens relevante årsaksforhold. Han beskriver deres hyppighet, deres vanlige kliniske bilde, behandlingsopplegg og komplikasjoner på en måte som får en til å kjenne seg igjen. En tenker at her er endelig en som har kjennskap til almenpraksis og samtidig skriver med autoritet uten å gi avkall på de vitenskapelige krav som må stilles til alle grener innen medisinen. Boken anbefales sterkt både til almenpraktikere, som nok vil glede seg over en så klar beskrivelse av forhold de selv ofte har observert, - og til studenter som planlegger almenpraksis som sitt fag og måtte ønske en realitetsorientering i den forvirrede teoretiske verden som de befinner seg i i studietiden.

Harald Siem

Trykksaker?

Det lønner seg å ta kontakt med spesialisten

- Kvalitet
- Rimelige priser
- Hurtig levering



st-trykk

Fotosats · offsettrykkeri
Tlf. 074/80 150 · 7300 ORKANGER

Forts. fra side 13.

Dr. Med. H. Seyfarth: Spørsmål . . .

rede i barnealderen).

Svar: Ved en så sterk og til dels unødvendig oppdeling av mennesket er det lett å skjule helheten.

E. De kroniske smerters utbredelse.

1. Hvorledes kan legene hevde at pasientens smerter er "bare nerver" når de ikke kan undersøke (palpere) skjelettmuskelsystemet?
2. Hvorledes kan legene være kompetente til å forordne fysikalsk behandling når de vet så lite om muskelpalpasjon og smertenes anatomiske grunnlag?
3. Hvorledes kan legene påstå at de fleste pareser jeg finner - f.eks. i den arm som belastes mest ved skriving - er smertepareser eller normale avvikelser? (Sml. nevrologenes prøve på serratuspareser).
4. Hvorledes kan mange publikasjoner fremheve betydningen av det relativt sjeldne canalis carpi syndromet uten å kjenne begrepet pronatorsyndromet?

F. Legenes ansvar for helse-tjenesten.

1. Hvorledes kan skolelegene forsvare at der ikke kommer kurser i belastnings-sykdommer all den stund disse sykdommer allerede i 1971 ble anerkjent som skolelegenes største problem?
2. Hvorfor bruker man en amerikansk lærebok (960 sider) til videreutdanning av leger i fysikalsk medisin når omtalen av muskelpalpasjon, øvelser og avspenning skjer på bare 6-8 sider? (En stor engelsk bok skrevet av fremtredende vitenskapsmenn hevdet på 6 linjer at muskelpalpasjon var til mere glede for pasienten enn den alvorlig arbeidende lege).

3. Ville det ikke være riktig at legene overlot en del av ansvaret for de fysiske funksjoner og de sykdommer som oppstår ved feilfunksjoner, til videreutdannede fysioterapeuter (fysio - leger).

G. Målevitenskap og forskning.

1. Hvorfor bestormes pasientene med laboratorieundersøkelser og andre uttrykk for målevitenskap når man samtidig unnlater enkle kliniske undersøkelser av langt større betydning for pasienten?
2. Hvorfor er det så mange som fordømmer Seyffarth, men aldri har tid til å se på det han driver med?
3. Hvorledes kan leger tro på fri forskning og at søken etter sannheten er det avgjørende for medisinske utvikling, når all historie viser at irrasjonelle krefter i menneskenaturen har en vesentlig innflytelse?

Svar: Mennesket har innebyg-

get i seg selv et Babylons tårn.

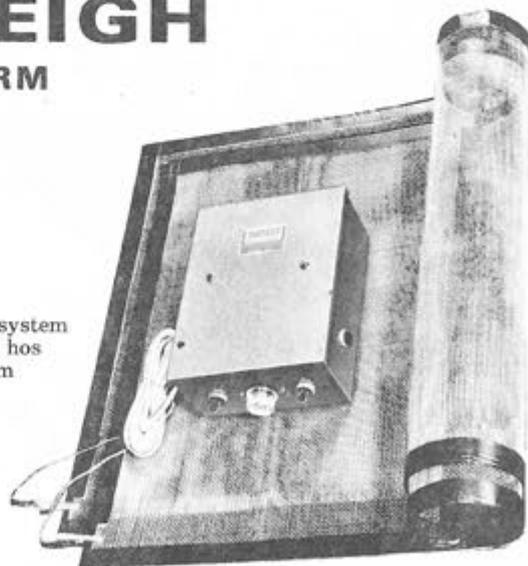
H. Den etablerte medisin og Helsetjenesten?

1. Hvorfor øker stadig gapet mellom folkets behov for legehjelp og det de kan oppnå?
2. Forstår ikke myndighetene at det er en radikal forandring av den nåværende helsetjeneste som kan gjøre at færre pasienter blir sykehusmodne? (Hvert år innlegges ca. 12% av befolkningen i sykehus).
3. Er ikke alle klar over at en videre utvikling etter de nåværende retningslinjer går ikke? (Bl.a. pga. mangel på personell).
4. Hvorfor har man ikke i større grad forsøkt å kartlegge helsetilstanden og arten av den legehjelp som trengs?

Vil ikke en løsning av de foregående spørsmål bidra til en heldigere utvikling av helsetjenesten?

DRI-NITE EASTLEIGH ENURESIS ALARM

Dri - Nite EASTLEIGH alarmsystem for behandling av sengevæting hos barn og ungdom, en metode som kan vise til meget gode resultater.



For nærmere opplysninger, fagstoff og priser ber vi Dem kontakte

 **URI-MED A-S**
PÅLS VEI 19, 1440 DRØBAK, NORWAY.
MEDISINSK UTSTYR - TEKNISKE HJELPEMIDLER

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

«Etter vår erfaring synes alimemazin å være et høyst aktuelt og verdifullt alternativ til de tradisjonelle sovemidler ved behandling av søvnevansker hos voksne pasienter.»

E. Øfsti. Tidsskrift for Den norske lægeforsning nr. 31. 1975.

Kontraindikasjoner: Komatose tilstander og alvorlige intoksisasjoner, 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 utvises ved forskrivning til sjåførere og folk som betjener maskiner.

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

Pakninger og priser: 30 stk. kr. 11,00; 100 stk. kr. 28,65; 10 x 100 stk. kr. 261,55.



rhône-poulenc
pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor
Sandviksveien 12, Boks 10, 1322 Hovik

DOSERING:

Ved søvnevansker
hos voksne

1-3 tabl. (10-30 mg)

1/2-1 time før sengetid

