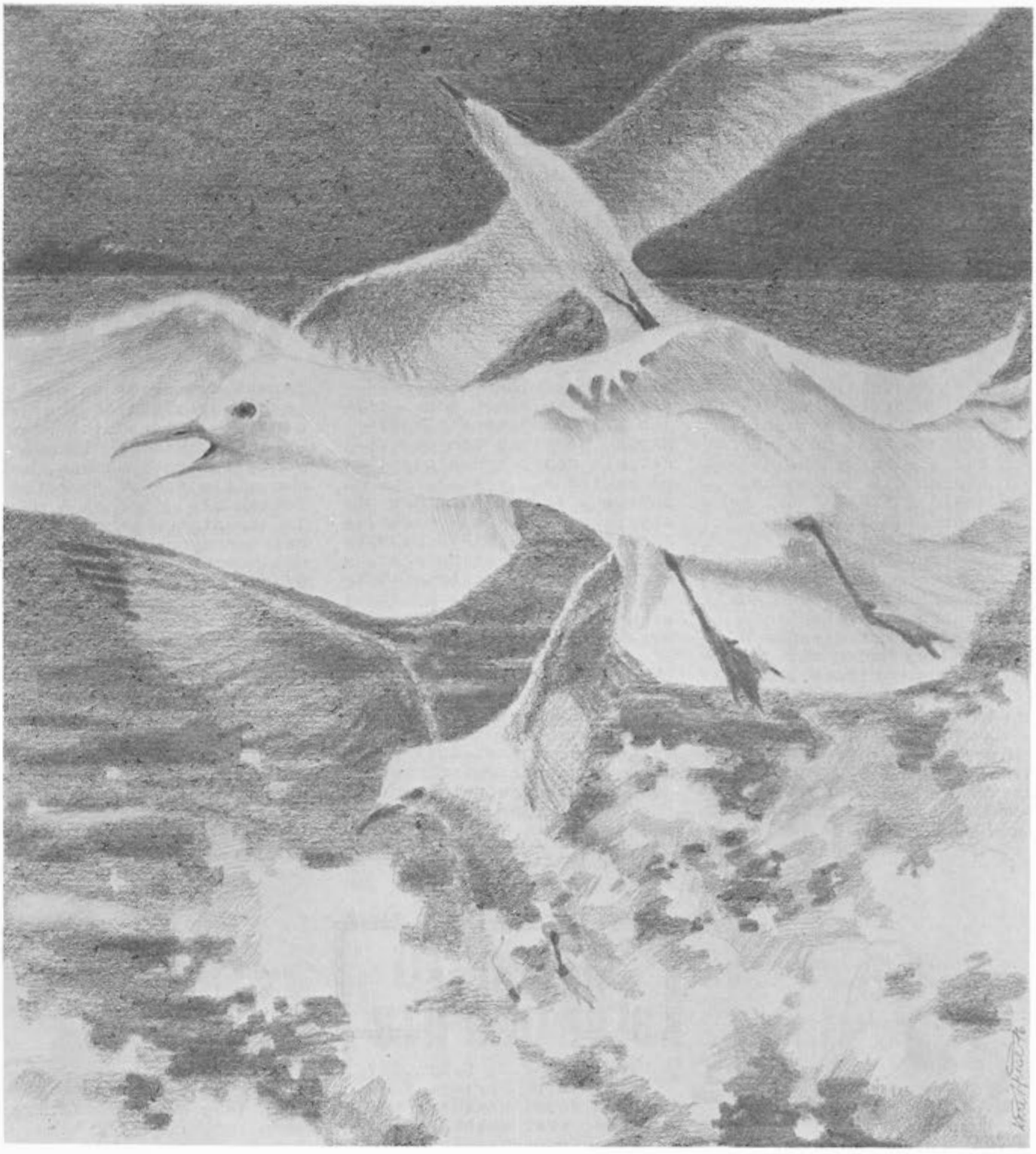
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 5 AUGUST 1976 ÅRGANG 5



Redaktører:
Harald Siem
Per Wium
Redaksjonssekretær:
Reidun Solem
Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

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

En sørgelig start

SYNAPSE

Etter at Meddelelsesblad for Helsedirektoratet var uteblitt i 2 år, og et nytt kontaktorgan var proklamert fra det ene møtet med helsedirektøren til det andre, kom omsider SYNAPSE til verden sent i 1975.
Med SYNAPSE vil en forsøke å skape et nytt organ for flerveiskommunikasjon innen det offentlige helsevesen. Den sentrale helseadministrasjon ønsket gjennom SYNAPSE på en bedre måte å informere de perifere ledd i vårt helsevesen om planer, utredninger, retningslinjer og beslutninger. Samtidig håpet man på å få informasjon, kritikk og synspunkter fra de mange medarbeidere som daglig møter befolkningens problemer ute i distrikter og fylker.
Vi kan ikke annet enn å tilbjuble intensjonene bak SYNAPSE, samtidig som det foreløbig meget tynne resultat må beklages.
Bortsett fra et flottere utstyr, er det ingen vesentlig forskjell på SYNAPSE og det tidligere Meddelelsesblad. Meddelelsesbladet inneholdt en ovenfra/nedad-kommunikasjon i vårt administrative byråkrati - helsedirektoratet meddelte seg til den perifere helsetjeneste når det fant det for godt (det var ikke alt for ofte, ca. 1 nr. i året).
SYNAPSE redigeres fra legekontoret i Helsedirektoratet, det er ingen representanter for distriktshelsetjenesten med i bladets styre.

Første nummer er da også preget av artikler fra den sentrale helseadministrasjon. Annet var kanskje ikke å vente i første nummer, men man ville tro at iherdige forsøk ble gjort på å mobilisere distriktshelsetjenestens synspunkter til annet nummer. På tross av at SYNAPSE tok mål av seg til å gi ut 4 nummer i året, har man dessverre ennå ikke sett SYNAPSE nr. 2. Det får oss til å stille et spørsmålstegn ved Helsedirektoratets evne og vilje til å utdype opplevelsen av fellesskap innen det offentlige helsevesen.

Det beste ved SYNAPSE er navnet på bladet.

HS

RETTELSE:

I UTPOSTEN nr.3, 5.årg.1976 i artikkel av Torleiv Robberstad vedr. Kontorleigeavtaler, skal det hete i siste avsnitt side 3:

" Denne ordningen fungerer dersom distriktslegen har minst 40-50% av arbeidstida si med kontorpraksis. Dersom praksisdelen blir mindre, må det naturlige være at distriktslegen og annen lege har praksis fra samme kontor, etter timeplan."

En sørgelig slutt

SMM

Behovet for en frittstående faglig organisasjon for offentlige leger lå bak stiftelsen av Norsk forening for Samfunns- og Miljø Medisin. Selv om man foreløbig savner et sluttkommunikè, er det tydelig at foreningen er inaktivisert.
Levetiden ble 2 år, i løpet av denne tiden klarte den å gi ut 13 nummer av SMM. SMM var et meget vellykket tidsskrift som ble mottatt med stor interesse over alt i distriktshelsetjenesten.

At foreningen ikke klarte å overleve, kan skyldes en for svak sekretariatfunksjon, slik at entusiasmen bak stiftelsen ikke kunne oppfanges i en varig struktur. En annen, kanskje like viktig årsak, var at Norsk forening for Samfunns- og Miljø Medisin var begrenset til leger alene. Grunnen til dette er vel at legene står sentralt i samfunns- og miljømedisinens tradisjoner i Norge, og en rekke norske leger har spesialutdannelse innen dette felt. Men det burde være åpenbart at fremskritt og utvidelser innen området først og fremst kan skje ved at andre yrkesgrupper får en større plass. Legene kan i beste fall få beholde rollen som koordinator for det offentlige helsearbeid, men ikke i noe tilfelle beholde arbeidsfeltet for seg selv. Det er fortsatt behov for en frittstående faglig forening for offentlig helsearbeid.

Offentlige Lægers Landsforening er en legers standsforening som hører inn under Legeforeningen, og kan ikke forventes å være et faglig forum. Helsedirektoratet er vårt administrative overhode, og kan ikke forventes alltid å prioritere de faglige spørsmål. UTPOSTEN er et kjøkkenbenkinitiativ som skal stimulere til kommunikasjon og peke på eventuelle problemer, og kan ikke forventes å være faglig.

Det er å håpe at SMM's styre ikke lar foreningen dø ut, men igjen kommer sammen, innkaller til generalforsamling og får valgt et styre som er villig til å drive en norsk forening for samfunns- og miljømedisin, og helst med forandringer i statuttene så den er åpen for alle yrkesgrupper.

HS

UTPOSTEN-STIPEND 1976

Det er utdelt tre stipend til medisinske studenter som vil ta tjeneste hos distriktsleger i utkant-Norge i sommer:

1. Stud.med. Johan Kvalvik Stanghelle som har vikariert på Averøya.
2. Stud.med. Aage Indahl, Universitetet i Bergen som har vikariert i Torsken.
3. Stud.med. Egil Utsi fra Bergen som har vikariert i Porsanger legedistrikt.

Stipendiene, hver på kr. 1.500, er ment til å dekke utgifter ved lange reiser.

Per Fugelli:

Legmannsbehandling

Godtfolk behandler seg selv og hverandre på ulike vis. De to hovedformer for legmannsbehandling er disse:

1. Kjemiske og fysiske påvirkninger, - herunder håndkjøpsmidler, naturmedisiner, blyplater og lignende.
2. Åndelige påvirkninger, - herunder helbredelse ved bønn, håndspåleggelse m.m.

Kartlegginger fra vårt eget og andre land klargjør at legmannsbehandlingen har et stort omfang.

Lasse Efskind og Asle Johansen foretok i 1975 en spørreundersøkelse i Alta-området (2). Så å si alle som ble spurt, mente folkemedisin kunne ha helbredende virkning. Hver tredje hadde selv prøvd folkemedisin i en eller annen form. 80% av disse anga godt resultat. Halvparten trodde på helbredelse ved bønn eller håndspåleggelse. Det var bare 10% som gjorde klart at de ikke ville oppsøke helbredere med overnaturlige evner om de ble alvorlig eller dødelig syke og den vanlige medisin sto maktesløs.

Helge Sigstad (11) har foretatt en kartlegging blant pasienter ved Sentralsykehuset i Aust-Agder. Funnene viser at et stort antall har brukt naturlegemidler og/eller vært i berøring med overnaturlige helbredere.

De siste fem årene (bortsett fra 1975) har det vært en svær økning, - bortimot en dobling, i salget av urtemedisiner fra Norsk Medisinaldepot (9).

To undersøkelser fra U.S.A. godtgjør at flertallet av sykdomstilfellene i befolkningen behandles uten hjelp av fagfolk (7,8).

Vi kan ut fra dette slå fast at det vi til vanlig ser på som den primære helsetjeneste med den rasjonelle almenpraktiker og farmasøyt som frontsoldater, - denne helsetjeneste er egentlig sekundær. Den første helsetjeneste tar folk seg av selv. Vi må innse at i den alminnelige hverdag står vår vitenskapelige medisin bare frem som èn, om enn den viktigste, av flere mulige hjelpeformer. Folk hjelper seg selv og hverandre med håndkjøpsmidler, med naturmedisiner, med bønn og med besvergelser. - slik har det vært, slik er det og slik vil det bli.

Vår holdning til dette kan bli èn av to. Vi kan ta våre profesjonelle skylapper på og ri våre akademiske kjepphester langs den rene, hvite sti, - og kalle alt som skjer ute i den folkelige jungel for uhumskt kvaksalveri. Ved det oppnår vi lite.

Vår andre mulighet er å godta legmannsbehandlingen som et gitt utgangspunkt og bruke vår faglige kyndighet til å gjøre den bedre.
Selv tror jeg at dette er rette veien å gå.

Jeg er klar over at det er en rekke farer og betenkeligheter ved legmannsbehandlingen. Etter min forstand gjør disse det særlig viktig at vi som fagfolk prøver å påvirke den i betryggende retning. Vi kan stikkordmessig liste opp de største farene slik:

Selvbehandling kan forsinke eller erstatte legesøkning og dermed tidlig diagnose av alvorlig sykdom. Denne faren er muligens noe overdrevet idet enkelte utredninger tyder på at folk benytter både legmannshjelp og legehjelp, - det er altså ikke noe enten/eller (1,11,12). Likefullt er det eksempler på at selvbehandling kan maskere betydningsfulle symptomer og på kvaksalvere som beordrer syke å stoppe med livsviktige legemidler.

Den andre faren ligger i at legmannsbehandlingen kan være skadelig i seg selv. Et eksempel på dette er feilbruk av håndkjøpsmidler så somacetylsalicylsyre mot mavesårssmerter (3). Andre eksempler er interaksjoner mellom frie legemidler og reseptmedisiner som utgjør et økende problem (12,14). Vi kan vel heller ikke se bort fra at enkelte av de mange naturlege-midlene kan ha ukjente, skadelige virkninger.

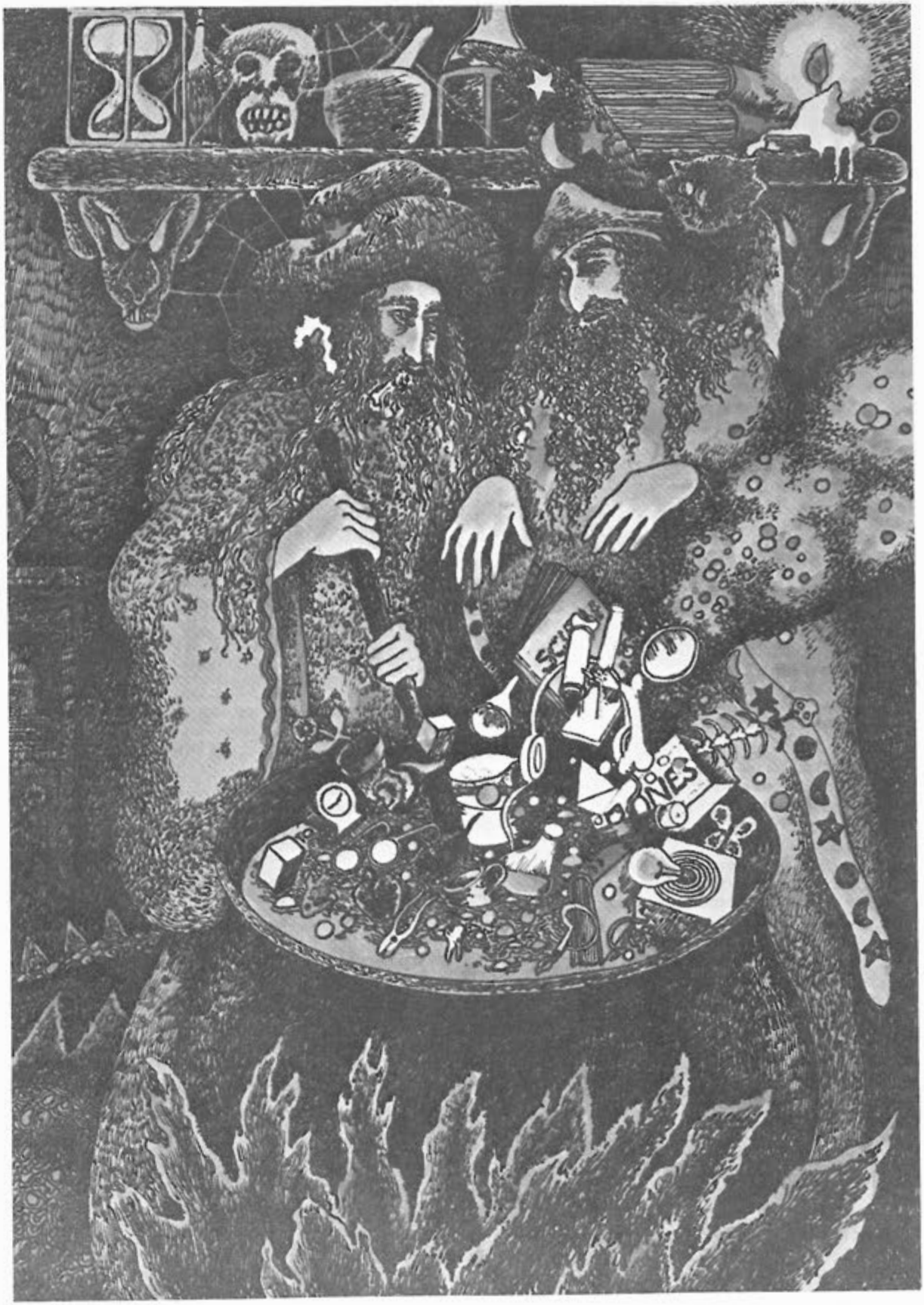
Den tredje fare verd å peke på, er at det innenfor legmannsbehandlingen er betydelig rom for charlataneri og spekulasjon, - noe som både kan gå på de sykes helse og deres pengepung løs.

Ferdig med farene må vi ikke underslå at selvhjelp byr på åpenbare og viktige fordeler.

For det første kan vi regne med at legmannsbehandlingen, tross enkelte utvekster, - er atskillig billigere enn hjelp fra den profesjonelle medisin (3).

For det andre kan vi ikke se bort fra at pasienter med kroniske plager, av og til møter større menneskelighet, mer tid, forståelse og tålmodighet hos legmannshelbrederne enn innenfor moderne medisin.

Et videre pluss er at visse former for legmannsbehandling lar menneskene beholde noe av sin ansvarlighet og


NES

selvstendighet. Jeg tror dette er verdifullt i en tid hvor vi i økende grad fagliggjør hverdagslige vansker ved folks vanlige liv.
En neste styrke ved selvbehandlingen ligger i at den, tross farene nevnt foran, trolig er mindre farlig enn om alle alminnelige plager skulle falle i den profesjonelle medisins ikke helt ufarlige klør.

En siste fordel ved legmannsbehandlingen er at den avlaster det medisinske hjelpeapparat. Å bekjempe legmannshjelpen vil sannsynligvis føre til an uhyrlig merbelastning på legene. Dette vil gå utover de alvorlig syke som virkelig trenger legehjelp. En utredning fra U.S.A. viser at fjerning av håndkjøpsmidlene vil kreve en to- til tredobling av legebestanden i landet (12). Hvor mange flerdobling vi vil få om også naturlegemidler og legmannshelbrederne ble stanset, har ingen våget å se nærmere på.

Jeg tror etter dette at vi må forsone oss med legmannsbehandlingen. Vi må leve med den på godt og på vondt, og vi kan gjøre det gode i den bedre ved å ofre den faglige oppmerksomhet. Visse tradisjonsrike naturlegemidler burde eksempelvis utredes nærmere med henblikk på farmakologiske og kliniske egenskaper. Videre trenger vi å vite mer om hvem som anvender legmannsbehandling, for hvilke sykdommer, på hvilket trinn i sykdomsutviklingen og lignende. Vi har som leger forsømt og fordømt denne del av helsetjenesten. Jeg tror tiden er inne til å ta legmannsbehandlingen på alvor, innrømme den en fortjent plass innenfor det samlede helsevesen, men bidra til at den skjer i mest mulig betryggende former. Jeg tror vi bør bestrebe oss på å unngå en skjerpet krig mellom faghjelp og selvhjelp når det gjelder folks helse. Vi bør huske at legenes farmakoterapi ikke er så rasjonell som vi liker å smykke oss med (4). Det er langt fra alle reseptmidler som har en vitenskapelig dokumentert virkning vi kjenner til bunns.
Videre vet vi fra kartlegging i flere land at en rekke ikke-faglige forhold er med på å bestemme legenes tid - og stedvis merkverdige forskrivningsvaner (6,10,13). Et tredje bidrag til manglende rasjonalitet kommer inn i form av legemiddelforsømmelse, - vi vet at hver tredje pasient bruker reseptmedisin på feil måte (5).

Dette maner til en viss forsiktighet som bør bli til ydmykhet når vi ser 50 år tilbake og 50 år frem. Når vi leser om legenes farmakoterapi i 1920-årene, ryster våre kloke hoder i skrekk før vi faller til ro ved dagen i dag, trygge på at fremskrittet har vært langt. Men skrekken bør ramme oss påny når vi forstår at dagen i dag ikke er veis ende. Foran oss ligger et nytt, lenger skritt frem. Om 50 år vil andre hoder ryste over vår manglende evne og fornuft hva gjelder legemiddelbehandling. Jeg synes denne tanke bør få oss til å se med åpenhet og romslighet på folks rett til å behandle seg selv med forholdsvis uskyldige naturmedisiner.

Jeg vil selv i mitt arbeid så langt evnene rekker, bygge på den rasjonelle, vitenskapelige medisin. Jeg tror vi som leger gjør klokt i å holde vår sti hvit og ren i så henseende. Men jeg tror ikke vi skal kreve monopol på all behandling. Jeg har ovenfor prøvd å bringe videre det vesentlige fra min lesning om legmannsbehandling. Det vil gå frem at vi egentlig vet lite om bruken av naturlegemidler, bønnhelbredelse og lignende. Jeg vil tro at mange av kollegene rundt omkring i landet sitter inne med erfaringer på dette felt. Det ville være nyttig om disse kom til uttrykk i UTPOSTEN.

LITTERATURLISTE

1. Dunell, K. & Cartwright, A.:
Medicine takers, prescribers and hoarders.
Routledge & Kegan, Paul, London, 1972.

2. Efskind, L. & Johansen, A.T.:
Folkemedisin og overnaturlig helbredelse - En spørreundersøkelse fra Alta-området.
Tidsskrift for Den norske legeforening, under trykking.

3. Fugelli, P.:
Legemiddelforbruket i Værøy og Røst kommuner.
Meddelelser fra Norsk Farmaceutisk Selskap, 1974, 37, 151-178.

4. Fugelli, P.:
Legen og de andre legemidlene.
Nordisk Medicin, 1975, 90, 302-304.

5. Fugelli, P.:
Legemiddelforsømmelse.
Tidsskrift for Den norske legeforening, 1976, 9-10, 545-547.

6. Hemminki, E.:
Review of literature on the factors affecting drug prescribing.
Soc Sci Med, 1975, 111-116.

7. Knapp, D.A. & Knapp, D.:
Decision-making and selfmedication:
Preliminary findings.
Am J Hosp Pharm, 1972, 29, 1004-1012.

8. Koos, E.L.:
The health of Regionville - what the people thought and did about it.
Hafner Publishing Company, New York and London 1967.

9. Norsk Medisinaldepot:
Personlig meddelelse.

10. Parish, P.A.:
Sociology of prescribing.
Br Med Bull, 1974, 30, No. 3, 214-217.

11. Sigstad, H.:
Personlig meddelelse.

12. Stewart, R.B. & Cluff, L.E.:
Studies on the epidemiology of adverse drug reactions - VI:
Utilization and interactions of prescription and nonprescription drugs in outpatients.
Johns Hopkins Med J, 1971, 129, 319-331.

13. Stolley, P.D. et al.:
The relationship between physician characteristics and prescribing appropiateness.
Medical Care, 1972, 10, 17-28.

14. Turner, J.N.:
Some potential interactions between prescribed drugs and over-the-counter drug products.
Calif Med (West J Med), 1972, 117, 13-21.

Styring av aktiviteten ved helse- og sosialsentra

Egil H. Lehmann,
Institutt for samfunnsmedisin, Tromsø

Dagens mål for helsearbeidet

Det å setje seg eit mål i sitt arbeid, og deretter oppfylle målsetjinga, veit vi er ei kjelde til arbeidsglede. Slik er det for einskildmenneske, slik er det for dei som arbeider i ein organisasjon eller institusjon, slik må det vel også vere for oss som har oppgåver i den primære helsetenesta.

Når ein pasient er akutt sjuk, er det liten tvil om målsetjinga, det er lett å prioritere arbeidsoppgåvene og registrere om målet er nådd, oftast er det lett å vete om ein har lov å ynskje seg til lukke med å ha levert eit brukbart stykke arbeid.

Men utviklinga har ført med seg at ein større og større del av arbeidet i den primære helsetenesta er oppgåver av anna slag: Helsekontroll og førebygging, vurdering av psykiske og sosiale vanskar, omsorg og lindring ved kronisk sjukdom.

Planlegginga av dei nye helse- og sosialsentra er merkt av denne utviklinga. Det er meininga at desse sentra skal flytte tyngdepunktet i primærhelsetenesta over frå individorientert, behandlande medisin mot førebyggjande og sosialt prega helsearbeid.

Hindringar

Dette programmet støyter på to hindringar.

Den første hindring er vansken med å omprioritere arbeidsoppgåver, eller rettare å syte for at omprioriteringa blir gjennomført. All røynsle viser at når arbeidspresset er stort, vil etterspørselen etter behandlande medisin ofte føre til at førebyggjande og sosialt prega oppgåver får vike. Dersom ikkje dette skal hende, må ein finne fram til nye måtar å registrere arbeidsinnsatsen og resultata på, slik at vi betre enn før, også i førebyggjande og sosialt arbeid, kan sjå om måla er nådd.

Den andre hindring ligg hjå oss sjølve. Under ellers like vilkår søkjer vi arbeidsoppgåver som gir arbeisglede. Skal vi under det daglege førebyggjande arbeid kunne glede oss over å oppfylle arbeidsmål, trengst det igjen klåre målsetjingar og prioriteringar som vi kan finne god meining i og gå inn for. Arbeidsgleda kjem når vi kan påvisa at måla er nådd.

Ei flytting av "tyngdepunktet" i den primære helsetenesta frå behandling over mot førebyggjing er difor vanskeleg å tenkje seg utan at ein drøfter heilt fra grunnen av kva ynskjemål ein har for den primære helsetenesta, og korleis ein kan oppfylle desse ynskjemål.

Om styring

I det fylgjande skal vi bruke ordet "styring" om dette å få eit tiltak til å oppfylle visse ynskjemål. Vi skal ta for gitt at styringa best kan utførast innanfrå. Der er altså tenkt på ei lokal desentralisert styring der personalet sjølve set opp sine arbeidsmål, sitt program, som dei samarbeider for å nå.

Korleis kunne ein nå fram til ei form for styring av helsearbeidet i primærhelsesektoren?

Det "tiltak" som skal styrast, må bli eit helse- og sosialsenter som har ansvaret for befolkninga i eit geografisk avgrensa område. Den hovudmålsetjing som personalet ved eit helse- og sosialsenter skal arbeide seg fram mot, kan uttrykkjast på mange måtar. Til den vidare drøfting skal vi nytte ei målsetjing som er

formulert frå autoritativt hald (i artikkelen "Hva bør et helsesenter være", ved overlege Tor Ødegaard i Helsedirektoratet.
Tidsskriftet "Sosial Trygd", oktober 1974, s. 329-334:)
"...å kunne dekke befolkningens hjelpebehov på best mulig måte ut fra de faglige forutsetninger som foreligger, og ved mest mulig hensiktsmessig bruk av de ressurser som kan disponeres. Denne målsetting innebærer såvel helsefremmende virksomhet og forebyggende tiltak som kurativt arbeid,attføring og omsorg for varig funksjonshemmede".
Ei målsetjing som denne kan ikkje utan vidare nyttast til styring. Det er tydeleg at ho må omsetjast slik at vi får arbeidsmål som er knytte til meir handfaste opplysningar. Dette er vanskeleg, kanhende umogeleg, men synest verd eit forsøk. Vi skal prøve å gjere den generelle målsetjing "operasjonell" som det heiter.

Operasjonelle mål

Eit forsøk på å gjere målsetjinga operasjonell er gjort i Tabell 1 som gir eindel presiseringar av første delen, "dekke befolkningens hjelpebehov på best mulig måte". Tabellen skiljer mellom opplevde behov og behov som er program-messig fastsette.

Punkt 1.1. representerer ei formalisering av opplysningar som i dag blir samla og utnytta "uformelt". Det kan sjølvsagt diskuterast om ei slik formalisering er umaken verd. Det kan tenkjast at formaliseringa i seg sjølv kan vere med å utløyse nye opplevde behov. Den som ikkje tenkjer over om han er nøgd eller misnøgd, kan lett kome til å oppdage at han er misnøgd dersom han blir spurd.

Punkt 1.2.går også på ei meir systematisk utnytting av opplysningar som alt i dag blir henta inn. Oppteljing av sjukdomstilfelle, sjukedagar og dødsfall er klassiske framgangsmåtar i den medisinske statistikk, men som hjelpemiddel til "styring" blir slike opplysningar stort sett nytta på ein nokså omveges måte. Ein kunne tenkje seg at eit helsesenter eller ei gruppe helsesentra i framtida vil nytte slik statistikk som rettleiing for det daglege arbeid. Dersom ein skal greie å prioritere opp førebyggjande arbeid, krevst det truleg løpande registrering av sjukdomstilfelle slik at ein kan få eit mål for korleis tiltaka virkar.

Punkt 1.2.2., at dei som har hjelpebehov også skal få hjelp, byggjer på at ein først blir samd om at der eksisterer eit behov. Dette er for så vidt grunnlaget for den helsekontroll som i dag er i gang, f.eks. skulehelsearbeid, bedriftshelsearbeid etc. Eit konkret eksempel på den type styring som kunne kome på tale,finn ein ved Helsekontroll for eldre i Alta. Etter planen vil ein der gjennomføre ein årleg helsekontroll av alle eldre i kommunen.
Målsetjinga er at alle dei eldre i kommunen skal få denne kontrollen, og det er eit viktig punkt å finne ut om dei eldre får gjort seg nytte av dei hjelpetilbod som står til disposisjon. Når denne helsekontrollen har vore i gang ei tid, vil ein få greie på korleis det står til i så måte, og deretter kan ein gå aktivt inn for å betre tilhøva dersom det viser seg at hjelpetilboda ikkje når fram.

Andre del av den siterte målsetjing oppsummerer kva slag tiltak ein vil ta i bruk. Eit tilsvarande sett operasjonelle mål kunne t.d. vere ei meir detaljert liste over arbeidsoppgåver. Ei slik liste er gitt i Tabell 2. Det er her gjort eit forsøk på å lage målsetjingar ikkje berre for kva slag tenester eit helse- og sosialsenter kan velje å satse på, men også kor mykje av helsesenterets ressursar som skal brukast på kvart arbeidsområde. Arbeidet er her uttrykt i "Timar pr. 1000 innbyggjarar pr. år". Dei timetal som er sett opp, er heilt tentative og skal berre tene som utgangspunkt for diskusjon.
Det er klårt at det kan tenkjast mange andre inndelingar av aktivitetane i primærhelsetenesta enn den som er gitt i Tabell 2. Ei inndeling som er brukbar til styringsføremål, kan ein berre finne ved å prøve seg fram. Det kan tenkjast at einskilde helsesentra eller geografiske område bør operere med sine eigne inndelingar. Hovudsaka er at den inndeling som blir nytta, gir personalet høve til å registrere sin eigen arbeidsinnsats, kontrollere om denne er i samsvar med personalets eiga målsetjing, og eventuelt dokumentere både for seg sjølv og utetter tilhøve som krev omprioritering eller større innsats.

Styring, eit viktig problem

Denne artikkelen har gitt ein argumentasjon for meir medviten "styring" av aktiviteten i den primære helsetenesta. Vidare er det gjort eit forsøk på å lage operasjonelle målsetjingar for slik styring. Det er forfattaren si meining at dette er eit viktig problem som bør avklårast gjennom drøfting, prøving og feiling.

TABELL 1

PRESISERING AV FØRSTE DEL AV DEN SITERTE MÅLSETJING. "DEKKE BEFOLKNINGENS HJELPEBEHOV PÅ BEST MULIG MÅTE"

1.1. Opplevde behov.

1.1.1. Av dei som vender seg til helse- og sosialsenteret med eit "behov" eller "problem", skal X prosent få problemet tilfredsstillande løyst, derav Y prosent innan eit spesifisert tidsrom.

1.1.2. X prosent av klientane (eller befolkninga) seier seg alt i alt tilfreds med den behovsdekking som blir ytt.

1.1.3. X prosent av helsepersonalet i kommunen, eventuelt andre utvalde "ekspertgrupper", seier seg tilfreds med behovsdekkinga.

1.2. Program-messig fastsette behov.

1.2.1. Talet på sjukdomstilfelle, (eventuelt sjukedagar eller dødsfall) held seg under eit spesifisert nivå. Denne del av målsetjinga kan gjelde alle sjukdomar eller berre visse, spesifiserte diagnoser eller problem.

1.2.2. X prosent av dei som "objektivt sett",(målt på ein eller annan rimeleg måte) har hjelpebehov bør få (tilbod om) hjelp.

TABELL 2

PRESISERING AV ANDRE DEL AV DEN SITERTE MÅLSETJING FOR PRIMÆRHELSETENESTA MED TENTATIVT FRAMLEGG OM TALET PÅ YTTE TIMEVERK (VED ALLE KATEGORIAR HELSEPERSONELL) PR 1000 MENNESKE PR ÅR

1. Helsefremjande tiltak	
1.1. Helseopplysning: artiklar o.l.	25
1.2. Undervisning til grupper	25
1.3. Rådgjeving til individ	100
1.4. Sosialvurdering, råd	100
1.5. Hygieniske inspeksjonar o.l.	100
1.6. Konsulent, helserådsarbeid o.l.	100
1.7. Heimebesøk risikofamilar	100
	550
2. Førebyggjande tiltak	
2.1. Mor og barn kontroll	50
2.2. Småbarnskontroll	50
2.3. Skolehelsearbeid	80
2.4. Bedriftshelseteneste	40
2.5. Vaksinasjonar	80
2.6. Kollektiv risikovurdering m/intervensjon	100
2.7. Individuell risikovurdering m/intervensjon	100
	500
3. Kurativt arbeid	
3.1. Direkte konsultasjonar	500
3.2. Indirekte konsultasjonar	70
3.3. Heimebesøk p.g.a. sjukdom	250
3.4. Utrykking ved ulykker	10
3.5. Transportovervaking	20
3.6. Laboratoriearbeid	100
	950
4. Attføring	
4.1. Konsultasjonar, vurdering	100
4.2. Kontakt med bedrifter	100
	200
5. Omsorg	
5.1. Besøk ved institusjonar	50
5.2. Individuelle konsultasjonar	50
5.3. Heimebesøk	100
	200

Dag Brekke:

Utdanning av ambulanse-personell

NOU nr. 2/76 fra KUD omhandler ikke spørsmål om organisering eller finansiering av ambulansetjenesten. Målsettingen for opplæring av ambulansepersonell er beskrevet slik:

"5. Målsetting.
Det anses som vesentlig at utdanningen totalt kan føre frem til å gi personellet en god yrkesmessig basis slik at yrkesgruppen får den nødvendige faglige, organisasjonsmessige og økonomiske status.
Utvalget har sett det som viktig at samtlige utøvere innen ambulansevirksomheten skal få en adekvat basisutdannelse således at ambulansetjenesten bør kunne få et ensartet faglig nivå over hele landet.
Ambulansetjenesten må i dette henseendet betraktes som et aktivt behandlende ledd innen den totale helsetjeneste.
En av ambulansepersonellets hovedoppgaver vil være å få transportmidlet sikkert frem. Samtidig må det ha et medisinsk-faglig nivå som gjør personellet skikket til å vurdere, melde og iverksette pasientbehandling. Det forutsettes imidlertid at det i de fleste tilfelle hvor pasientens tilstand nødvendiggjør behandling av sykepleier, jordmor eller lege vil dette personell lede det medisinske arbeid under transporten.
Under henvisning til Stortingsmelding 41 for 1971-72 "Om helsetjenestens transport og kommunikasjonsproblemer" og Stortingsmelding nr. 9 for 1974-75 "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen" antas sykehusene i et gitt tilfelle å måtte assistere de perifert stasjonerte ambulanser, eventuelt kjøre imøte med disse ambulanser og overta pasienten i det det blant annet forutsettes at ambulansene stasjonert ved sykehus vil kunne ha mer teknisk-medisinsk utstyr til rådighet. En finner det derfor naturlig at ambulansepersonell som er knyttet til sykehus får en medisinsk-faglig videreutdannelse utover den obligatoriske basisutdannelsen. Utvalget anbefaler at når man har gjennomført denne videreutdannelsen vil ambulansepersonellet ha et faglig nivå tilsvarende hjelpepleiernes.
Utvalget tar sikte på å gi personellet en tredelt utdanning med faglig vekt på bil/kjøretekniske emner, redningstekniske emner og medisinske emner.
Ambulansepersonellet skal gjennom en grundig praktisk og teoretisk opplæring gis et adekvat grunnlag for å kunne:

a. betjene bilen og det utstyr han/hun rår over.
b. vurdere om det er påkrevet eller forsvarlig å fravike trafikkreglene under henting eller transport av pasienten.
c. vurdere pasientens tilstand.
d. gi pasienten en behandling på stedet og under transporten som tar sikte på å opprettholde de livsnødvendige funksjoner og at skaden eller sykdommen ikke forverres."

Det er så foreslått et kursprogram på:
62 t om trafikk og bilteknisk spørsmål,
70 t om redningstekniske spørsmål,
120t om medisinske spørsmål.
Dette tilsvarer 12 ukers kurs.

Å få gjennomført dette vil bli et økonomisk spørsmål og utvalget foreslår her at "Utdanningen deles i flere blokker som kan tas sammenhengende eller enkeltvis. Det anbefales at utdanningen legges inn under vilkårene for voksenopplæring."

Personell som ikke har tilstrekkelig godkjent utdannelse i dag forutsettes å skaffe seg denne iløpet av en overgangstid på to år fra bestemmelsenes ikrafttreden for å kunne få "Kjøreseddel for ambulanse". Denne vil bygge på sertifikat kl. 1.

Vår vurdering er at utvalget her har lagt seg på et realistisk og gjennomførbart nivå for utdannelsen. Utvalget sier at de har "funnet det vesentlig at ambulansepersonellets utdannelse er i overensstemmelse med det man kan forvente de vil få anledning til å praktisere og vedlikeholde. Opplæring i avanserte prosedyrer som ikke faglig holdes ved like antas uheldig, og vil kunne forlede personellet til selv å forsøke visse former for behandling istedet for å tilkalle annet helsepersonell som er kvalifisert til den aktuelle behandling.
Utvalget har under hensyntagen til ovenstående og den forventede fremtidige organisering og koordinering av am-

Ærede redaktør

Som et apropos til ønsket om blå lys på privatbilen, blant noen innsendere i Deres blad.
Det brenner kanskje et blått lys for noen og enhver.....

Dikemark, 7.6.76

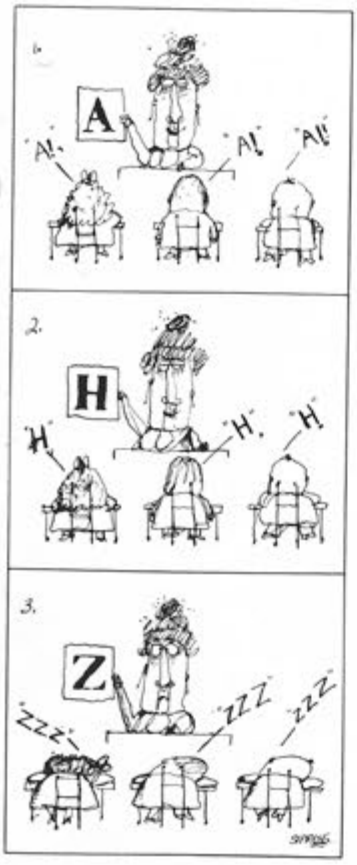
Alf O. Lund
Dikemark sykehus, avd.III.

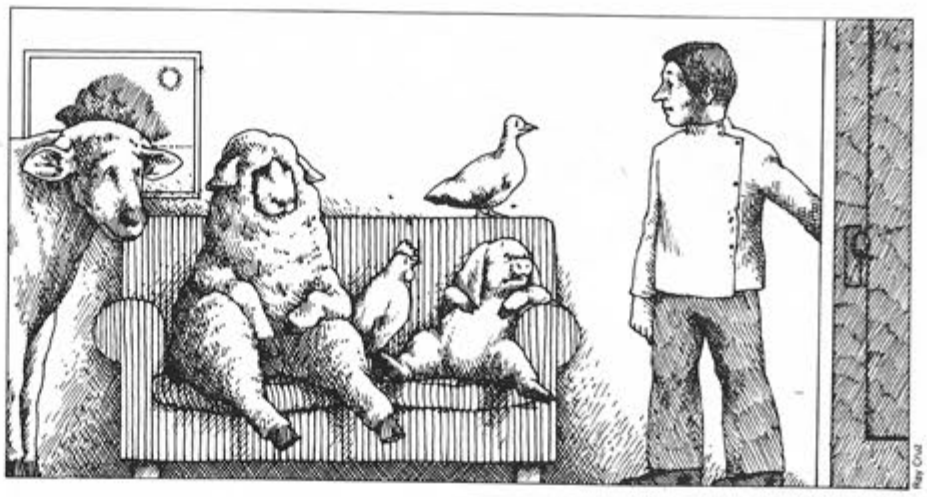
bulansetjenesten, konsentrert basisutdannelsens medisinske del om å kunne registrere pasientens tilstand og forandringer i denne, samt å kunne rapportere aktuelle data og iverksette livbergende prosedyrer, symptomatisk behandling og elementære tiltak omkring pleie av pasienten."

Den praktiske håndheving av disse utdanningskrav/krav om kjøreseddel for ambulanse, i våre vidstrakte og grisgrente landkommuner, vil kunne komme i vanskelige avgrensningsproblemer overfor alle de som transporterer syke på drosjeløyve.

Sykekjøring (til/fra lege, sykehjem, sykehus) er jo et vesentlig grunnlag for distriktsdrosjenes driftsøkonomi. Den dag drosjenes gang til slik kjøring blir beskåret eller opphevet, vil det ikke være mulig å opprettholde den ekstra beredskapen som disse biler tross alt representerer.

Hvordan denne konflikt mellom utdanningskrav, konsesjonskrav og organiseringskrav til ambulansetjenesten skal løses, er det foreløpig ikke sagt noe om fra det offentlige.





Fra fylkeslegen i Rogaland:

DISTRIKTSLEGENES KONTORFORFORHOLD M.V. - FORHOLDET TIL KOMMUNENE - ØKONOMISKE ORDNINGER.

Den eksisterende ramme om forholdet distriktslege/kommune i relasjon til kontorforhold m.v. er gitt i Helsedirektoratets hefte "Distriktslegers bolig og kontorforhold." Den vide og nokså løse ramme som der er gitt, gir opphav til svært forskjellige lokale løsninger og gir rom for til dels besværlige forhandlinger ved skifte i distriktslegestillinger.

Som kjent utarbeidet Offentlige Legers Landsforening for noen år siden et forslag til kontrakt mellom kommune og distriktslege, men kontraktforslaget benyttes relativt sjelden, og oftest i modifisert form.

De seinere år har det i Rogaland og andre steder i landet utviklet seg andre kontraktløsninger. Særlig gjelder dette i nye helse- og sosialsentra. I kommunene Time, Klepp, Hå og Sandnes er de offentlige legers kontorleieforhold med kommunene kontraktfestet og leien basert på betaling til kommunen av prosentvise andeler av legenes praksis refusjonsinntekt fra trygdekontoret. Prosentsatsen varierer fra 35 til 45% av refusjonsinntekten avhengig av hvilke lokaler, utstyr og personell kommunene stiller til disposisjon.

FORDELENE VED LEIE BASERT PÅ EN VISS PROSENT AV REFUSJONSINNTEKTEN FRA TRYGDEKONTORET ER MANGE OG ÅPENBARE. DET ER VESENTLIG I DET OPPLEGG SOM ER SKISSERT AT DE OFFENTLIGE LEGER KAN FRIGJØRES TIL OFFENTLIG OG FOREBYGGENDE HELSEARBEID OG SOSIALMEDISINSK VIRKSOMHET I KOMMUNEN UTEN AT SLIK AKTIVITET BLIR EN ØKONOMISK BELASTNING OG BEGRENSES PÅ GRUNN AV HØYE LØPENDE DRIFTSUTGIFTER I MODERNE LOKALER.

Fylkeslegen ser det som en viktig oppgave å kunne informere og veilede både kommuner og offentlige leger i forhold som nevnt, og vil se det som en stor fordel om erfaringene fra nevnte kommuner også kan komme andre kommuner tilgode.

Som kjent fremkom det under møte for de offentlige leger i Rogaland 25.-26.mars d.å. et sterkt ønske om at informasjon på dette felt ble gjort tilgjengelig. Fylkeslegen vil derfor be om at De deltar i et utvalg som får følgende mandat:

1. Å utarbeide en oversikt over aktuelle kontraktforhold mellom distriktsleger og kommuner.
2. Å redegjøre for de erfaringer kommunene og distriktslegene til nå har med de nevnte ordninger - Time, Klepp, Sandnes, Hå kommuner.
3. Deretter utarbeide forslag til kontraktsnorm som utvalget, på bakgrunn av erfaringer i de tidligere nevnte kommuner, finner å kunne anbefale som et alternativ til kontrakt mellom kommune og distriktslege."

Bokanmeldelse:

Kamp mot helsefarlig arbeid

Handbok for arbeidere

Hans Husum og Ebba Wergeland
Forlaget Oktober A/S, Oslo
1975
Pris kr. 57,00

Anmeldt av Bernt Stueland

Dette er en bok om helsefarlig arbeid og miljøproblemene på arbeidsplassene. Den er i første rekke beregnet på arbeidere som selv i sitt daglige arbeid utsettes for disse problemene, men er også nyttig for helsepersonell både i bedriftshelsetjenesten og de som på andre måter kommer i kontakt med helse- og miljøproblemer på arbeidsplassene. Den tar utgangspunkt i arbeiderklassens lange kamp mot helsefarlig arbeid og arbeidsmiljø og vurderer f.eks. bedriftshelsetjenesten ut fra om den tjener denne kampen. Den faglige kampen for bedre helse- og miljøforhold blir det viktigste, og en kampkraftig fagforening er i følge forfatterne av større betydning enn en god bedriftshelsetjeneste for å oppnå forbedringer.
Ut fra dette perspektivet prøver boka å gi kunnskap som arbeidere kan ha nytte av i kampen for bedre helsemessige forhold på arbeidsplassene.
En viktig målsetning for forfatterne er å få flest mulig arbeidere mer bevisst helsefarlige forhold på sin arbeidsplass, gi dem bakgrunnskunnskap til å vurdere forholdene selv, og vise hvordan man kan stille krav til og oppnå forbedringer. Samtidig er den kunnskapen som gis, meget aktuell også for store grupper helsepersonell i deres arbeid.
Boka tar opp arbeidsmiljøproblemer som støy, støvplager, gassforurensninger osv., og spesielle problemer som organiske løsemidler, metaller, sveising, stress-sykdommer, skiftarbeid, arbeidsulykker m.m. Innen hvert av disse områdene gis en relativt grundig redegjørelse for skadevirkninger, metoder for å undersøke og kontrollere forholdene og tiltak for å unngå eller redusere den helseskadelige påvirkningen. Framstillingen er lettforståelig skrevet i et enkelt språk, uten å forutsette særlige medisinske forkunnskaper, men gir likevel en ganske grundig forklaring av skadelige mekanismer. Framstillingen er samtidig didaktisk god med oversiktlige avsnitt og underavsnitt, tabeller, plansjer m.v., og til slutt et stoff- og stikkordregister som gjør boka til en nyttig oppslagsbok i yrkesmedisinske spørsmål. Spesielt bra synes jeg noen tabeller over gasser, organiske løsemidler og metaller er, med oversikt over skadelige virkninger, aktuelle målemetoder og behandling ved akutte skadelige påvirkninger.
Boka har også en egen del som tar seg av kroppens forskjellige organer, hvilke skadelige påvirkninger de kan utsettes for i arbeidsmiljøet, hvordan den som rammes selv kan oppdage tegn til slike skadelige påvirkninger, hvilke forebyggende tiltak som er nødvendige for å unngå dem, og hvilken medisinsk behandling som er aktuell når skader oppstår.
Utover den rent medisinske delen har boka bl.a. et kapittel om jus på arbeidsplassen, der man tar opp hvilke rettigheter arbeidere har ifølge Arbeidervernloven f.eks. til å nekte helsefarlig arbeid. Videre tar man opp hvilke stønader man har rett til fra Folketrygden ved yrkessykdom, yrkesskade o.l. Av spesiell interesse er et kapittel om bedriftshelsetjenesten. Her kritiseres den praksisen som er mye utbredt i dag, med rutinemessige "kjøttkontroller" av arbeiderne i ekspresstogfart. En slik type kontroll kan gi en falsk trygghetsfølelse uten å ha avslørt viktige patologiske forhold. Det skisseres en målsetning for en bedriftshelsetjeneste som er mer i arbeidernes interesse og som kan være til nytte for fagforeningen i kampen

for bedre arbeidsmiljø. Det foreslås at det blir lagt særlig vekt på kartlegging og kontroll av helsefarene i bedriften sammen med verneombud eller fagforening opplæring i vernearbeid og førstehjelp for alle arbeidere, ikke bare for verneombud og målrettet helsekontroll, spesielt innrettet på risikogrupper og de spesielle helsefarene som finnes i hver jobb. Det er vel stadig flere som mener at det er etter slike retningslinjer bedriftshelsetjenesten i framtida må drives, om den skal kunne bidra til kampen for bedre helse- og arbeidsmiljø.

Som nevnt, er boka primært beregnet på arbeidere, men den vil også være svært nyttig for medisinere. De medisinske avsnittene er faglig grundig og omfattende, samtidig som de er lettfattelige og skrevet slik at også ikkemedisinere kan følge framstillingen uten større problemer. Yrkesmedisin og yrkeshygiene er jo fag det legges liten vekt på i medisinstudiet. I Natvigs lærebok i hygiene var yrkeshygienen tidligere tilgodesett med ca. 100 sider, i den siste utgaven er dette redusert til 40-50 sider. For medisinske studenter som synes dette er litt knapt, kan den anmeldte bok sterkt anbefales. Som lærebok er den på en rekke områder mer omfattende enn Natvigs bok (boka er på mer enn 500 sider), og den er også meget brukbar som oppslagsverk. Tilsvarende gjelder for bedriftsleger, andre leger og annet helsepersonell som har bruk for kunnskaper i yrkesmedisin og yrkeshygiene. Men først og fremst bør den etter hvert finnes som handbok og oppslagsbok på stadig flere arbeidsplasser.

Ny legefortegnelse

Helsedirektøren har sendt ut ny fortegnelse over leger, tannleger og veterinærer ajour pr. august 1975.
I motsetning til tidligere er fortegnelsen nå utgitt i tre separate bind for de tre grupper og i A4 format.

Fortegnelsen er faksimileavtrykk av EDB-lister og representerer i lay-out messig henseende et betydelig tilbakeskritt i forhold til tidligere utgave. I den distriktsvise oppføring er det heller ikke lenger mulig å se hvem som er helserådsordfører hvor det er flere offentlige leger, eller hvem som er turnuskandidater, og skal en finne postadressen til noen av de oppførte leger må den alfabetiske listen brukes. Det er heller ikke mulig i den distriktsvise oppføring å se hvem som er almenpraktiserende leger og hvem som er sykehusleger.

Det er i og for seg lite å si på at en slik liste kjøres på EDB. Men det vil være ønskelig - for oversiktens skyld - at lay-outen bedres noe (ved at i det minste fylkes og ev. kommunenavn utheves typografisk) og at kategori lege (offentlig lege, helserådsordfører, alm.prak. lege, sykehuslege, turnuskandidat) ble tydeligere angitt når listen trykkes. Å få redusert formatet til vanlig bokstørrelse og få både leger, tannleger og veterinærer i én bok, ville jeg som offentlig lege anse som en fordel.

Men dette kan jo være litt å tenke på til neste år.

Dag Brekke.

3 måneders B_{12} vedlikeholdsterapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettes normalt B_{12}.

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

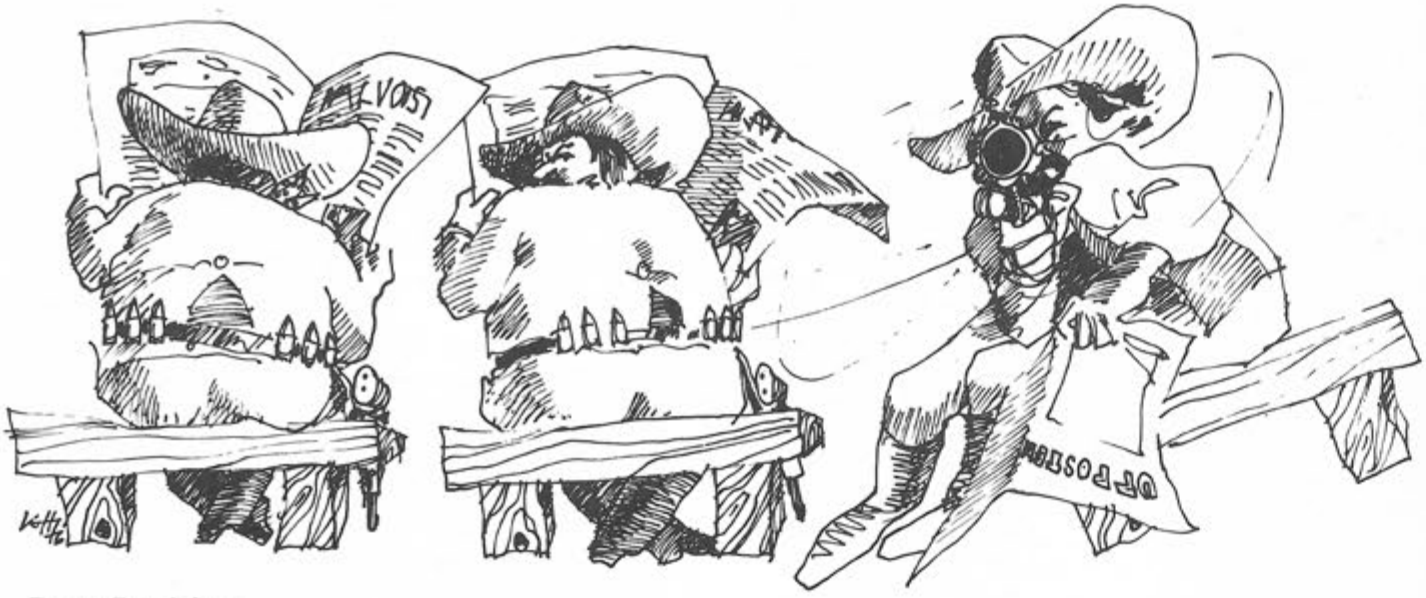
Ventrikelresecerte gis 1 ml 2-3 ganger i året.

Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B_{12} terapi

DUMEX



Dag Brekke:

Et betydelig fremskritt!

Helst skulle vi ikke drive tekstreklame, og helst skulle vi omtale saken med saklig nøkternhet på evaluerte, statistisk signifikante data fra eget materiale.

Vår erfaring med saken er ikke lang i tid og ikke imponerende i bredde. Men vi har dog forsøkt å farge blodutstryk tidligere også - på kveldstid med stoppeklokke, May-Grünevald og Giemsa & Co. Hvor ofte hadde ikke både kontorsøster og jeg glemt såvel pasienten som problemet da utstryket omsider kunne plasseres under 400x med immersjonsolje og stirrende pupiller!

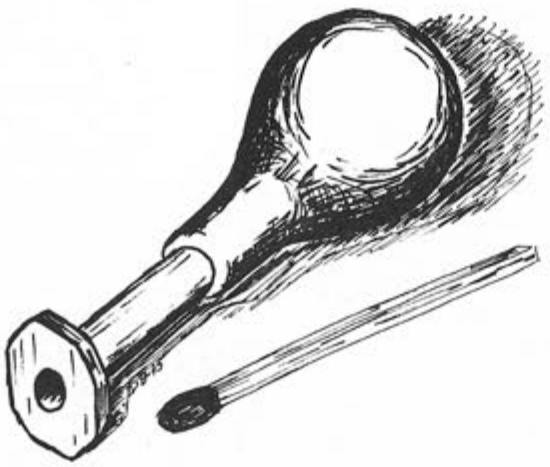
Ikke slik nå lenger: "Ferdig utstryk på 15 sekunder",stod det. Vi tok sjansen på et "introduksjonstilbud" til kr. 25,- og en-to-tre: Med DIFF-QUIK reagenssett kan vi nå ha blodutstrykene ferdig til beskuelse før pasienten er tilbake på venterommet. - Fem dypp a ett sekund i Fix-løsning, Løsning I (rød) og Løsning II (blå).

De som har lagt det opp litt stort og systematisk vil kanskje ikke synes at DIFF-QUIK representerer det helt imponerende fremskritt. For oss som putler ute i bushen og ikke kan gjøre alle prosedyrer topp rasjonelle av plass- og personellmessige grunner, er denne forenklede fargemetode for blodutstryk en idiotsikker (godt å vite kl. ¼4 om morgenen om det skulle bli aktuelt) og kvalitetsmessig utmerket metode. Etter min erfaring blir utstrykene vel så godt farget med denne metode som med vår sedvanlige May-Grünevald/ Giemsa. Ingen grunn til å la være å prøve. - Og skulle noen være i tvil kan de spørre Dan Meszansky A/S, Oslo og eventuelt studere takst 719 a&b.

Dekkglass-heverten

De som ikke vet at denne finnes bør studere figuren litt. De vil se at dette vesle arbeidsredskap er velegnet til å bruke når skjøre dekkglass skal ut av sin eske og plasseres over urindråpen på objektglasset. Noen liker å fomle og vil ikke bruke heverten. De som fomler mot sin lyst og vilje, kan vende seg til sin utstyrsforhandler og skaffe seg denne vesle hendige dings.

Bare et lite tips!



NÅ MÅ FÅLK SE TIL Å SKAFFE SEG UTPOSTEN SELV.....

DENNE SMUGLESINGA BAK RYGGEN PÅ EN ER EN UTING!

DISKUSJON?

Fra Eidsivating Rettsskriverembete mottas honorar (farskapssak) på åpen giroblankett påskrevet:
Blodprøvetaking av N.N.Pe. og hennes barn Guri.
Stedet er lite, naboen er poståpner. Det er mange små steder i Norge.

Distriktslege

Mer om skilt

Vedr. innlegg om skilt til legevaktbilen.

Uten at jeg skal gå inn på nødvendigheten av et slikt skilt, evt. annen merking av legens bil, har jeg følgende forslag.
Skiltets tekst som vender fremover, skrives speilvendt. Forankjørende som hører ilter tuting bak seg, vil da ved å se i speilet lett lese seg til hvem som kjører bak. Under kjøring i Finnland i sommer viste det seg at ambulansene foran hadde skrevet ordet AMBULANSE i speilskrift, formodentlig av samme grunn.

Finnsnes,den 10.9.75
Med hilsen
Kjell Malde

Husk nytt postgironummer til UTPOSTEN: 3478237

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 utvises 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. 28,55, 10x100 stk. kr. 261,55

DOSERING:
Ved søvnvansker
hos voksne
1-2 tabl. (10-20 mg)
1/2-1 time før sengetid

rhône-poulenc
pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor
Sandviksveien 12, Boks 10, 1322 Høvik