

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 2/3

APRIL/MAI 1981

ÅRGANG 10

AV INNHOLDET:

MARTIN HOLTE:
Utviklingen av bedriftshelsetjenesten 2

ANNE ALVIK:
Bedriftshelsetjenesten 3

SVERRE LANDGÅRD:
Forsert utbygging av bedriftshelsetjenesten – konsekvenser for familiehelse- tjenesten 5

HARALD SIEM:
Forholdet mellom bedriftshelsetjenesten og distriktshelsetjenesten 7

IVAR SØNBØ KRISTIANSSEN:
Bedriftshelsetjenesten – Sett fra periferien 11

JUSTEIN HOLMEN:
Bedriftshelsetjenesten i Verdal 12

JUSTEIN HOLMEN:
Skal vi ta bedriftshelsetjenesten på alvor 14

CHRISTIAN ERLANDSEN:
Stortinget og bedriftshelsetjenesten 15

KNUT SKYBERG:
Skal bedriftslegen være almenpraktikere ved bedriften? 16

STEINAR WESTIN/ARNE IVAR ØSTENSEN:
Utpostens Almenmedisinske problemserie 17

DAG BRUNSGAARD:
Allgemeinmedizin international general practice 24

HARALD SIEM:
Internasjonalt almenpraktikerarbeid, Kongresskalender 25

APLF – KURS:
Primærlegen og medarbeideren 26

MARTIN HOLTE:
Bokanmeldelse 28

Redaksjonelt 28



TEMANUMMER: BEDRIFTSHELSETJENESTEN

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Toril Jacobsen

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237
Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Kåre Bjørn Huse
Abonnement:
Kr. 90,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Utviklingen av bedriftshelsetjenesten

Opprinnelig var bedriftshelsetjenesten tenkt som en naturlig del i den bebudete og etterlengtede Lov om helsetjeneste i kommunene. Den siste utviklingen viser at bedriftshelsetjenesten er tatt ut av den foreliggende lovproposisjon som vil bli framlagt for Stortinget.

I reportasje fra Arbeiderbladet 16.01.81, opplyste kommunalminister Harriet Andreassen at det ikke blir Helsedirektoratet og Sosialdepartementet som skal ha ansvaret for bedriftshelsetjenesten etter Arbeidsmiljøloven, og fagbevegelsen får det som den vil! Videre kan vi lese i samme referat at Arbeidstilsynet allerede er godt igang med første trinn i den femårsplan som både Sosialdepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet har godkjent.

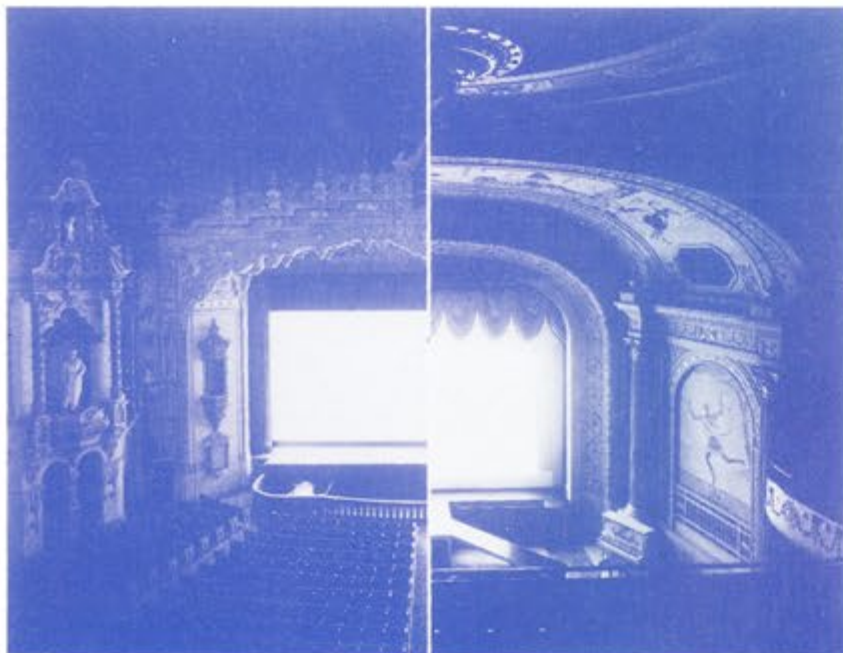
I de siste 2-3 år ønsker enkeltpersoner i Direktoratet for Statens arbeidstilsyn å benytte §30 i Arbeidsmiljøloven, som berører visse sider ved bedriftshelsetjenesten, som utgangspunkt for å styre hele bedriftshelsetjenesten. Videre til å forsere utbyggingen av bedriftshelsetjenesten og å unndra den fra Reguleringsloven for leger. Er denne kompetansestriden som har foregått mellom Helsedirektoratet og Arbeidstilsynet en av årsakene til den sterkt forsinkede Lov om helsetjeneste i kommunene?

Hva er bakgrunnen for fagbevegelsens og Arbeidstilsynets så sterke engasjement i denne saken? Lettere tilgang til lege ikke bare for arbeidstaker, men kanskje også for arbeidstakers familie-medlemmer? Jo lettere tilgang til lege jo bedre -

tror man - men blir vi friskere av den grunn? - Eller gjør vi oss selv en bjørnetjeneste ved å koble inn enda et bruddstykke i helsetjenesten? Enda flere leger til å behandle samme person og økende problemer, som dette medfører for den helsetjenestesøkende befolkning, diskontinuitet i behandlingssituasjonen.

Med bakgrunn i kunnskapene om verdiene ved en personlig, kontinuerlig, forpliktende og omfattende legetjeneste som en ideell primærhelsetjeneste, er det med stor uro vi opplever den skisserte utvikling. De uheldige virkningene kan unngås ved å la bedriftshelsetjenesten forbli som en naturlig del av primærhelsetjenesten og ikke en ny særomsorg!

Martin Holte



BEDRIFTSHELSETJENESTEN

Ved ass. Overlege Anne Alvik, Helsedirektoratet

Det sentrale ansvarsforholdet for bedriftshelsetjenesten har de siste 2-3 årene vært preget av uklarhet. Noe av bakgrunnen for dette er at det oppsto en uklar situasjon rent juridisk-administrativt: Arbeidsmiljøloven av 4. februar 1977 inneholder i § 30 lovhemler om visse sider av bedriftshelsetjenesten, samtidig som lov av 10. juni 1977 om helse-tjenester ved bedrifter skulle gi grunnlag for organisering av denne tjenesten. Denne loven administreres av Sosialdepartementet og Helsedirektoratet, men arbeidsmiljøloven administreres av Kommunaldepartementet og Arbeidstilsynet.

Det er enighet mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for arbeidstilsynet om en rekke vesentlige spørsmål vedrørende bedriftshelsetjenesten. Begge direktorater mener at den må være i prinsipp og hovedsak forebyggende. Begge mener at det har vært riktig å stille et stort spørsmålstegn ved nytten av rutinemessige, årlige legeundersøkelser av alle arbeidstakere. Direktoratene har støttet opp under utviklingen i retning av sjeldnere kontroller for store grupper av arbeidstakere, kombinert med selektive, målrettede undersøkelser av de som er utsatt for særlige påkjenninger i arbeidsmiljøet.

På ett punkt, og det er et vesentlig punkt, er uenigheten stor, idet Arbeidstilsynet synes å gå inn for bedriftshelsetjeneste som en "særømsorg", mens Helsedirektoratet arbeider for at den skal være en naturlig del av primærhelsetjenesten. Det er en rekke grunner til at vi mener det er riktig i Norge, og at helsemyndighetene må ha en viktig rolle.

I et land som Norge vil det være nesten umulig å utvikle bedriftshelsetjenesten

isolert fra den øvrige helsetjenesten. Selv med utstrakt organisering av fellesordninger for mindre bedrifter, vil det mange steder ikke være grunnlag for ordninger med heltidsansatt helsepersonell.

For å sikre en videre utbygging av bedriftshelsetjeneste for de mindre bedriftene, er det nødvendig med et nært samarbeid med helse-tjenesten på stedet. På samme måte som helsepersonell i primærhelsetjenesten ivaretar øvrig forebyggende helsearbeid, som helsestasjonsarbeid og skolehelsetjenesten, bør de også finne en plass i bedriftshelsetjenesten. Dette er det eneste realistiske hvis de små og mellomstore bedriftene i distrikts-Norge skal få tilbud om bedriftshelsetjeneste. Det samme gjelder primærnæringsene jordbruk, skogbruk og fiske.

Helsekontroller er en viktig del av bedriftshelsetjenesten. Helsekontroller for andre grupper enn arbeidstakere er et aktuelt tema, og Helsedirektoratet vil vurdere dette nærmere, bl.a. som en oppfølging av Siems utredning og på bakgrunn av oppfordringer fra en rekke organisasjoner. Helsekontroller for pensjonister, hjemmearbeidende osv. må vurderes i sammenheng med helsekontroller for arbeidstakere. Helsemyndighetene må være med og avgjøre i hvilken grad det er samfunnsøkonomisk og helsepolitisk ønskelig med tilbud om helsekontroller til hele befolkningen.

Bedriftslegen og den enkelte arbeidstakers egen almenpraktiker må ha mulighet for nær kontakt. Bedriftslegene må motstå presset de ofte føler både fra arbeidstakere og arbeidsgivere om utvidet behandlingsevne. Liberal adgang til behandling vil lett fortrenge det forebyggende arbeidet. Det samme gjelder for fysioterapeutene i bedriftshelsetjenesten.

Grunnlaget for allsidig almenpraksis må ikke utvies, og vi må unngå en utvikling som lar almenpraktikerne sitte igjen med bare de akutte arbeidsoppgavene som dukker opp etter vanlig arbeidstid. Når bedriftslegene konsentrerer seg om det forebyggende arbeidet, er det heller ikke så urimelig om de ikke deltar i legevaktene. Almenpraktikerne er best kvalifisert for legevakter og bør ideelt sett ivareta disse, selv om en mange steder ennå er avhengig av andre grupper leger.

Helsedirektoratet ønsker å medvirke til at helsepersonellet finner sin plass der behovet er størst. Vi kan ikke være med på en topp-prioritering av bedriftshelsetjenesten, på bekostning av bl.a. distriktshelsetjenesten, eldreomsorgen og HVPU. På den andre siden er det ingen grunn til noen stillstand innen bedriftshelsetjenesten. Det er tempoet i utbyggingstakten innen de ulike deler av helse-tjenesten som må koordineres med tilgangen på leger og annet helsepersonell.

Arbeidstilsynet har laget en framdriftsplan i tre trinn for bedriftshelsetjeneste. Etter denne skal næringer med tilsammen 900.000 arbeidstakere, eller over halvparten av landets sysselsatte, få pålegg om bedriftshelsetjeneste i løpet av en femårsperiode. Sosialdepartementet er i sterk tvil om §30 i arbeidsmiljøloven gir hjemmel for så omfattende pålegg, og har nylig bedt Kommunaldepartementet forelegge dette spørsmålet for Justisdepartementet. Som kjent sier §30 at det skal være verne- og helsepersonale ved bedriften når "det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet".

Sosialdepartementet er ikke uenig i prioriteringen av bransjene i framdriftsplanen,

men mener at utbyggingen fortsatt i hovedsak bør være frivillig, noe som også har vært Stortingets forutsetning. Vi er også i tvil om tempoet kan være fullt så høyt som Arbeidstilsynet legger opp til, men regner med at personellsituasjonen i annen halvdel av 80-åra kan bli lettere. Foreløpig avventer Sosialdepartementet mer detaljerte opplysninger om legebehovet, slik at Reguleringsrådet kan uttale seg.

Kommunene er nå i gang med planleggingen av helsetjenesten utenfor institusjon, og helserådet og den offentlige lege har her en sentral oppgave. Både i landkommuner og bykommuner får vi nå planer for bedriftshelsetjeneste som er klare eksempler på hvordan helserådet og den offentlige lege kan være drivkraft i den videre utbyggingen. Det lokale arbeidstilsynet og fagbevegelsen er viktige samarbeidspartnere.

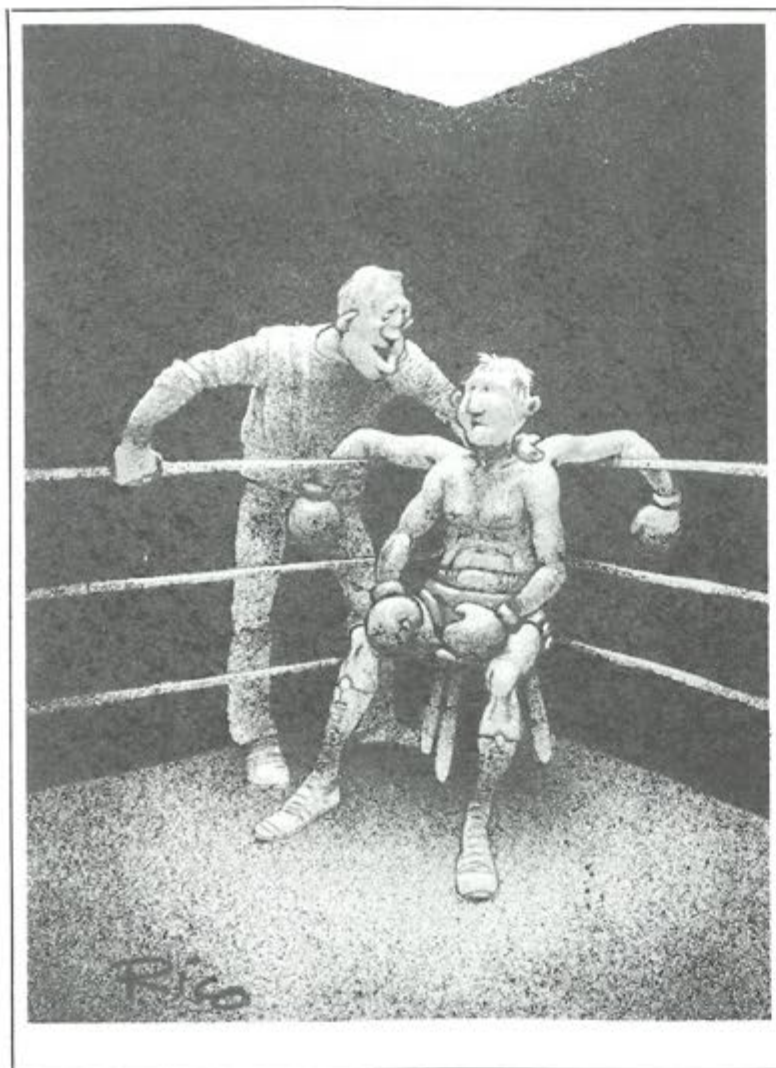
Videre må bedriftshelsetjenesten ha et nært og daglig samarbeid med vernetjenesten, som er administrativt forankret i Arbeidstilsynet.

Selv om bedriftshelsetjenesten prinsipielt må være en del av distriktshelsetjenesten, må vi ikke glemme at den har sine spesielle yrkesmedisinske problemer som krever kunnskaper og innsikt. Løsninger med heltids ansatte leger er en naturlig ordning der forholdene ligger til rette for det. Likevel vil alle bedriftsleger, og særlig de som er i bistilling, ha behov for annenlinje-ekspertise. Denne finnes bl.a. i Arbeidstilsynet, Yrkeshygienisk Institutt og vår hittil eneste yrkesmedisinske avdeling, ved Telemark Sentralsjukehus.

Helsepersonellet i bedriftene må få anledning til nødvendig etter- og videreutdanning, som bør skje i

nært samarbeid med yrkesorganisasjonene.

Det foreligger både administrativt-juridiske og faglige grunner til at både Helsedirektoratet og Arbeidstilsynet har viktige oppgaver i videreutviklingen av bedriftshelsetjenesten. Den uklare situasjonen krever utpreget evne og vilje til samarbeid, og Helsedirektoratet er innstilt på å bidra til dette. Vi regner også med at primærlegene og særlig de offentlige legene er interessert i samarbeid på lokalplanet. Det vil bli interessen og engasjementet på lokalplanet som blir avgjørende: hvis leger, sykepleiere og fysioterapeuter går inn for å utvikle en bedriftshelsetjeneste slik de mener den bør være, vil dette være viktig for å sikre en faglig god utvikling.



Forsert utbygging av bedriftshelsetjenesten og konsekvenser for familiehelsetjenesten

Av Overlege Sverre Landgård, Yrkesmedisinsk avdeling, Porsgrunn

I løpet av de siste 2-3 år har det pågått en tautrekking mellom enkeltpersoner i Direktoratet for Statens Arbeidstilsyn og Helsedirektoratet om hvilken etat som skal ha styringen med bedriftshelsetjenesten.

En skal ikke her gå inn på den etter hvert noe komiske striden denne drakampen har ført til. En vil bare kort repetere at enkeltpersoner i Direktoratet for Statens Arbeidstilsyn ønsker å benytte én paragraf i Arbeidsmiljøloven som utgangspunkt for å styre hele bedriftshelsetjenesten, samt å benytte den samme paragrafen til å forsere utbyggingen av bedriftshelsetjenesten med en tilførsel av 550 legeårsverk og 900 sykepleierårsverk innen utgangen av 1985.

De samme enkeltpersoner i Arbeidstilsynet arbeider nå også for å isolere bedriftshelsetjenesten fra primærhelsetjenesten ved å trekke denne tjenesten ut av den nær forestående Stortingsproposisjon om Lov om helsetjenester i kommuner, og dessuten å unndra bedriftshelsetjenesten fra Reguleringsloven for leger. På denne måten forsøkes det å få utbygget bedriftshelsetjenesten og å få styre den nye særordningen fra et nytt "Direktorat for Bedriftshelsetjeneste" under Kommunal- og Arbeidsdepartementet.

Hvilke konsekvenser kan en slik forsert utbygging og isolasjon av bedriftshelsetjenesten fra den øvrige helsetjeneste få for kvaliteten av arbeidet i bedriftshelsetjenesten og for familiehelsetjenesten?

Overføring av 550 legeårsverk og 900 sykepleierårsverk til bedriftshelsetjenesten i løpet av 4 år vil trolig føre til følgende:

a) Rekruttering av sykepleiere:

Hovedparten av de 900 sykepleierne vil bli rekruttert

fra sykehus, hvor det allerede er svært vanskelig å opprettholde driften p.g.a. sykepleiermangel. Det hevdes at man har en stor reserve av sykepleiere som ikke er i aktiv funksjon som sykepleiere, og at disse 900 sykepleierårsverkene vil bli hentet fra denne reserven. Mange av disse "hjemmeværende" sykepleierne har imidlertid ikke vært i aktiv tjeneste på mange år, og selv om de ville ønske å gå inn i sykepleiertjeneste i bedrifter som vanligvis har fast dag-arbeidstid, så vil de aller fleste av dem trolig tape i konkurransen med sykepleiere som kommer fra sykehus - og som også for en stor del ønsker fast arbeidstid. Sykepleiere som kommer fra sykehus, vil kunne vise til aktiv tjenestepunkt helt frem til det tidspunkt de søker stillinger i bedrifter og vil derfor gå foran de hjemmeværende sykepleierne. En kan bare ane hvilke konsekvenser en tapping av 8-900 sykepleiere fra sykehus vil få for sykehusdriften i fylkene. I enkelte distrikter vil dette kunne få katastrofale følger for sykehusdriften.

b) Rekruttering av leger.

De 550 legeårsverkene vil bli rekruttert fra leger som bare i meget liten utstrekning har forhåndskunnskap i bedriftshelsearbeid og forebyggende helsearbeid. De samme legene har god utdannelse i kurativ medisin. Skal disse legene kunne utføre adekvat forebyggende helsearbeid i bedrifter, betinger det at de i løpet av meget kort tid må få tilleggsutdannelse i dette fagområdet. Det finnes i dag praktisk talt intet apparat som kan sørge for en slik utdannelse av bedriftsleger i løpet av kort tid.

Konsekvensen vil derfor være at man ansetter et stort antall leger i en funksjon som de ikke har lært å utføre og som de

ikke har mulighet til å lære å utføre før om lang tid. Selv om det måtte være behov for et vesentlig større antall leger i bedriftshelsetjenesten enn det vi har i dag, så tilsier enhver fornuftig vurdering at rekrutteringen må skje langsomt, slik at legene kan få skaffet seg adekvat utdannelse.

I motsatt fall vil disse legene utføre det arbeid som de fra før har lært å utføre - nemlig k u r a t i v virksomhet. På den måten vil de komme til å undergrave familiehelsetjenesten i stedet for å underbygge og støtte den - noe som kan oppnå dersom en velger en langsom utbyggingstakt.

c) Virkningene av forsert utbygging.

Dersom bedriftshelsetjenesten blir trukket ut av Reguleringsloven, vil begrunnelsen for det være at en ønsker å prioritere denne helsetjenesten høyere enn primærhelsetjenesten forøvrig. En slik markant forskjell i prioritering vil kunne skape unødige lokale kollegiale konflikter.

Ved en forsert utbygging av bedriftshelsetjenesten vil de leger som blir satt til å utføre denne tjenesten få store problemer med å fylle sin tid med meningsfylt forebyggende helsearbeid. Følgelig vil disse leger istedet ty til å utføre det arbeidet som de kan best - nemlig k u r a t i v t arbeid. "Direktoratet for Bedriftshelsetjeneste" vil da trolig foreslå at bedriftslegene bør "avhjelpe den vanskelige situasjon som primærhelsetjenesten befinner seg i", og altså "hjelpe" familiehelsetjenesten med å utføre kurativt arbeid. Følgelig vil familiehelsetjenesten gradvis gli over som "en naturlig del" av bedriftshelsetjenesten. På denne måten vil den foreslåtte forserte utbygging av bedriftshelse-

tjenesten kunne føre til at familiehelsetjenesten splittes opp og desintegreres.

d) Delt administrasjon for den enkelte lege.

Dersom helsetjenesten i lokalmiljøet, som følge av den foreslåtte isolering av bedriftshelsetjenesten fra den øvrige helsetjeneste, kommer til å bli administrert fra 2 forskjellige direktorater, vil dette kunne føre til lokale kollegiale stridigheter som primærhelsetjenesten vil være lite tjent med.

I tillegg til at en kan få konflikter mellom enkelte leger som administreres fra to forskjellige direktorater og ut fra forskjellig prioriteringskriterier, vil en også kunne oppleve personkonflikter som følge av at én og samme person vil komme til å bli administrert fra to departementer.

Dette vil kunne bli en følge av at svært mange av de 700-750 legeårverkene som bedriftshelsetjenesten etter planene vil omfatte etter 1985, vil komme til å bli delt mellom mange flere leger. Kanskje bare 150-200 leger vil bli ansatt i heltidsstillinger, mens de øvrige ca. 550 legeårverkene vil bli delt mellom 1000-1500 leger. Ved en oppsplitting av helsetjenesten vil den enkelte av disse legene komme til å bli administrert fra to forskjellige direktorater - med de ubehageligheter dette vil føre til for den enkelte lege.

De nye 900 sykepleierne, samt de som bedriftshelsetjenesten allerede har engasjert, vil komme i tilsvarende administrativ konflikt mellom to direktorater.

Hvilke ulemper en slik "dobbeladministrering" vil kunne komme til å medføre, har en i dag ingen oversikt over, men at situasjonen kommer til å bli uholdbar for den enkelte deltager i bedriftshelsetjenesten - synes det ikke å være noe tvil om.

e) Hvordan løse problemene?

Det kan ikke være tvil om at de oppkonstruerte problemer i utgangspunkt er enkle å løse. Dersom en går tilbake 5-6 år og ser på den

relativt konfliktløse situasjon en da var i, da bedriftshelsetjenesten ble ledet fra en uavhengig gruppe som hadde representanter fra Lægeforeningen, LO og NAF, kan det ikke være tvil om at en nå må skjære gjennom de oppkonstruerte konflikter som hersker mellom de to direktorater.

Man bør komme frem til en styringsgruppe - gjerne et eget direktorat - som står midt mellom Helsedirektoratet og Direktoratet for Arbeidstilsynet, og som finansieres 50/50 fra de to departementene.

En kan vanskelig tenke seg noen bedre løsning enn dette, og at rekrutteringen av helsepersonellet til bedriftshelsetjenesten får den samme prioritet som rekrutteringen til familiehelsetjenesten.



Reportasje fra Arbeiderbladet
fredag 16. januar 1981

Bedriftshelsetjenesten endelig avklaring

Endelig er det avklart hvilke myndigheter som skal ha ansvaret for utbygging av bedriftshelsetjenesten etter arbeidsmiljøloven.

Særlig har LO.s miljøkontor, og blant annet Arbeidsmandsforbundet, engasjert seg for å få bedriftshelsetjenesten underlagt Arbeidstilsynet og kommunal og arbeidsdepartementet.

Kommunalminister Harriet Andreassen fortalte at det nå er enighet mellom hennes departement og sosialdepartementet, da hun i går innledet på en tillitsmannskonferanse i Arbeidsmandsforbundets regi på Røros. Saken er ennå ikke behandlet i Regjeringen.

Andreassen opplyste at bedriftshelsetjenesten likevel ikke vil bli foreslått lagt inn under den bebudede lov om helsetjeneste i kommunene, som en del av den ordinære helsetjeneste. Dermed blir det ikke Helse- og Sosialdepartementet som skal ha ansvaret for bedriftshelsetjenesten etter arbeidsmiljøloven, og fagbevegelsen får det som den vil.

Arbeidstilsynet er for øvrig allerede godt i gang med første trinn i den femårsplan både sosialdepartementet og kommunal- og arbeidsdepartementet har godkjent.

Harriet Andreassen opplyste også på tillitsmannskonferansen at det ser ut til å gå i orden med regionale verneombud for bygg og anlegg.

Forholdet mellom bedriftshelsetjeneste og distriktshelsetjeneste

Samarbeidsformer mellom bedriftslegen og familielegen

Av ass. Overlege Harald Siem, Oslo Helseråd

Bedriftslegens og familielegens arbeid berører hverandre og overlapper hverandre tildels.

Før vi diskuterer samarbeidsformer mellom de to, kan det være nyttig å se på hva de står for hver for seg.

Familielege er et noe romantisk begrep, som vi føler hører fortiden til. Det var legen som behandlet alle i familien når de var syke, kom på sykebesøk til en hver tid på døgnet, og ikke hadde det travelt.

I dag dekker almenpraktiserende leger funksjonen for familielegen. Noe mer realistisk forventer man seg at almenpraktikeren alene, eller sammen med andre almenpraktikere, skal stå for en tjeneste som omfatter den generelle medisinen, - som ikke krever spesialisert innsikt eller utstyr, og som er direkte tilgjengelig for pasientene. Men noe forskjellig valør blir almenpraktikerne også kalt for primærleger, den almenmedisinske tjeneste hører inn under distriktshelsetjenesten, og utføres av privatpraktiserende almenpraktikere, offentlig ansatte almenpraktikere (bydelsleger) og distriktsleger.

De legeorganisasjoner som organiserer distriktslegene og de privatpraktiserende almenpraktikerne, har for noen år siden stillt opp ideelle krav til seg selv. Almenlegetjenesten skal være kontinuerlig, omfattende, forpliktende og personlig.

Det vil si at tjenesten skal være tilgjengelig når pasienten trenger den, det skal utvikles et fast forhold mellom lege og pasient, slik at pasienten slipper stadig nye leger å forholde seg til, tjenesten skal ikke bare være tilgjengelig noen timer på døgnet, men omfatte vaktord-

ninger og være lett å nå fram til, og de medisinske tjenester som utføres skal være omfattende. En god almenpraktiker skal faglig sett beherske den vesentlige del av alle de spesialiserte medisinske fagfelt som er nødvendig for å kunne behandle de fleste av pasientens sykdommer, og vite når henvisning til spesialist er nødvendig.

Den norske lægeforening, og mange offentlige organer, f.eks. Oslo kommune, har sluttet seg til denne ideelle modellen for leger i distriktshelsetjenesten. Dersom legene lever opp til idealene om personlig, kontinuerlig, forpliktende og omfattende legetjenester blir oppfylt, vil legen kunne samle opplysninger og kjennskap til den enkelte pasient over tid, pasienten vil føle seg mindre fremmed i konsultasjonssituasjon hos legen, legen vil bli kjent med sin befolkningsgruppes sannsynligheter for forskjellige sykdommer, og befolkningens verdsett.

Det er klart at idealene ikke er oppfylt på alle steder i landet. En viktig grunn til dette er den store underbemanning som fortsatt eksisterer i distrikts-helsetjenesten. En annen grunn er at man særlig i de store byene har en rekke almenpraktiserende leger med hemmelig telefonnummer, og derfor er vanskelig tilgjengelig. Enkelte kolleger kan vel også kritiseres for å benytte seg av henvisningsmuligheter noe raskt.

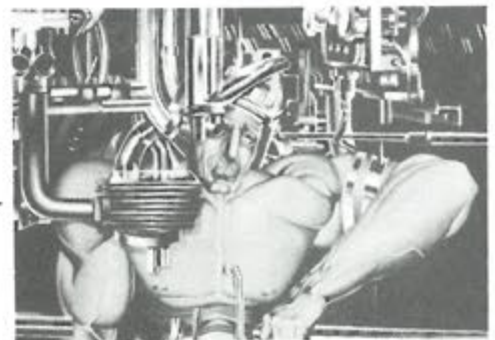
Men det arbeides for å nærme seg idealene. Bedre bemanning, vaktordninger og bedre økonomi vil bedre almenhelsetjenesten. Idealene ligger til grunn for almenpraktikerne og distriktslegenes motvilje mot særomsorger, hvor altså en del av arbeidsfeltet blir organisert uavhengig av resten av helsetjenesten, og de ligger til grunn for det utdanningsapparat som legene har pålagt seg selv i almenmedisin. Som eneste

gruppe innenfor legestanden har de ikke bare satt vesentlige krav for å oppnå en spesialisttittel (almenpraktiker) DNLF, men også pålagt seg krav om praktisk tjeneste (3 mndr.) og kurs-timer (200) hvert 5. år for å opprettholde denne tittel.

Hvordan ser så den ideelle bedriftslege ut? Han kan best beskrives ved de oppgaver han er forventet å løse.

Etter de gamle idealer skulle bedriftslegen ha sin interesse henvendt mot arbeidsmiljøet, og sørge for at helsemessige hensyn var med når arbeidet skulle tilrettelegges. Dernest skulle han utføre helsekontroller av de ansatte, for å spore opp sykdom på et tidlig tidspunkt og til slutt føre fraværkontroll.

Etter den nye lovgivning står bedriftslegen som den som gjennom helsetjenesten i nært samarbeid med bedriftsledelsen, arbeidstakere og vernetjenesten arbeider med yrkesmedisinske og yrkeshygieniske tiltak. Disse omfatter kartlegging av bedriftens arbeidsmiljø med henblikk på mulige helseskadelige forhold, be-



dring av arbeidsmiljøet og eliminering av sykdomsfremkallende miljøfaktorer og forebygging av ulykker og skader.

Helsetjenesten står også for helseopplysning og rådgivning ved utforming av arbeidsplassen, opplæring i verne- og miljøarbeid av arbeidsledere og verneombud og andre og overfor den enkelte arbeidstaker for å sette ham best mulig i stand til å ivareta egen helse og sikkerhet.

Til slutt skal bedriftslegen utføre helsekontroller av nyansatte, utføre målrettede og selektive helseundersøkelser av arbeidstakere som er utsatt for særlig helse- risiko, utføre periodiske helsekontroller forøvrig og følge opp hyppige eller langvarige sykefravær.

Bedriftshelsetjenesten er pålagt arbeid med attføring og omplassering av arbeidstakere som har behov for det.

Til slutt er det nevnt at bedriftshelsetjeneste i begrenset omfang kan behandle sykdommer, dog ikke slik at det fortrenger de forebyggende gjøremål, og helst slik at de tjener og utfyller det forebyggende helsearbeid. Det er nevnt i forskriftene om bedriftshelsetjenesten at eventuell behandling bør skje i samarbeid med den enkelte arbeidstakers behandlende lege.

Bedriftslegen er med andre ord en lege som hører arbeidsplassen til, og som er tilgjengelig for de ansatte og påvirker den enkelte bedrifts miljøhygieniske utforming. Den ideelle bedriftslege er godt utdannet i epidemiologi for kartlegging av arbeidsmiljøet og helseskadelige forhold, har forstand på ulykker og forebygging av slike, har forstand på ergonomi, en velutformet arbeidsplass, og vil drive aktivt helseopplysningsarbeid.



Bedriftslegen må spesielt forventes å ha innsikt i sin bedrifts spesielle yrkesmedisinske risiko, og dette kan selvfølgelig variere fra kjemiske stoffer til stillaser, støy og mekanisk utstyr.

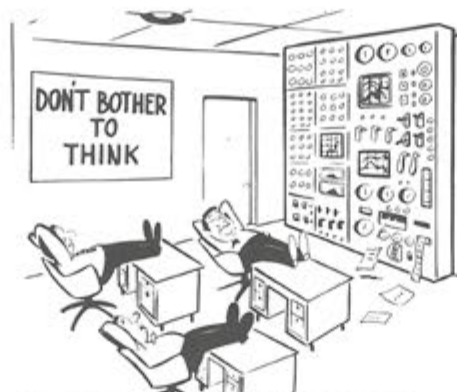
Kritikken av bedriftshelsetjenesten slik den har utviklet seg, har vært at bedriftslegene ikke i tilstrekkelig grad har engasjert seg i arbeidet "på dørken", d.v.s. utforming av arbeidsmiljø. Det nye initiativ som nå er tatt med bakgrunn i lov om bedriftshelsetjeneste og arbeidsmiljølovens § 30 er forventet å rette noe på dette.

Jeg tror det vil ta lengre tid før bedriftslegene i realiteten svarer til sine idealer enn almenpraktikere. Det er mange grunner til at jeg tror dette.

For det første står bedriftshelsetjenesten nå overfor en rask utbygging, og det er lite trolig at man klarer å utdanne legene, omskolere dem, slik at mange leger på kort sikt får den kompetanse som lov om bedriftshelsetjeneste forutsetter.

For det andre tror jeg lovgivningen forutsetter at det finnes kompetanse som jeg tror skorter sterkt. Blant annet er forventningene til helseopplysning betydelig overdrevne. Bortsett fra det alle vet, at det er skadelig å røyke, at det er fornuftig å bruke det utlagte verneutstyr, at det er riktig å vaske hendene av og til og at betydelig overvekt kan være usunt på lang sikt, er det få ting legene kan fortelle befolkningen som ikke mer eller mindre er bundet til legens verdsett og livssyn mer enn til absolutte medisinske sannheter.

Jeg tviler også sterkt på at legene har særlig innsikt i arbeidsmiljø og kan bidra til å eliminere sykdomsfremkallende miljøfaktorer mer enn de som arbeider på de forskjellige arbeidsplassene i en bedrift. Det legene muligens kan bidra til, er bedre å formulere problemene, og i samarbeid med verneombud og andre foreslå løsninger. Min erfaring er imidlertid



at mange gode forslag foreligger, men det er økonomiske hindringer for at arbeidsmiljøet kan forbedres.

Til slutt kan nevnes at forventningene til helsekontroller er betydelig overdrevet i befolkningen, det er bare visse sykdommer som kan oppspores og behandles med godt resultat gjennom slik virksomhet. For mennesker i voksen alder vil det stort sett begrense seg til høyt blodtrykk for menn, og livmorhalskreft og muligens brystkreft for kvinner. Det kan være aktuelt å få målt sin kolestereolverdi en gang i livet, og for eldre arbeidstakere kan det komme på tale å vurdere syn, hørsel og trykk på øyet. Helsekontrollene kan selvsagt gi meningsfylt innhold utover dette, men det er særlig med tanke på skjult sykdom at forventningen og realitetene spriker så sterkt.

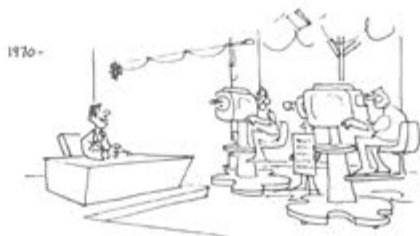
Den viktigste grunn for at jeg tror det er langt igjen for realitetene svarer til idealene i bedriftshelsetjenesten er en beklemmende følelse av at mange arbeidstakere egentlig ikke ønsker en bedriftshelsetjeneste slik som idealene beskriver den.

Mange ønsker å komme lett til lege når de er syke, trenger sykemelding eller en reseptfornyelse, og de ønsker helsekontroller for å vite at ikke noe er galt med dem. Dette er de umiddelbare goder, som også ligger bak utviklingen av det lappeteppet av bedriftshelsetjeneste som har utviklet seg i noen byer. Her er det åpenbart ikke yrkeshygiensisk risiko som har vært utslagsgivende, kontorpersonale i små og mellomstore bedrifter med lav risiko med tanke på enhver sykdom har skaffet seg av-

taler om årlige helsekontroll og muligheter for snarlig henvisning til spesialister gjennom sine bedriftsleger. Fordelingen av bedriftsleger over arbeidstid pr. uke taler sitt tydelige språk (Tabell 1). Mobil bedriftshelsetjeneste som besøker arbeidsplassen en gang i året er også et uttrykk for slik vingeklippt bedriftshelsetjeneste.

Når all denne skepsis til bedriftshelsetjenestens utvikling er nevnt, skal det selvfølgelig tilføyes at også almenpraktikeren, eller familielegen, står langt fra idealene. Legevaktsordninger som ikke fungerer, eller bemannes av spesialiserte sykehusleger, hemmelige telefonnummer hos legene, underbemanning eller sogar null-bemanning i visse distrikter og faglig isolasjon og manglende oppfølging hos enkelte leger er realiteter vi er nødt til å erkjenne.

Og for at ikke de skeptiske bemerkninger om bedriftshelsetjenesten skal dominere bildet er jeg nødt til å understreke



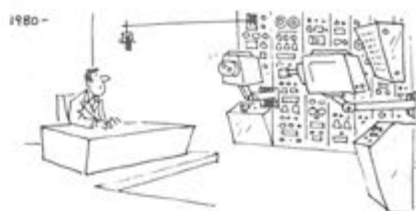
at utbyggingen av en engasjert bedriftslegetjeneste etter lovens intensjoner, og på de arbeidsplasser hvor arbeidsmiljøet frembyr helseproblemer som er særegne for arbeidet, må hilses velkommen.

Bedriftshelsetjenestens og familielegens arbeide for sine pasienter berører og overlapper hverandre tildels. Vi er kommet så langt at vi kan diskutere samarbeid mellom de to sektorer.

Etter hva som er nevnt ovenfor vil jeg hevde at det er store grupper arbeidstakere i samfunnet som har arbeidsplasser som ikke medfører noen spesiell yrkesmedisinsk

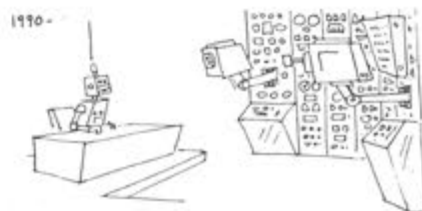
risiko, og hvor utviklingen av en bedriftshelsetjeneste nærmest er meningsløs. For disse arbeidstakere burde både helseopplysningsoppgaver og helsekontroller foregå hos familielegen, slik at arbeidstakeren får færre leger å forholde seg til. Derigjennom får arbeidstakeren bygget opp et forhold til familielegen i ett aldersavsnitt hvor rådgivning kan være viktig, men sykdom bare i beskjeden grad forekommer.

På arbeidsplasser hvor en del av arbeidstakerne har en klar yrkesmedisinsk belastning som følge av sitt arbeid, mens andre arbeidstakere på personalsiden neppe kan sies å være særlig utsatt, begynner sirkelene å overlappe. Her kan det være hensiktsmessig at alle arbeidstakere får samme tilbud ved bedriftens helsetjeneste, og en oppgave for bedriftshelsetjenesten er å formidle opplysninger både om resultatet av helsekontroller og behandling av sykdom til arbeidstakerens behandlende lege. De store bedrifter kan selvsagt bygge opp en fullverdig helsetjeneste som kan stå på egne ben. Enkelte ganger har man endog sett at disse har tatt ansvar for arbeidstakernes familier, ja endog venner og også pensjonister. Det blir her vanskelig å trekke grense for hvor langt man skal gå. Dersom bedriftshelsetjenesten ikke kan tilby kontinuerlige tjenester, legevakt og hjemmebesøk, kan man lett se at tjenestetilbudet kan bli oppstykket, og kan bli til lite gagn for pasienten. I mange tilfelle ser man imidlertid at de almenpraktikere som arbeider i et område også tar på seg bedriftslegeoppgaver, slik at man oppnår kontinuitet ja endog en større kontinuitet enn hva som ellers ville vært tilfelle.



Det kan være vanskelig for de almenpraktiserende leger å forstå bedriftens struktur, og særlig den spesielle yrkesmedisinske risiko. Her ligger hovedbegrunnelsen for bedriftshelsetjenesten, her ligger hovedsvikten i legenes kompetanse.

Den enkelte bedriftslege som blir ansatt i en bedrift, må bygge opp kompetanse, og utvikle seg sammen med bedriften. En god bedriftslege fra Norcem er ikke nødvendigvis en god bedriftslege på en skofabrikk, fordi det er så mange spesielle forhold knyttet til arbeidsprosene som han må beherske. Det er med andre ord ikke mulig å utdanne leger slik at de kan opptre som generalister i bedriftshelsetjenesten, de må spesialisere seg på den spesielle arbeidsplass. Men samtidig må bedriftslegen altså beholde en del av almenpraktikerens generalistpreg, fordi det jo ikke er pasientens sykdommer som er spesielle.



Vi står med andre ord overfor et dilemma hvor utbyggingen av bedriftshelsetjenesten delvis kan føre til dobbelkjøring med almenlegetjenesten, delvis oppfattes som en særomsorg som står til hinder for en fullverdig almenlegetjeneste. På den annen side kan almenlegetjenesten bare i begrenset omfang ivareta bedriftens behov for medisinsk engasjement og ekspertise.

Det finnes etter mitt skjønn bare en løsning på dette problemet, den er at begge tjenester må sees under ett, og distriktshelsetjenesten, almenlegetjenesten og bedriftshelsetjenesten i de enkelte bedrifter planlegges under ett. Bedriftshelsetjenesten, som er forskjellig utformet på de forskjellige arbeidsplasser, må fint tilpasses distrikts-

helsetjenesten på linje med annet medisinsk arbeid, og for all del ikke bli en selvstendig gjøkunge i samfunnsreiret. Bedriftshelsetjenesten må ikke ekspandere raskt, og tilby helsetjeneste for sine ansatt innenfor arbeidstiden som langt overgår det distriktshelsetjenesten forøvrig kan tilby den gjennomsnittlige befolkning. Dette er urimelig disponering av ressurser, og kan skape store samarbeidsvansker mellom helsepersonell, og forvirre den enkelte bruker.

Den kommende lov om helse-tjeneste i kommunene forutsetter da også bedriftshelsetjenesten tilpasset helse-tjenesten forøvrig. De signaler som er gitt fra arbeidstilsynet om en rask utvikling av bedriftshelsetjenesten, synes jeg truer med kaos og konflikt. Så langt begrunnelsen for utvikling av bedriftshelsetjeneste etter Arbeidsmiljølovens paragrafer hatt et reelt yrkesmedisinsk siktemål, hersker det ingen uoverensstemmelse. Men når begrunnelsen for utvikling av bedriftshelsetjeneste for kontorpersonele støtter seg på at de har uregelmessig

arbeidstid, utbredt reisevirksomhet, natt- og kveldsarbeid, og at arbeidet medfører opphold i røykfylte lokaler, uregelmessig kosthold og stressituasjoner, så er kriteriene uklare og grensen overfor andre innbyggere uskarp. Men ikke bare dette forhold, at vi får almenhelsetjeneste tilbudt på 2 nivåer, men også urimelig ressursutnyttelse vil bidra til kaos. I de kommende år vil Lov om regulering av legetjenester gjelde, først og fremst for at leger, som fortsatt er en knapphetsfaktor i helsevesenet, vil søke seg stillinger i utkant-Norge. En rask utvikling av bedriftshelsetjenesten sentralt vil uthulse intensjonene i denne loven.

I den framtidig Lov om helse-tjenesten i kommunene er det forutsatt at kommuner blir ydet et rammetilskudd for å bygge ut sin helse-tjeneste. Bedriftshelsetjenesten er imidlertid tenkt finansiert av bedriftene selv. Økonomisk sett vil kommunene selvfølgelig ikke ha mye imot at bedriftene også tar på seg almenlegeoppgaver og derved minsker presset på kommunal

utbygging. Kommunenes inntekter er jo allerede gitt, og utbygging av helsetjenester betyr økte utgifter. Bedriftshelsetjenesten kan med andre ord komme til å bli en sovepute for utvikling av en anstendig distriktshelsetjeneste.

På den annen side, dersom bedriftshelsetjenesten blir fint tilsydd distriktshelsetjenesten, med spesiell yrkesmedisinsk kompetanse på bedriftenes egne problemer, begrenset behandling for de ansatte, og forøvrig et forpliktende samarbeid med distriktshelsetjenesten, vil fremtiden se lysere ut. Det blir da ikke snakk om noen gjøkunge, men en brikke som hører med i puslespillet. Det er derfor å håpe at distriktshelsetjenesten får utvikle seg først, og at bedriftshelsetjenesten etter hvert fyller ut de hullene hvor de står nærmest og er best egnet til å utføre helse-tjenester.



BEDRIFTSHELSETJENESTEN - SETT FRA PERIFERIEEN

Ved distriktslege Ivar Sönbö Kristiansen, Kvæfjord

Undertegnede har sin erfaring som distriktslege fra flere utkankommuner i Vest-Norge og Nord-Norge. Næringsgrunnlaget er trolig representativt for utkant Norge: Småbruk og fiske er viktige næringsveier, mens industriarbeidsplassene er få og usikre. Likevel har jeg blitt møtt av adskillige anmodninger om å fungere som bedriftslege. Bakgrunnen har oftest vært et ønske om å gjennomgå regelmessige helsekontroller, sjelden har noen ønsket bistand til å løse arbeidsmiljøproblemer.

Bedriftshelsetjenesten kan antas å dekke tre typer behov: kurativt legearbeid, helsekontroller og tiltak for å bedre arbeidsmiljøet.

Det er rimelig at folk ønsker at det skal være lett å komme til lege. Imidlertid er det neppe noen grunn til at ansatte i bedrifter skal ha noen spesielle fortrinn i så måte. Hvis noen skal få slike privilegier, bør de heller gis til gamle og ressurssvake.

I små landkommuner fungerer distriktslegen langt på vei som familielege med kurativt ansvar for alle familiens medlemmer. Hvis enkelte familiemedlemmer skal få dekket behovet for kurativt legearbeid hos en særskilt bedriftslege, vil denne ikke ha distriktslegens mulighet til å bli godt kjent med alle familiemedlemmer. Distriktslegen vil selvfølgelig få tilsvarende redusert kjennskap til familien. Bedriftshelsetjeneste med betydelig innslag av kurativt legearbeid vil således føre til, totalt sett, en svekkelse av det kurative legearbeid i kommunen. Bedriftshelsetjenesten skal ved helsekontroller bidra til det individrettede forebyggende helsearbeid. Folk vil gjerne ha en "årlig sjekk". Etter min erfaring er det først og fremst dette som har vært bakgrunn for de henvendelser jeg har fått i anledning bedriftshelsetjeneste. Det synes å gjø-

re seg gjeldende en nærmest religiøs tro på nytten av helsekontroller. Særlig blir troen sterk hvis legen tar i bruk avanserte, tekniske laboratorieprosedyrer. Helsekontrollene synes å ha overtatt en del av prestens tidligere rolle, en forvissning om at man skal leve evig, i alle fall til neste års helsekontroll. Harald Siem har som kjent kritisk gått gjennom en rekke screeningundersøkelser, og har funnet at bare de aller færreste holder vitenskapelig mål. Jeg har møtt mange legfolk som har blitt bestyrtet og skuffet når de har blitt fortalt dette. Man vil så gjerne ha en forsikring om man er frisk og vil forbli det det nærmeste år (og kan beholde de usunne levevaner!).

Bedriftshelsetjenestens viktigste oppgave er å bidra til bedring av arbeidsmiljøet, men dette er neppe grunnlaget for de sterke krav om bedriftshelsetjeneste som gjør seg gjeldende i den norske befolkning for tiden. Etter min erfaring er det begrenset hva legen kan tilby når det gjelder bedring av arbeidsmiljøet i små bedrifter i utkantstrøk. De forbedringer som kan gjøres, er ofte åpenbare, men blir ofte ikke iverksatt pga. sviktende økonomi. Det er likevel rimelig å anta at distriktslegen kan bistå bedrifter med å løse lokale arbeidsmiljøproblemer. Enkelte ganger vil det være behov for yrkesmedisinsk ekspertise, og samarbeid med arbeidstilsyn og sentrale institusjoner vil være nødvendig. Slikt arbeid vil være inspirerende for de mange distriktsleger som er opptatt av forebyggende helsearbeid og samfunnsmedisin.

Etter min vurdering er det forkastelig å innføre bedriftshelsetjeneste som en særomsorg i landets mange små kommuner. Bedriftshelsetjenesten bør integreres i den øvrige distriktshelsetjeneste. Dette sikrer at familielegeprinsippet ivaretas. Hele befolkningen har behov for rasjonelle helse-

kontroller på vitenskapelig grunnlag. Derfor bør både ansatte i bedrifter og andre få tilbud om regelmessige helsekontroller. Helsepersonellet bør dessuten bistå bedriftene ved løsning av arbeidsmiljøproblemer. Det er rimelig å anta at både leger og andre yrkeskategorier mangler de nødvendige forutsetninger for å fylle oppgaven. Et bedre kurstilbud er nødvendig på dette området.

Den skisserte modell vil være brukelig også i byene hvis helsetjenesten der oppdeles i sektorer med helsepersonell som har ansvar for en avgrenset del av kommunen. Den kommende lov om helsetjenesten i kommunene vil gjøre det lettere å planlegge en sektorisert helsetjeneste i store kommuner. Den skisserte modell vil imidlertid ikke dekke behovet for bedriftshelsetjeneste i de store industriforetagender som for eksempel Norsk Hydro, Norsk Jernverk o.a. Problemene i slike bedrifter er så store at de har behov for bedriftslege på heltid. Kvæfjord kommune har startet arbeide med å utforme en fremtidig bedriftshelsetjeneste for hele kommunen. En plankomite har vært i arbeide, og det ble fattet beslutning om å starte et prøveprosjekt med forebyggende helsearbeid til alle uavhengig av yrkesstatus. Man besluttet i første omgang å gi et tilbud til alle født i årene 1930-49 (30-49 år).

Alle innbyggere født i årene 1930-49 ble tilskrevet med tilbud om å delta i prøveprosjektet. De tilskrevne ble anmodet om å fylle ut et spørresjema med opplysninger om helsetilstand, yrkesstatus, miljøproblemer på arbeidsplassen og røykevaner. Det ble dessuten spurt om høyt blodtrykk, hjertesykdom og kreft. De tilskrevne ble anmodet om å møte frem til en enkel legeundersøkelse.

Den aktuelle legeundersøkelse ble avviklet over en tre ukers periode med kon-

Forts. s. 29

Bedriftshelsetjenesten i Verdal (Norsk Folkehjelp)

Eksempel på en type fellesordning

Ved almenpraktiker/bedriftslege Jostein Holmen, Verdal

Artikkelen skisserer hvordan en fellesordning for 27 bedrifter med ca. 1600 ansatte startet opp og hvordan arbeidet er organisert. Ordningen har vært i drift i 3 år.

STARTFASEN:

Utgangspunktet:

Verdal kommune har ca. 13.000 innbyggere og har de siste åra hatt 6-8 leger, et kommunalt helsesenter og et eget bedriftslegekontor for bygdas største bedrift (Aker Trøndelag, avd. Verdal) med ca. 800 ansatte. Den kommunale arbeidervernnemnda tok i 1976 kontakt med Norsk Folkehjelp, og jeg ble da med som representant for legegruppen ved Helsesentret i interimstyret som skulle planlegge utbyggingen av bedriftshelsetjenesten for ei rekke mellomstore og mindre bedrifter. Det ble vedtatt å følge vedtektene Norsk Folkehjelp har når det gjelder organisatorisk styring og økonomisk drift. De aktuelle bedriftene var meget variert, fra kontorbedrifter til tungindustri og anleggsarbeid. Bedriftene varierte i størrelse fra 6 til 450 ansatt.

Kryssende hensyn:

Til tross for nytt helsesenter og relativt bra legedekning var det ventetid for å komme til lege, og den gjennomsnittlige arbeidstida for legene var 50-60 timer pr. uke. Dersom vi skulle følge de vanlige normene for legetimer måtte vi ansette nesten to leger i full stilling for 1600 ansatte. En slik prioritering av bedriftshelsetjenesten fant vi ikke var riktig pga. hensynet til de andre gruppene i kommunen som da måtte få redusert legetilbud. Hensynet til kollegene i kommunen spilte også inn. Det ble derfor akseptert å satse i stor grad på hjelpepersonell.

Følgende personell ble ansatt:

Lege ca. 1/3 stilling.
Ledende bedriftssykepleier

1/1 stilling.
Sykepleier 3/4 stilling.
Kontorassistent 3/4 stilling.
Fysioterapeut 1/8 stilling.

ARBEIDSOPPLEGG/ARBEIDSFORDELING:

Arbeidet er prøvd lagt opp slik at arbeidsmiljøproblemene har første prioritet. Helsekontrollene er lagt opp slik at alle arbeidstakerne ble innkalt de to første åra. Fra 3. året ble det gjennomført større grad av selektering.

Sykepleieren som arbeider full stilling er nøkkelpersonen. Det er hun som er den daglige leder av kontoret, hun skal kjenne hver enkelt arbeidstaker og eventuelle problemer som vedkommende har. Hun er kontaktpersonen ovenfor bedriftene. Sykepleierne foretar de rutinemessige helsekontrollene med vanlige laboratorieprøver og en grundig samtale med hver enkelt arbeidstaker. Kontorassistenten gjør alt kontorarbeid, arkivarbeid, innkallinger, maskinskriving etter diktafon osv. Hun er også styrets foretningssjef og sekretær.

Fysioterapeuten har bare forebyggende arbeid, dvs. instruksjon i gruppegymnastikk og ergonomiske vurderinger med individuell instruksjon. Pga. den kanpe arbeidstida er det klart at fysioterapeuten

må prioritere sterkt hva hun skal gjøre. Mesteparten av de ergonomiske vurderingene må sykepleier eller lege utføre.

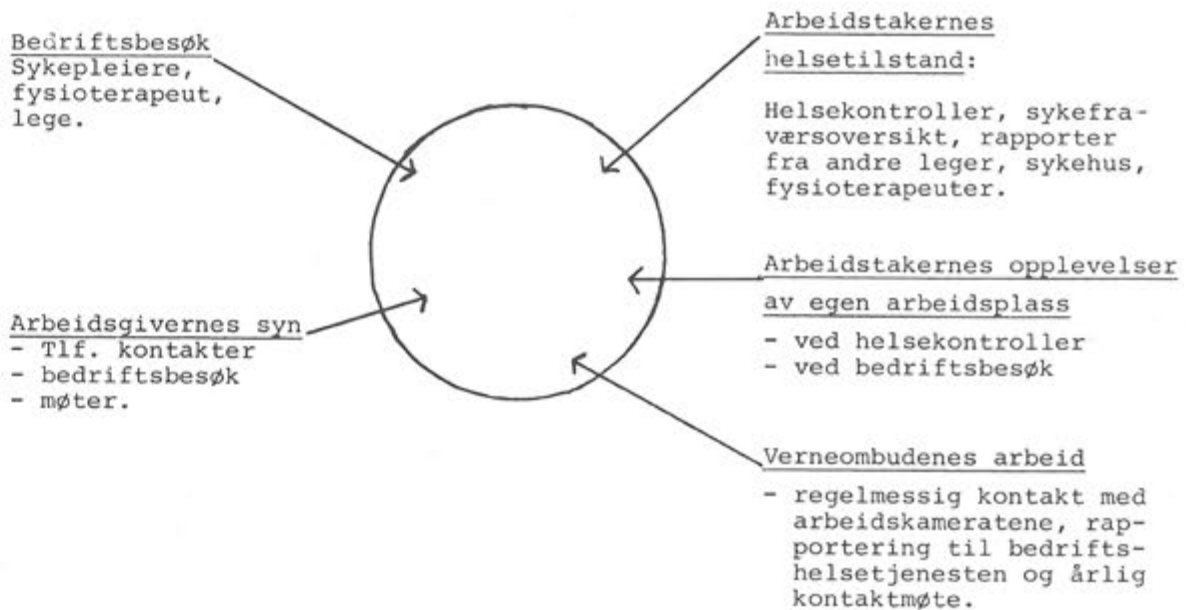
Bedriftslegen arbeider her to dager i uka. En dag er avsatt til konsultasjoner av arbeidstakere med spesielle problemer som sykepleierne ikke kan ta seg av. Hvem som skal inn til legen blir i hvert tilfelle vurdert i samarbeid mellom lege og sykepleier. Dette blir stort sett arbeidstakere med kroniske sykdommer, mye sykefravær, der det er spørsmål om spesielle tiltak på arbeidsplassen, atferdsopplegg osv. Legen vurderer også andre tilfeller der sykepleierens kompetanse ikke strekker til. Behandling ellers reduseres til de tilfeller der det er direkte sammenheng med arbeidet eller der det tilfeldig oppdages problemer når arbeidstakeren er til helsekontroll. Akutte sykdomstilfeller ellers blir henvist til Helsesentret. Legen undersøker ca. 20 pasienter pr. dag og setter av ca. 15 min. pr. pasient. Legen utfører altså ingen rutinekontroller. Den andre dagen er opptatt med diskusjon med sykepleierne om de arbeidstakerne som har vært til helsekontroll, møter med bedriftene, bedriftsbesøk og planlegging av arbeidet. Legen er nødt til å prioritere arbeidet strengt.



"I like the metaphorical symbolism and the chromatic nuances, but I don't like the fish in the corner."

ARBEIDSMILJØET:

For å få innblikk i arbeidsmiljøet brukes flere infallsvinkler:



1. Arbeidstakernes helse-tilstand kan gi viktige opplysninger om arbeidsmiljøet.

2. Arbeidstakernes subjektive opplevelser av arbeidsplassen:

Alle som er til helsekontroll blir spurt om hvordan de opplever sin egen arbeidsplass. En samtale på tomannshånd med sykepleieren er her vesentlig og gir trolig bedre opplysninger enn det som kommer fram bare gjennom samtaler under besøk på bedriften.

3. Verneombudenes arbeid:

Bedriftshelsetjenesten prioriterer samarbeidet med verneombudene meget høgt. Verneombudene blir oppfordret til å ha regelmessig og ofte kontakt med arbeidskameratene i sitt verneområde slik at de kan registrere eventuelle uheldige forhold i arbeidsmiljøet. Vi har også prøvd en ordning med "sjekk-lister" til bruk for verneombudene ved rutinemessige "inspeksjoner" og med rapportering til bedriftshelsetjenesten. Dette kan passe ved noen arbeidsplasser. I tillegg har vi de siste par åra hatt årlige kontaktmøter med alle verneombudene.

4. Bedriftsbesøk:

Sykepleierne foretar dels rutinemessige besøk, dels mer målrettede. Fysioterapeut og lege må være godt orientert om arbeidsforholdene, men besøkene blir pga. knapp tid mer selektive.

5. Arbeidsgivernes syn på arbeidsmiljøet er avgjørende. Kontakten med arbeidsgiverne er ikke så vanskelig da de stort sett er lett å få tak i over telefon, ved møter osv. Det har vært nødvendig flere ganger å presisere at vår oppgave er rådgiving til partene på bedriften, og at vi ikke har mulighet til å gi noen form for pålegg til bedriftene.

ANDRE OPPGAVER:

AKAN: Bedriftshelsetjenesten har tatt initiativ til AKAN-opplegg, og de fleste bedriftene har sagt seg interessert. Dette arbeidet er i startfasen.

Bedriftsintern attføring:

Også dette arbeidet er foreløpig i startfasen.

ERFARINGER:

Sykepleierens funksjon:

Arbeidstakerne viser sykepleierne meget stor tillit. Ved helsekontrollene hos sykepleierne blir alle spurt om de også vil inn til legen. Dersom syke-

pleier eller lege ikke ser noen grunn til nærmere undersøkelser hos legen, er det bare i noen få unntakstilfeller arbeidstakeren sjøl ber om det. Også på bedriftene synes sykepleierne å bli akseptert uten problemer. At sykepleierne får veiledning og støtte fra bedriftslegen er en selvfølge.

Det er vanskelig å dokumentere objektivt på hvilket faglig medisinsk nivå sykepleierens arbeid ligger. Personlig er jeg overbevist om at arbeidet blir gjort på en medisinsk fullt for-svarlig måte.

Bedriftslegens funksjon:

Det å prøve å utnytte penger og personell på den mest hensiktsmessige måten oppleves som en utfordring. Arbeidet gir et godt innblikk i næringslivet i kommunen, og gir muligheter for kontakt med arbeidstakerne og arbeidsgiverne på en måte som neppe er mulig ellers. Faglig medisinsk og yrkeshygienisk er det stadig nye utfordringer. Alt dette gjør at arbeidet blir meget variert og interessant. I forhold til min praksis ellers opplever jeg de to dagene på Bedriftshelsetjenesten som berettiget og absolutt meningsfylt.

Økonomi:

Budsjett med årskontigent blir fastsatt på hvert årsmøte. Bedriftene betaler nå kr. 300 pr. ansatt pr.

Forts. s. 29

Skal vi ta bedriftshelsetjenesten på alvor?

Noen personlige synspunkter

Ved almenpraktiker/ bedriftslege Josein Holmen, Verdal

Mitt utgangspunkt er almenpraktikeren/distriktslegen. På grunn av stor interesse ved bedriftene er det mange leger som får forespørslers om å ta på seg bedriftslegearbeid. Mange almenpraktikere/distriktsleger vil imidlertid oppleve et dilemma fordi de føler ansvar for at alle gruppene i kommunen skal få best mulig tilbud om helseservice, og en kan føle at det er vanskelig å prioritere bedriftshelsetjenesten for sterkt.

Det er flere måter å møte slike forespørslers fra bedriftene:

1. Det enkleste kan være å starte med årlige helsekontroller uten andre tiltak. Mange bedrifter og mange arbeidstakere vil trolig være tilfreds med en slik ordning. Men med den kjennskap vi i dag har til verdien av isolerte helsekontroller, må vel dette nærmest kalles misbruk både av bedriftens penger og arbeidstakernes tillit.
2. Vi kan henvise til at vi ikke har tid, at andre oppgaver er viktigere osv. Dette er et greit standpunkt, men neppe alltid heldig. Å tro at kravet om å få etablert bedrifts-

helsetjeneste blir lagt til side, er neppe realistisk. Det kan derimot føre til at utenforstående leger kommer inn og starter nettopp en slik ordning vi ikke ønsker. Mulighetene for en dårligere ordning kan på den måten bli større.

3. Vi kan ta det som en utfordring og prøve å gjøre noe meningsfylt ut av det både for bedriften, for arbeidstakerne og for oss sjøl. Vi kan prøve å utnytte de knappe personellressursene på den måten vi mener er riktigst slik at det blir en forebyggende helsetjeneste i egentlig forstand. Økonomien ser ikke ut til å være noen viktig begrensende faktor.

Påstand nr. 1 blir derfor:

Som almenpraktikere/distriktsleger bør vi ta forespørslers om bedriftshelsetjeneste alvorlig.

Påstand nr. 2:

Legen er nødvendig både i planlegging av tjenesten og i det daglige arbeidet. Det trengs en person med faglig medisinsk autoritet, og en person som kan være medisinsk ansvarlig.

Legene må bruke sin faglige autoritet slik at arbeidsoppgavene blir prioritert riktig, dvs. at det blir en best mulig forebyggende helsetjeneste.

Påstand nr. 3:

Vi må innse at vi som leger ikke nødvendigvis er de viktigste personene i det forebyggende arbeidet. Det mest betydningsfulle arbeidet foregår lokalt på hver enkelt bedrift. Dyktige sykepleiere og fysioterapeuter kan ofte gjøre det meste av det arbeidet som helsepersonell må gjøre. Kontorassistenten er en god investering.

Påstand nr. 4:

Normene for legetimer må kunne diskuteres. I dag er normen for fellesordning 1 lege i full stilling pr. 800 ansatte. Dersom forholdene blir lagt til rette bl.a. med tilstrekkelig hjelpepersonell, må dette kunne reduseres vesentlig. En slik løsning vil gjøre det lettere å være med på å sette i gang en faglig brukbar ordning til tross for at det ikke er tilfredsstillende legedekning i kommunen.



FRA STORTINGET:

Storingsrepresentant Chr. Erlandsen

Innlegg i Erklæringsdebatten 19. 2. 1981

"Den økte innsats vi kan gi plass for i vårt helsevesen, skal i første rekke nyttes til tiltak i lokalmiljøet, det psykiske helsevern og helsevernet for psykisk utviklingshemmede." - sa statsministeren.

Dette er utmerket og i tråd med det som Stortinget mange ganger i den senere tid har sagt. Oppgavene vi står overfor, er kolossale. På den ene siden må vi ikke bryte ned kvaliteten av norsk helsevesen - på den annen side må vi erkjenne at vi vil møte nye problemer som stiller store krav både til midler og til politikernes evne til å fordele midlene. Regjeringen må da ikke bidra til å rive opp det mønster for helse-tjenesten som Stortinget ønsker. Det er tegn på at dette kan skje.

- Fagbevegelsen får det som den vil, sa kommunalministeren 15. januar i år. Og fra "Arbeiderbladet" kan man sitere:

"Andreassen opplyste at bedriftshelsetjenesten likevel ikke vil bli foreslått lagt inn under den bebudede lov om helsetjeneste i kommunene, som en del av den ordinære helsetjeneste. Dermed blir det ikke Helse-direktoratet og Sosialde-partementet som skal ha ansvaret for bedriftshelsetjenesten etter arbeidsmiljøloven."

Hva er det Stortinget vil? Det finner vi bl.a. uttrykt i sosialkomiteens innstilling O. nr. 96 for 1976-77, der det klart går fram at bedriftshelsetjenesten etter hvert inkorporeres i den offentlige helsetjeneste, og at utbyggingen av bedriftshelsetjenesten skal være frivillig, men at pålegg kan gis etter arbeidsmiljøloven når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet eller helsekontroll

med arbeidstakerne.

Nå får vi altså vite at "fagbevegelsen får det som den vil". Det etableres en særomsorg som ikke skal styres av de organer som ellers styrer vår helsetjeneste. Frivilligheten opphører. Det skal gjennomføres en femårsplan som medfører at det må skaffes 550 nye legeårsverk og 900 nye sykepleieårsverk. Dette vil være en kraftig belastning på vår fra før hardt trengte helsetjeneste. Selvsagt er det nødvendig med grundig medisinsk overvåking av særlig utsatte arbeidsplasser. Men klar over at dette er en spesialitet. Vi har i vårt land ikke kapasitet til å utdanne leger som har denne spesialkompetanse i det omfang det her er tale om. Derved vil både bedriftshelsetjenesten og primærhelsetjenesten lide.

Vi kan oppleve det komiske at en distriktslege som også er bedriftslege, får to arbeidsgivere som har vært sitt regel- og instruksverk som kan stå i motsetning til hverandre.

Overlege Blegen Svindland sier i bladet "Arbeidervern" nr. 2 for 1978:

"Det vil være bedre å redusere tempoet noe enn å presse fram bedriftshelsetjenesteordninger som i gavnet ikke er i stand til å ta på seg andre oppgaver enn den noksom beryktede "kjøttkontroll",
Og klarere kan det vel ikke sies. I "Arbeidsgiveren" nr. 5 for 1980 sier samme overlege at
"primærhelsetjenesten må være godt utbygget for at bedriftshelsetjenesten skal fungere som en del av arbeidsmiljøtiltakene."

1. november 1978 sa daværende statsråd Egeland i sosialministerens fravær:

"Sosialdepartementet tar



"It threw up when I programmed it to select the most honest political candidate."

altså sikte på en balansert utbygging av bedriftshelsetjenesten i samordning med helsetjenesten for øvrig og under hensyntagen til de ressurser som til enhver tid er tilgjengelige."

Hvorfor skal man så på liv og død presse fram en ordning som på en måte vil oppheve frivilligheten og de ordninger som partene i arbeidslivet blir enige om? Det dreier seg nå om pålagte ordninger som vil omfatte over en million arbeidstakere.

Er det bare for at "fagbevegelsen får det som den vil", og har Regjeringen i dette spørsmål solgt seg? ER ikke dette enda et bevis på at Regjeringen ikke er herre i eget hus?

debatt!



Vil Dag Brusgaard at bedriftsleger skal være almenpraktikere ved bedriften?

Ved bedriftslege Knut Skyberg, Standard Telefon og Kabelfabrikk A/S

Dag Brusgaard kommer i Utposten nr. 7-8/80 med en polemisk "ytring" som kommentar til en bulletin fra Arbeidstilsynet. Bulletinen gjør det klart at bedriftsleger har sin hovedoppgave innen forebyggende medisin, og at de som hovedregel bør fritas for deltagelse i legevaktordninger.

En av grunnene til denne holdning har vært ønsket om at pasienter som blir besøkt av legevaktslege, skal kunne følges opp med kontroll, helst ved samme lege, og om mulig ved denne leges kontor. Dette gir mulighet for å unngå unødige innleggelse, henvisninger, eller nye besøk ved ny legevaktslege. Bedriftslegen må nødvendigvis begrense eventuelle konsultasjoner til å gjelde ansatte ved bedriften. Hans oppgave er å overvåke og tilrettelegge arbeidsmiljøet, slik at helseskader forebygges. Med denne målsetning kan bedriftslegen ikke fungere som en almenpraktiker på bedriften, da dette lett vil fortrenge det forebyggende og utførende arbeid. Det som foretas av behandling er av begrenset omfang, men i enkelte tilfeller må bedriftsleger behandle ikke yrkesrelaterte sykdommer pga. mangelen på alment praktiserende leger. Det er beklagelig om denne mangel på ressurser innen almenmedisinen som vi alle er klar over, skal brukes som argument for å hindre bedriftshelsetjenesten i å fungere etter hensikten, nemlig som en forebyggende helsetjeneste i nær tilknytning til arbeidsplassene. Pålagt legevaktjeneste vil bare bidra til å trekke bedriftslegens arbeid over mot almenmedisin, på bekostning av arbeidsmedisinske oppgaver. Almenmedisinen er i ferd med å bygge

seg opp som et selvstendig fag med høy status. Dette er mange bedriftsleger glad for. La oss håpe at alment praktiserende leger vil glede seg like mye over at bedriftslegers fagområde er i ferd med å bygge seg opp på samme måte, med fastlagt videreutdanning og godkjenningsordning.

Dagens næringsliv byr på et utall av yrkesmedisinske og sosialmedisinske oppgaver. Oppgaver som jeg som alment praktiserende lege ikke ville følt meg kompetent til å ta meg av, langt mindre hatt tid til å sette meg nærmere inn i. Mange helseproblemer lar seg ganske enkelt ikke løse uten nær kjennskap til den enkeltes arbeidsmiljø. Som eksempel kan nevnes yrkeseksemmer, mange belastningssykdommer, en del lungelidelser, leverskade ved løsemiddel-påvirkning, osv. I tillegg kommer behovet for kjennskap til arbeidsmiljøet ved utføring, behandling av psykiske og psykosomatiske lidelser hos arbeidspå, ofte i samarbeid med almenpraktiker eller spesialist. Bedriftslegens arbeidsdag blir således ulik almenpraktikerens. Han må bruke en vesentlig del av sin tid til å sette seg inn i forholdene på arbeidsplassen, opprette og vedlikeholde nær kontakt med bedriftsledelsen på ulike nivåer, de tillitsvalgte, vernetjenesten og verneombudene, samt Arbeidstilsynet. Noen eksempler:

- Registrere og undersøke helsefaren ved kjemiske stoffer brukt ved bedriften, pålegge verneiltak, eventuelt erstatte med mindre farlige stoffer.
- Korrigere fysiske miljøfaktorer (støy, varme/kulde, trekk, o.l.) og evt. kartlegge helseskader pga. disse.

- Tilpasse maskiner, arbeidsbord, -stoler og annet utstyr slik at belastningslidelser forebygges (sykemeldingsarsak nr. 1)
- Bidra ved utføringssaker, slik at arbeidstakere med helseproblemer, såvidt mulig, ikke faller ut av yrkeslivet. Eks.: AKAN.
- Delta i utviklingsarbeid for arbeidsmiljøvirksomhet ved bedriften, opplæring av verneombud, arbeidsledere, grupper av ansatte. Være rådgiver i helse spørsmål for arbeidsmiljøutvalget.

Ut fra ovenstående skulle det gå frem at jeg mener dagens helsetjeneste er best tjent med bedriftsleger som går inn for sitt arbeidsfelt med faglige ambisjoner - og får anledning til dette. Selv er jeg heltidsansatt bedriftslege ved en større industribedrift, men følger interessert med i dagens opprustning av almenmedisinen. Den nye loven om primærhelsetjenesten vil forhåpentlig støtte opp om dette arbeidet. Det skal bli interessant å følge en diskusjon om det forebyggende helsearbeids plass i almenmedisinen i Utposten. La oss slippe en ufruktbar strid mellom alment praktiserende leger og bedriftsleger. Vi har samme hovedmålsetning: Løse helseproblemer der de oppstår, nærmest mulig pasientens eget miljø - helst ved påvirkning av dette miljøet.

debatt!



UTPOSTEN'S

ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE:

Kollegene tok godt imot utfordringen!



Da denne serien ble lansert i forrige nummer av Utposten, dreide spenningen seg om ett avgjørende punkt: Ville det være nok interesse og pågangsmot blant kollegene til at oppgaven fikk tilstrekkelig antall svar? Usikkerheten lå i at svarene skulle sendes anonymt og derfor heller ikke ville gi den enkelte innsender noen særskilt kreditt, utover det å gjøre "fasiten" mer representativ.

Det ser ut til at dette har vært motivasjon god nok. Over 100 innsendte svar (noen få kom etter fristens utløp) har vært en god oppmuntring til å gå videre med dette tiltaket.

I dette nummeret følger oppgave nr. 2/1981, som fokuserer på et annet aspekt av primærlegens hverdag. Samtidig gir vi spalteplass for en mer utfør-

lig gjennomgåelse av problemkasus nr. 1/1981. Forutsetningen for at denne serien skal få noen læringseffekt, er at den enkelte innsender tar seg tid til å sammenholde sine egne svar med kollegenes. Oppgavegiverens diskusjon av det fremlagte kasus vil forhåpentligvis gi ytterligere stoff til refleksjon omkring alternative måter å løse problemet på.

Men nå skal vi presentere den virkelig store utfordringen: Vi vil oppfordre almenmedisinerne blant Utpostens lesere til selv å sende inn forslag til problemoppgaver. Hver og en av dere har ganske sikkert pasienter som kan egne seg for fremstilling i en slik form at kolleger kan ta del i løsninger av de problemer dere selv har stått overfor.

Det er ingen særskilte krav til hva problemet skal dreie seg om. Den kliniske almenmedisinen gir plass for alle slags problemer som møter en lege i helsetjenestens første linje. Det kan være spørsmål om diagnostisk årvåkenhet, belysning av arbeidsteknikker, behandlingsopplegg, terapeutiske holdninger eller om kjennskap til lovbestemmelser eller administrative rutiner. Oppgaven bør formuleres så kortfattet at den får plass innenfor den Utposten-siden der også veiledningen skal innpasses. Spørsmålene bør utformes slik at de får plass på den motstående siden, og gjerne i form av flere utsagn som man hver for seg kan ta stilling til.

Dernest må du selv gi dine egne svar på oppgaven til bruk i det følgende nummer der svarfordelingen presenteres. Og det vil selvsagt også være av interesse om du gir en oppsummerende beskrivelse av den måten du selv har valgt å løse problemet på. Du må selv gi pasienten, familien eller problemet et passende dekknavn. Utpostens redaksjon eller tegner kan være til hjelp med å finne en passende illustrasjon til den kasuistikken du presenterer.

Problemspaltens redaktører, Steinar Westin og Arne Ivar Østensen, vil stå til rådighet med råd om hvordan oppgaven best kan tilpasses den redaksjonelle form spalten har. Vi vil også være ansvarlig for utvelgelsen av eventuelle innsendte forslag. Manuskripter kan sendes direkte til Institutt for samfunnsmedisin, Blokk 38, Regionsykehuset, 7000 Trondheim, merket "Utpostens almenmedisinske problemserie".

Oppgaveforslag som blir benyttet vil bli honorert med Utpostens fyllepenn!

Steinar Westin
Arne Ivar Østensen



PROBLEMKASUS NR. 2/1981

Artur Åsdalen



Som primærlege på et tettsted med organisert legevakt, avstand til nærmeste sykehus ca. 12 mil, blir du en mandag morgen i kon-tortiden oppringt av hustruen til en av dine pasienter som bor 5 km fra kontoret. Hun forteller at hennes mann (71) lørdag (to dager siden) måtte tilkalle vakthavende lege p.g.a. ubehag og smerter i øvre del av magen og opp mot brystet. Etter å ha undersøkt mannen, ga legevaktlegen ham noen tabletter som senere viste seg å være Vival 5 mg. som skulle brukes 2-3 tabl. daglig. Forut for dette hadde han ikke hatt noen spesielle plager. På spørsmål opplyser hun videre at temperaturen på søndag morgen var 38.9, om kvelden 38.6. Mandag morgen var temperaturen 38.6, målt rectalt. På spørsmål kom det videre fram at han siste natt hadde sovet godt, ikke vært tungpustet, ikke hatt smerter og han hadde heller ikke smerter når han holdt seg rolig i sengen. Hun legger til at de hadde fått beskjed om å kontakte sin faste lege på første hverdag Derfor ringte hun nå.

Kartotekkortet hans viser at han hadde blødende magesår for 10 år siden. Fått legeattest for førerkort for kort tid siden med reg. BT 140/90. Ellers bare noen vanlige infeksjonssykdommer og litt "nerver" i perioder.

Ved undersøkelsen forteller han at sykdommen begynte med noe tung pust og trykk for brystet i forbindelse med en tur på butikken lørdag formiddag. Han ble svimmel og

uvel da han gikk i vanlig tempo opp en bakke. Dette gikk over etter kort tid. Etter snømåking om ettermid-dagen fikk han igjen noe tung pust, smerter og ubehag fra epigastriet med utstråling til v. skulder. Da dette ikke straks ga seg etter at han kom inn og holdt seg i ro, ringte de til vakthavende lege om kvelden. Legen hadde ikke antyd-et noen sikker diagnose, men pasienten forsto det slik at legen trodde det kunne være en virussykdom.

Ved undersøkelse av abdomen: Palp.øm i muskulaturen i epigastriet og under v. costalbue nær midtlinjen. Cor: Litt fjerne, normale hjer-toner, ingen bilyder. Puls: ca. 100. Pulm: Ingen patolo-giske fysikalia, ingen dem-pning. BT: 120/70. Pas. vir-ker ikke medtatt, men er blek, forøvrig tørr og varm. Han har ingen smerter når han ligger i ro. Når han be-veger seg får han lette smerter strålende oppad i thorax fra mellomgulvet og i pecto-ralisregionen på venstre side.

☆ ☆ ☆

Motstående side er delt i to, slik at høyre halvdel kan klippes fra, brettes, heftes eller tapes sammen, og sendes i posten.

Begge tallkolonnene må være utfylt, slik at du selv beholder kopi av dine svar på gjenstående del av arket. Oversikten over hvordan opp-gaven er besvart følger i neste nummer av UTPOSTEN.

HVORDAN BESVARE OPPGAVEN

Les først sykehistorien. Ta deretter for deg den første diagnosen under avsnitt A, og angi med et tall fra 5 til 1, se nedenstående skala, hvor sannsynlig det er at du ville velge denne diagnosen. Fortsett så med hver diagnose og senere med hvert diagnostisk/terapeutisk tiltak under avsnittene B og C. Det skal stå ett tall i hver rute. Gjenta tallene i kolonnen til høyre som skal klippes fra og sendes inn.

Tallene betyr:

5. Helt enig: - over 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
4. Delvis enig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
3. Usikker: mellom 25% og 75% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
2. Delvis uenig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.
1. Helt uenig: over 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.

Vi forutsetter at hvert svaralternativ blir vurdert for seg. Det er for eksempel intet i veien for at du kan velge å gi alle svaralternativene samme vekt-tall.

Frankeres
som brev

Institutt for samfunnsmedisin
Blokk 38
Regionsykehuset i Trondheim
7000 TRONDHEIM

BRETT

UTPOSTENS
almenmedisinske problemserie
nr. 2/1981

STIFT



For å gi nye lesere anledning til å delta i gjennomgåelsen av svarene på oppgaven i forrige nummer av UTPOSTEN, gjengir vi nedenfor sykehistorien slik den ble presentert. Svarene følger på motstående side.

Problemkasus nr. 1/1981

Kurt Eliassen

En av dine pasienter en fredag ettermiddag, mens du tar legekantorets øyeblikkelige hjelp henvedelser, er en 56 årig mann, Kurt Eliassen. Du kjenner ham fra noen år tilbake da han hadde en periode med ulcusdyspepsi, antagelig utløst av vanskeligheter da han etter lengre tids alkoholmisbruk ble oppsagt i sin tidligere jobb som murer. Etter at han fikk jobb som vaktmester/vedlikeholdsarbeider i en mindre bedrift, har han greid seg godt sosialt.

Problemet nå er "kneet". Han kommer haltende inn på kontoret og forteller at han for to dager siden snublet og falt forover mot venstre kne. Uhellet skjedde da han skulle rydde vekk noen gamle kasser. Han snublet i en festebolt for en av maskinene og slo kneet nokså tungt mot betonggulvet. Senere har det vært litt murrende og verkende smerter fortil over kneskjallet, men ikke verre enn at han var på jobb inntil idag. I løpet av natten og idag har smertene tiltatt, og han forteller at han siden igår har fått en hevelse i kneet. På nærmere eksaminasjon kan han fortelle at han hadde en lignende hevelse i dette kneet for flere år siden.

Ved undersøkelsen finner du en fluktuerende hevelse fortil over venstre kne, med varm og litt rød hud over hele prepatellarregionen. Hudens synestakt, og du kan heller ikke palpere noen diskontinuitet i patella. Fluktuasjonen kan palperes 2-3 cm proksimalt for patella og strekker seg også forbi patellas distale kant.

Kneet synes stabilt, men han angir smerter ved maksimal fleksjon på 90° i kneleddet. Det er ingen ekstensjonsinsuffisiens.

☆ ☆ ☆

Vi oppfordrer de som har svart til å finne fram kopien av egne svar på den gjenstående del av svarsiden i forrige nummer av UTPOSTEN.

Nedenfor er alle innkomne svar (100 innen fristens utløp) gjengitt i grafisk form. 89 av svarene kommer fra almenpraktikere eller distriktsleger.

Tallrekken til venstre er oppgavegiverens egne svar. Deretter følger de innsendte svarene, der skravering helt til topps betyr at samtlige (100%) har angitt denne grad av enighet, mens ingen skravering betyr at ingen har angitt slik grad av enighet.

Oversikten skulle gi et godt inntrykk av hva kollegene mener. Men vi un-

derstreker igjen at flertallet ikke nødvendigvis har rett i medisins verden!

For å gi et enda bedre inntrykk av hvordan svarene fordeler seg, har vi lengst til høyre angitt svaralternativenes gjennomsnittlige tallverdi.

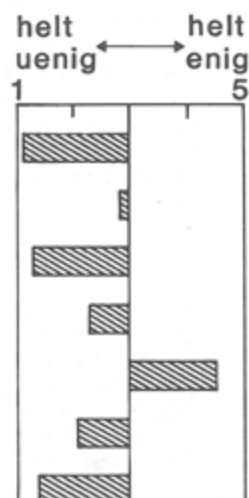
Så er det bare å starte diskusjonen!

Kurt Eliassen

Antall svar n = 100

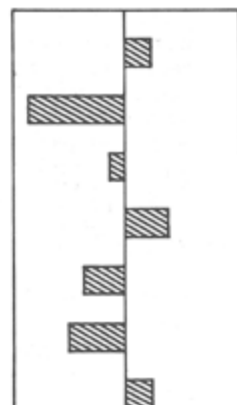
A: DIAGNOSEFORSLAG

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	helt enig	Ubesvart
			1 2 3 4 5		
A	Gonarthrose	1			
B	Prepatellart hæmatom	3			
C	Septisk arthritt	1			
D	Erysipelas/pyogen bursitt	3			
E	Aseptisk prepatellar bursitt	5			
F	Patellafractur	2			
G	Annen diagnose				



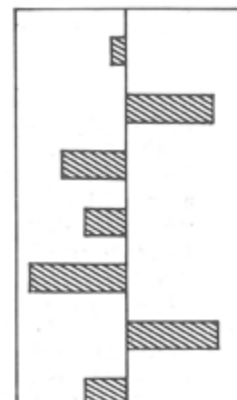
B: DIAGNOSTISK/TERAPEUTISKE TILTAK

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	helt enig	Ubesvart
			1 2 3 4 5		
A	Ro, og se det hele an	2			
B	Innleggelse kirurgisk avdeling	1			
C	Peroralt antiflogisticum	1			
D	Diagnostisk punksjon	5			
E	Innstallere hydrocortison lokalt	3			
F	Peroral pennicillinmedikasjon	3			
G	Komprimerende støttebindsbandasje	5			



C: ØVRIGE TILTAK VED 1.KONSULTASJON

		Oppgavegiv. svar	helt uenig	helt enig	Ubesvart
			1 2 3 4 5		
A	Rekvirere røntgenundersøkelse	4			
B	Sykmelde ham foreløpig 1 uke	5			
C	Melde skaden til Arbeidstilsynet	1			
D	Bedriften melder til Arbeidstilsynet	5			
E	Medikamenter på blå resept	1			
F	Avtale kontroll 1 uke	1			
G	Eksaminere på alkoholpåvirkning	1			





Vi tror det kan være av interesse å presentere oppgaveforfatterens egen redegjørelse for det kasus som har vært modell for oppgaven. Dette betyr selvsagt ikke at denne måten å løse problemet på nødvendigvis er den eneste eller beste. Problemet Kurt Eliassen var formulert av Steinar Westin. Her følger hans skriftlige kommentar til oppgaven:

☆ ☆ ☆

Pasienten som var modell for kasuistikken Kurt Eliassen hadde en aseptisk prepatellar bursitt. Slike aseptiske bursitter ser man ikke sjelden hos personer som i arbeid eller fritid utsettes for mekaniske traumer mot knær eller albuer. Oftest har jeg sett tilstanden som resultat av hyppige små traumer eller mekanisk trykk, som hos murere eller gulvleggere som arbeider på kne, eller truck-kjører som hviler sin ledige albu mot en hard, ristende vinduskant. I dette tilfellet var tilstanden åpenbart utløst av et enkelt kraftig traume, men antagelig på bakgrunn av den belastning pasienten tidligere hadde hatt på knærne i sitt arbeid som murer. Antydningen om at han hadde hatt en lignende hevelse i kneet for flere år siden, kunne sees som en diagnostisk ledetråd.

Diagnosen var ved første øyekast ikke opplagt. For det første forelå de så mye rødhet og varme i huden over hevelsen at mistanken også gikk i retning av en bakteriell komplikasjon, selv om huden syntes intakt. For det andre var det ikke helt opplagt at den fluktuerende hevelsen utelukkende om-

Den virkelige Kurt Eliassen — og hans vonde kne

fattet den prepatellare bursaen. Fravær av patelladupp og det faktum at pasienten fortsatt kunne belaste venstre underekstremitet, gjorde imidlertid septisk leddaffeksjon mindre sannsynlig. Et prepatellart hæmatom var tenkelig, men da ville man forventet at hevelsen hadde kommet nokså umiddelbart etter traumet, og ikke som her, halvannet døgn senere. Patellafraktur var en mindre aktuell diagnose, siden han tross alt hadde vært i jobb dagen etter skaden. Likevel valgte jeg å sende ham til røntgenundersøkelse den følgende uken. Det hadde vært lite morsomt å overse en fissur. Alternativet gonarthrose gjenstår som den minst rimelige diagnosen.

Avsnitt B gir selvsagt mulighet for flere alternative tilnærminger. Som eneste tiltak vil jeg anse den rene ekspekterende terapi under pkt. a som for passiv, særlig dersom man ikke kunne utelukke en bakteriell komplikasjon. Innleggelse på sykehus anså jeg på ingen måte indisert. Den oppmerksomme leser burde videre ha merket seg at Kurt Eliassen hadde positiv ulcusanamnese og derfor burde forskånes for perorale antiflogistica. Mitt valg besto i å utføre en punksjon av bursaen. Aspirasjonen ga som resultat ca. 5 ml. strågul, seig, turbulent væske uten lukt.

Enda kunne jeg ikke fri meg helt fra mistanken om at turbulensen kunne representere bakterievekst. Men på dette tidspunktet ble jeg innhentet av allmenmedisinens brutale virkelighet. Meldingen om et sykebesøk som hastet tvang meg til å avslutte konsultasjonen for Kurt Eliassen før jeg fikk tid til å fremstille et Grampreparat av bursainnholdet. I ren tidsnød foreskrev jeg peroral pennicillinmedikasjon til over helgen, samtidig som jeg instruerte kontorsøster

om å så bursainnholdet ut på et Uricult-medium (i mangel på blodagarskål), legge på en lett støttebindsbandasje og be Eliassen komme tilbake på kontoret rett over helgen.

Mandag morgen var problemet avklart: Ingen vekst på Uricult-mediet, pennicillinmedikasjonen kunne seponeres, men væskeinnholdet hadde reproduisert seg. De følgende to ukene utførte jeg uttapping av bursainnholdet hver 2. dag inntil det hele falt til ro. Jeg kan ikke med sikkerhet si om det hadde noen avgjørende innflytelse at jeg etter den 4. og 5. uttappingen installerte en blanding av 0,5 ml Depot Medrol og 0,5 ml 1% Xylocain i bursahulen.

Dermed skulle også de to første spørsmålene i avsnitt C være besvart. Når det gjelder melderutiner ved yrkesskader som i dette tilfellet, påligger det arbeidsgiveren å fylle ut skademeldingsskjema (RTV 4020) som sendes det lokale trygdekontor i 3 eksemplarer, hvorav ett blir videresendt til Arbeidstilsynet. Legens meldeplikt etter Arbeidsmiljølovens §22 er begrenset til yrkessykdommer eller andre sykdommer som legen antar skyldes arbeidstakerens arbeidssituasjon, og da med melding direkte til Arbeidstilsynet sentralt (skjema 154b). Yrkesskadetrygden gir den skadede rett til full dekning av eventuelle medikamenter og forbindingssaker, men i dette tilfellet er det ikke aktuelt å benytte blå resept. Forslaget om å avtale neste kontroll så sent som om en uke kan bare forsvares om man tar den gamle sannhet "natura sanat, non medicinae" helt bokstavelig - og krysser fingrene. Spørsmålet til slutt om hvorvidt uhellet kunne skyldes alkoholpåvirkning i arbeidstiden kan man vel spare Eliassen for.

Steinar Westin

Hvem svarte på oppgave nr. 1/1981?

Foreløpig har vi satset på at svarene på oppgavene i denne serien sendes inn anonymt.

Avsenderopplysningene i oppgave 1/1981 var likevel så presist og fullstendig angitt at det gir oss anledning til å beskrive mer i detalj hvem våre 100 aktive problemløsende kolleger egentlig er. Så følg bare med:

Det er 94 menn og 6 kvinner blant svarerne. Alderen varierer fra 26 til 73 år, med et gjennomsnitt på 38,4 år (median: 35,7). Oppstilt i 10 års aldersgrupper fordeler antallet seg slik:

26-29 år:	9 kolleger
30-39 år:	58 "
40-49 år:	21 "
50-59 år:	7 "
60-69 år:	3 "
70-73 år:	2 "

Antall år i almenpraksis blant svarerne varierer fra 0 til 47 år, med et gjennomsnitt på 9,3 år (median: 6,3 år). 40 av de 100 var godkjent som almenpraktiker Dnlf.

Kjennetegn ved arbeidssituasjonen for de 100 kan beskrives slik:

Praksisform:

- enelege:	37
- enelege m/turn.kand.:	8
- gruppe:	44
- annen legestilling:	11
S u m :	100

Stillingstype:

- priv. almenpraktiker:	48
- distriktslege:	37
- bydelslege/kommunal almenpraktiker:	4
- annen legestilling:	11
S u m :	100

Lønnsforhold:

- normaltariff:	68
- normaltariff prosent:	11
- fast lønn:	21
S u m	100

Av denne oversikten ser vi at 89 av svarerne var almenpraktikere/distriktsleger i hovedstilling. De øvrige består av 5 sykehusleger, 2 bedriftsleger, 1 i forskning/undervisning, 2 turnuskandidater og 1 i "annen legestilling". Vi har valgt å la alle inngå i svarmateriale, slik det er framstilt her. (Når almenmedisinen blir godkjent som egen spesialitet, skal vi overveie å bli mer selektive).

Praksissted/arbeidssted for de 100 fordeler seg med 41 i by, 23 i tettsted (>5000 innbyggere) og 34 i landdistrikt (for 2 mangler vi denne opplysning).

Og dermed kan vi lansere fylkeskonkurransen: Samtlige fylker er representert blant svarene, med følgende antall fra hvert:

Østfold:	9
Vestfold:	9
Sør-Trøndelag:	9
Oppland:	8
Hordaland:	8
(m/Bergen):	10
Møre og Romsdal:	8
Akershus:	7
Rogaland:	7
Troms:	7
Nordland:	4
Oslo (heia Oslo):	3
Telemark:	3
Aust-Agder:	3
Vest-Agder:	3
Nord-Trøndelag:	3
Buskerud:	2
Sogn og Fjordane:	2
Finnmark:	2
Hedmark:	1

Vi har foreløpig ikke tatt hensyn til antall abonnenter på UTPOSTEN i hvert fylke, men gir likevel Hordaland m/Bergen det første napp i vandrepokalen.

Forts. s 29

Kommentar til svarene på oppgave 1/1981

v/Steinar Westin

Det ser stort sett ut til at oppgaven er lest og forstått slik den var tenkt fra forfatterens side. Det er først og fremst bred enighet om den mest aktuelle diagnosen. Når det gjelder det videre opplegg for denne pasienten, er meningene mer delte. Det undrer meg f.eks. at så mange ville gi et peroralt antiflogisticum til en pasient med positiv ulcusanamnese. Videre kan svarene på spørsmålene om melderutiner til Arbeidstilsynet tyde på at det hersker uklarhet på dette punkt.

Enkelte uoverensstemmelser mellom oppgavegivers og oppgaveløsernes svar kan nok mer skyldes tvetydighet i spørsmålsformuleringen. Det gjelder f.eks. spørsmålet om man bør be pasienten "holde seg i ro og se det hele an til over helgen". Mange av de 41 som har sagt seg helt enig i denne

framgangsmåten, har åpenbart ikke tenkt på dette som eneste behandlingstiltak. Tilsvarende må de være med spørsmål C.f, der mange av de 77 som vil avtale kontroll om 1 uke, trolig har tenkt å ta pasienten til bakte tidligere også. Flere har til og med presisert dette med angivelse av 3 eller 4 dager til neste kontroll. Det er altså ikke så helt liketil å formulere entydige spørsmål.

En interessant observasjon i det innsendte materialet er at selve beslutningsmønsteret varierer mellom kollegene. Noen har en markert tendens til å angi svar med ytterpunktene på skalaen, enten "helt enig" eller "helt uenig", mens andre er mer forsiktige og benytter mellomgraderingene hyppigere. Er det viktige forskjeller mellom de enkelte legers arbeidsstil vi her får et lite innblikk i?



Letters to the editor

Kjære kollega!

Har du behov for å henvende deg skriftlig til kolleger i Europa er

ALLGEMEINMEDIZIN INTERNATIONALE GENERAL PRACTICE

tingen for deg.

Bladet fungerer som medlemsblad for SIMG (Societas Internationalis Medicinæ Generalis) og utgis 4 ganger årlig med artikler fra almenmedisin.

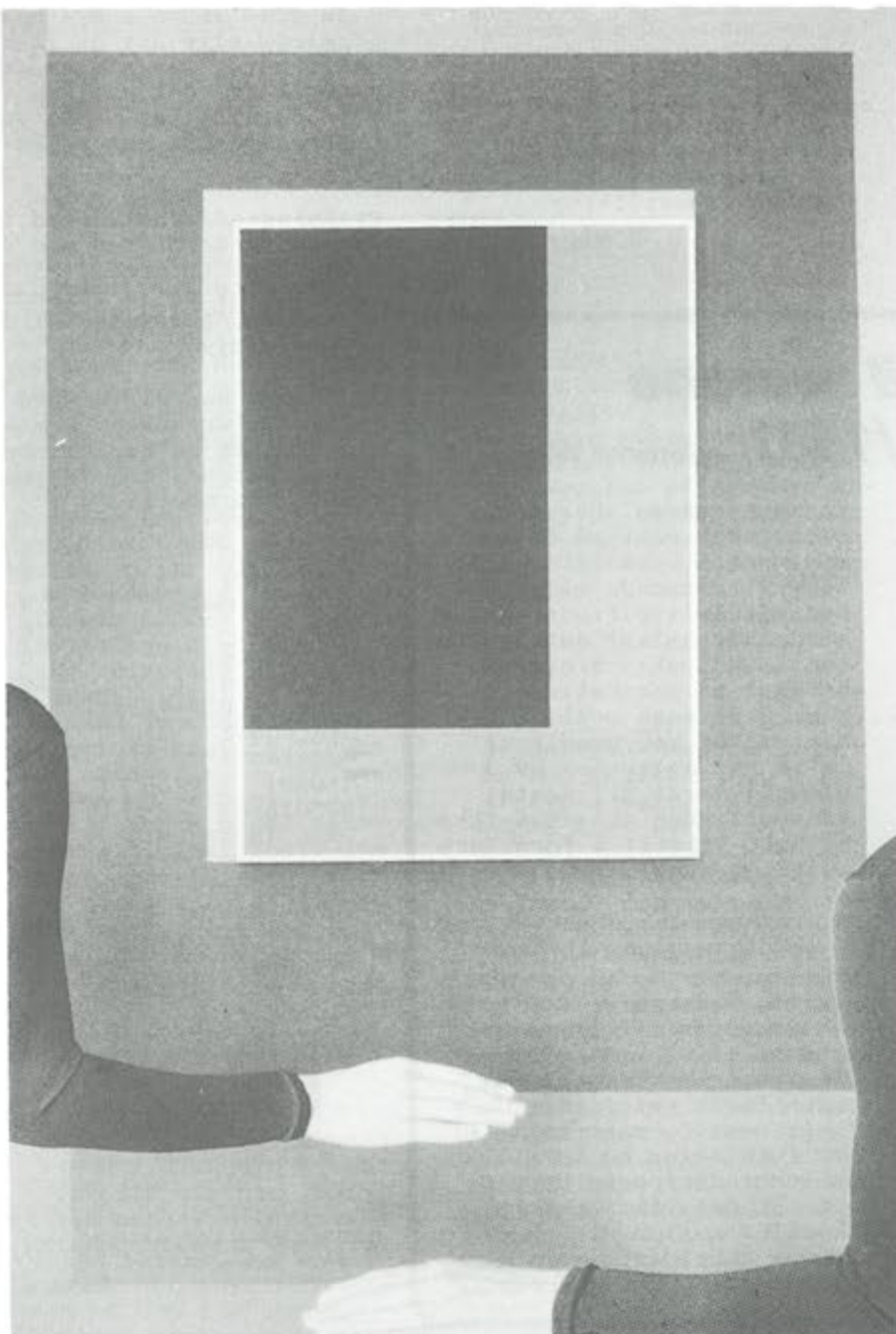
Tidsskriftet har stampet i motsjø og kvaliteten på artiklene har vært svært varierende, dog med en klar tendens til bedring de siste par år.

I land som har fått sine "almenmedisinske selskap" distribueres bladet delvis gjennom disse. I Norge har vi ikke noe tilsvarende distribusjonsapparat og bladet har derfor til nå stort sett ikke nådd lenger enn til våre 4 universitetsinstitutter.

Det jeg nå anmoder om er først og fremst artikler, fra originalartikler til meddelelser. Jeg ville selvsagt også være glad hvis noen kunne tenke seg å abonnere på bladet.

Selv er jeg medlem av redaksjonskomiteen i bladet og håper altså herved på en bedre utbredelse i Norge og flere bidrag fra Norge.

Dag Bruusgaard
førsteamanuensis
dr.med.



Internasjonalt almenpraktikerarbeid i utvikling

Gjennombrudd i forholdet mellom S.I.M.G. og WONCA

v/Harald Siem

På styremøte i S.I.M.G. i Frankfurt am Main i januar 1981, møtte representanter fra WONCA. I tillegg til styremedlemmene fra S.I.M.G. deltok Ole Møller Olsen (WONCA's visepresident i Europa) og Arthur Hoffmans (WONCA-presidenten selv) for å diskutere det fremtidige samarbeid mellom de to internasjonale almenpraktikerorganisasjoner.

Man ble enige om alle de punkter som ble tatt opp til drøfting. Blant annet fører det til at WONCA og S.I.M.G. vil gå sammen om noen vår-konferanser for almenpraktikere i Europa (København 1982, Arosa 1983). Medlemmer av S.I.M.G.'s styre vil bli utpekt til korresponderende medlemmer av WONCA's forskjellige permanente komiteer.

S.I.M.G. er i ferd med å løsrive seg fra sin sterkt tyske dominans. Både fra Norge, Danmark, Holland og England er det stadig sterkere engasjement, og på dette styremøte trådte også de 35.000 franske al-

menpraktikere til, representert ved dr. Albert Hercek.

Dermed har S.I.M.G. fått et enormt potensiale, og fra det nåværende aktivitetsnivå er en vesentlig stigning å vente.

For min egen del (som norsk representant i styret) synes jeg etter hvert det blir mye arbeid å gjøre dersom vi skal makte å følge med, dra nytte av andres erfaringer, og ha innflytelse på utviklingen. Det ville være svært hensiktsmessig med et norsk Selskap for almenmedisin.

Det internasjonale samarbeid har mye å gi. Ikke minst med tanke på å fremme forskning innen almenmedisin: Standardiserte diagnoselister, dokumentasjonstjeneste, bibliografi, felles- eller parallelle forskningsprosjekter. Det internasjonale arbeid gir også innsikt i kontraster ved helsetjenestens organisasjon som kan være verdifull når vi skal bedømme utviklingen av vår egen helsetjeneste. (Hele Europa sliter med en

overproduksjon og arbeidsløshet blant leger, mens vi vel knapt har begynt å se på fremtiden under den synsvinkel).

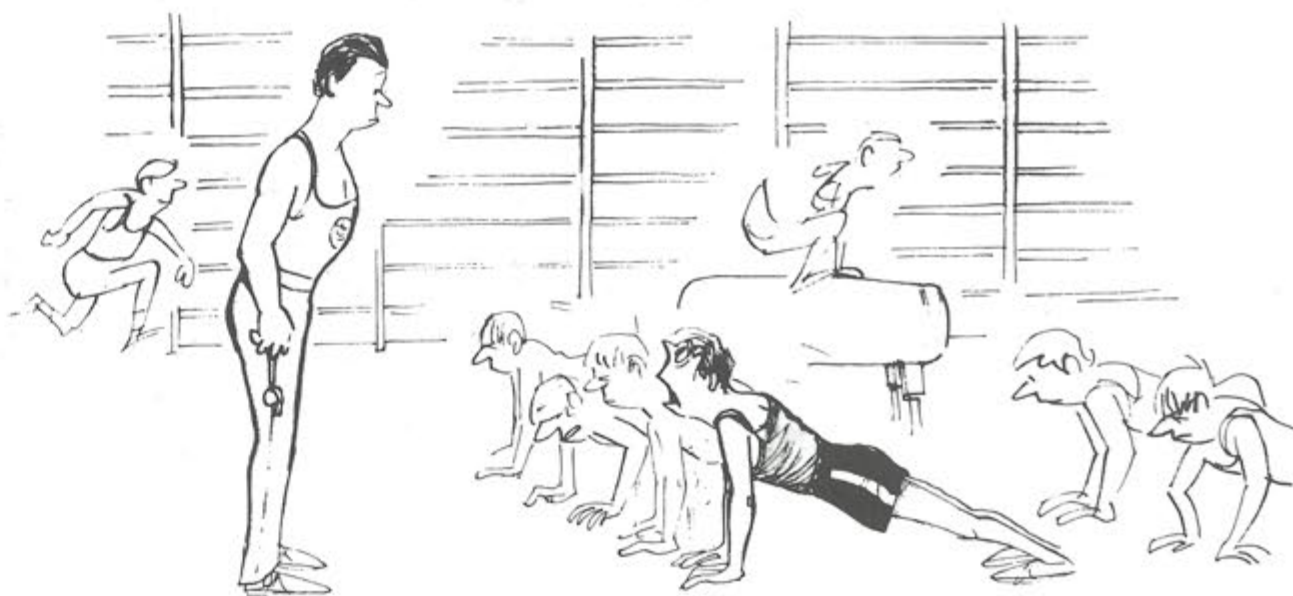
For de kolleger som føler seg inspirert til å delta i dette arbeidet, vil jeg nevne følgende møtepunkter i 1981:

Kongresskalender

Budapest
Program og påmelding:
Motesz, Budapest
P.b. 32, H-1361 Ungarn.
17.-20/6-81

Bergen
Program og påmelding:
Almenpraktikerkongress
Studentsamskipnaden
N-5014 Bergen -Universitet.
14-19/9-81

Klagenfurt
Program og påmelding:
Sekretariatet, S.I.M.G.
Bahnhofstrasse 22,
A-9020 Klagenfurt,
Østerrike.



"There must be some mistake—I enrolled for the bookbinding course!"



Alment Praktiserende Lægers Forening

KURS

PRIMÆRLEGEN OG MEDARBEIDEREN

24.-26. september 1981 på Lysebu (Fondet for dansk-norsk samarbeid), Voksenkollen, Oslo.

Kurset er åpent for alle leger i primærhelsetjenesten og de personellgrupper: sykepleiere, legesekretærer, fysiokjemikere og andre, som arbeider sammen med legene der.

Kurskomite:

Bydelslege Jan Anker-Nilssen (kursleder).
Almenpraktiker og spesialist i barnesykdommer Halvor Denstad.
Legesekretær Veslemøy Eidsgaard.
Legesekretær i privatpraksis Kirsten Mossin.
Oversykepleier Sissel Andreassen.
Sykepleier Anne Krogh.

Kursavgift kr. 300,- som må betales ved påmelding.

Påmeldingsfrist: j.juni 1981 til Alment praktiserende lægers forening, Fagutvalget, Colbjørnsensgt. 1, Oslo 2.

Deltagerantall er begrenset til 70.

Program:

Torsdag 24. september:

- 09.40-10.10 Åpning av kurset. Målsetting, orientering.
10.20-10.40 Pasienten i fokus.
Alfred Simonsen, representant for pasientforening.
10.45-11.15 Din vanskelige pasient.
Amanuensis Per Fugelli, Institutt for almenmedisin Oslo.
11.15-11.45 Terminal pleie i hjemmet.
Professor, Christian Fr. Borchgrevink,
Institutt for almenmedisin, Oslo.
11.45-12.30 Diskusjon.
12.30 Lunch.
14.00-14.30 Din overvektige pasient.
Professor Christian Fr. Borchgrevink.
14.30-15.00 Cancerterapi i almenpraksis.
Amanuensis Per Fugelli.
15.00-15.45 Diabeteskontroll - nyere prinsipper og rutiner.
Reservelege Kristian Hanssen, Aker Sykehus, Oslo.
15.45-16.15 Pause.
16.15-17.30 Gruppearbeid.
17.30-18.00 Plenum.

Fredag 25. september:

- 09.00-09.30 Medmenneske på arbeidsplassen.
Konsulent, cand.theol. Anne Marie Tannæs, Oslo.
09.30-10.20 Personen i midten - vår arbeidsdag.
Sykepleier Eva Skaug, Stovner helse- og sosialsenter, Oslo.
10.20-10.40 Barrierer til legen.
Almenpraktiker Dnlf. Tore Koksvik,
Institutt for almenmedisin, Oslo.

- 10.40-11.00 Bør vi ha fritt pasientvalg?
Almenpraktiker, NAVF-stipendiat Olav Rutle, Oslo.
- 11.00-11.45 Lege - pasient-forholdet, holdninger eller hånd-
grep.
Ass.overlege Joh.Fr. Thaulow, Psykiatrisk poli-
klinikk, Diakonissehusets sykehus Lovisenberg,Oslo.
- 11.45-12.30 Diskusjon i plenum mellom kursdeltagerne og for-
middagens foredragsholdere.
- 12.30 Lunch.
- 14.00-14.30 Den engelske modellen - fantasi eller virkelighet?
Bydelsleger Per Wium, Romsås helse- og sosial-
senter, Oslo.
- 14.30-15.30 Legen og legebeskytteren. Video-opptak. Rollespill
Amanuensis, lege Steinar Westin og
Amanuensis, lege Arne Ivar Østensen,
Universitetet i Trondheim.
- 15.30-15-45 Pause.
- 15.45-17.30 Gruppearbeid.
- 17.30-18.00 Plenum. Oppsummering av gruppeoppgaver.

Lørdag 26 september:

- 09.00-09.30 Offentlig eller privat drevet almenpraksis -
fordeler - ulemper.
Ass.overlege Harald Siem, Oslo Helseråd.
- 09.30-10.00 Det private legekantor - konkurs?
Dr.philos. Hans Waaler, NAVF's gruppe for helse-
tjenesteforskning, Oslo.
- 10.00-10.30 Yrkesmuligheter i primærhelsetjenesten.
Overlege Eyvind Bull-Hansen, Oslo helseråd.
- 10.30-10.50 Pause.
- 10.50-11.20 Normaltariffen - bruk og missbruk.
Privatpraktiserende lege Halvor Denstad,Oslo.
- 11.20-11.30 Etableringsmuligheter - fondsmidler.
Almenpraktiker Dnlf Tore Koksvik.
- 11.30-12.45 Paneldebatt: Økonomien i almenpraksis.
Leder: Almenpraktiker Dnlf.Jan Otto Syvertsen,
legegruppen, Moss.
Deltagere: Formiddagens foredragsholdere.
- 12.45-13.00 Evaluering av kurset.
Avslutning.

Det er reservert et begrenset antall værelser for
de som måtte ønske overnatting med eller uten pensjon på
Lysebu.

Ved påmelding til kurset, vennligst oppgi om De ønsker
værelse. Pris for enkeltværelse:

i pensjon: (pr.døgn)	uten pensjon: (pr.døgn)
uten dusj/toalett kr.270,-	uten dusj/toalett kr. 150,-
med " " " 310,-	med " " " 190,-
Måltider: Lunch kr. 75,-	
Middag " 75,-	
Kaffe " 6,-	

Det tas forbehold om pr sendringer.



Redaksjonelt:

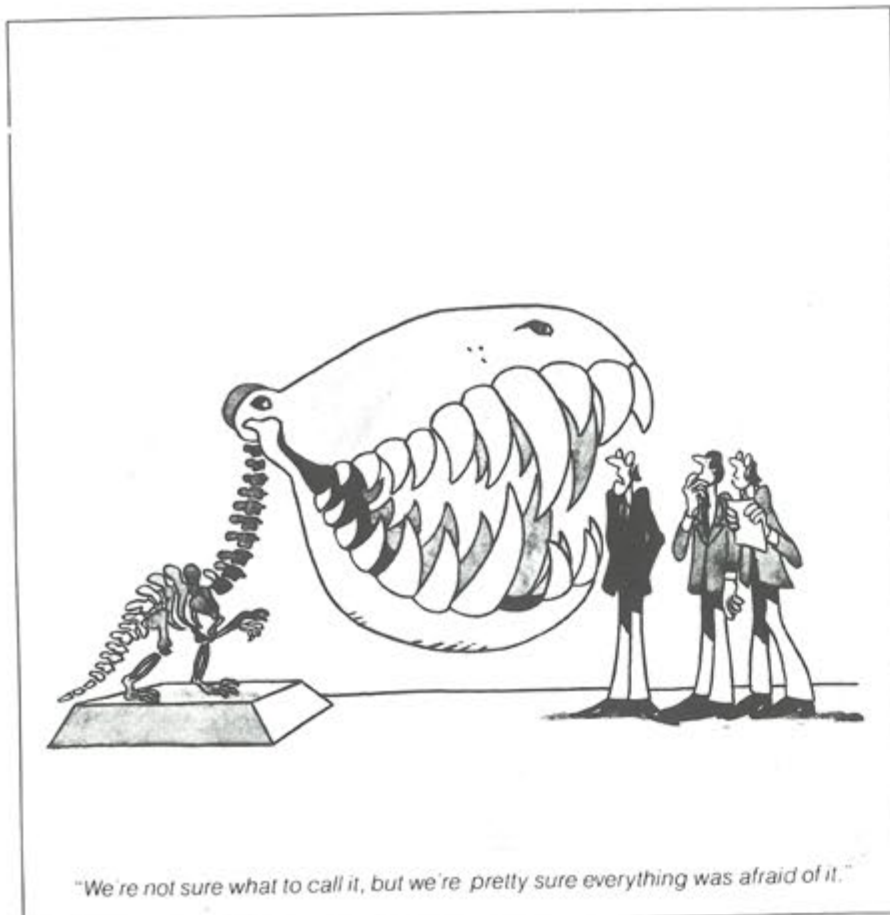
OVERLEGE AUD BLEGEN SVINDLAND
OG UTPOSTEN!

En meget sentral person bak utviklingen av bedriftshelsetjenesten i Norge er overlege Aud Blegen Svindland i Direktoratet for arbeidstilsynet. Dette gjelder både utformingen av loven for utbyggingen av bedriftshelsetjenesten og tempoplan for utbyggingen av bedriftshelsetjenesten. Hun har også deltatt sentralt i diskusjonen omkring hvem som skal ha hovedansvaret for denne del av vår helsetjeneste - Helsedirektoratet eller Arbeidstilsynet.

I forbindelse med dette temanummer om bedriftshelsetjenesten, henvendte redaksjonen seg skriftlig til overlege Aud Blegen Svindland med forespørsel om å få tilsendt innlegg med synspunkter om bedriftshelsetjenesten og dens forhold til primærhelsetjenesten. Fra tidligere henvendelser (Åpent spørsmål i Utposten), var redaksjonen klar over at vi kunne støte på

manglende vilje til å sende innlegg. Men når vi nå tok opp et hyperaktuelt tema, håpet vi på et positivt svar. Til tross for telefonisk anmodning etter manglende reaksjon på vår skriftlige henvendelse, har vi ikke mottatt innlegg. I redaksjonens fortvilelse tillot vi oss å konstruere et "telefonintervju" på bakgrunn av de synspunkter som kom frem under vår første telefonsamtale. Redaksjonen ble da oppringt og vi ble nektet å trykke dette og nærmest truet med jurister fra Direktoratet for arbeidstilsynet.

Utpostens redaksjon er "djupt såra og vonbroten" over den uteblivende reaksjon fra overlege Aud Blegen Svindland. Grunnen til dette er at hennes synspunkter for tiden veier tungt i LO-kretser og på regjeringshold. Det betyr at en vesentlig og viktig del av innleggene til debatten, som dette temanummer legger opp til, uteblir.



Bokanmeldelse

Tittel: Medisinsk årbok 1981
Forlag: Olaf Nordli
Anmelder: Martin Holte

Bokens innhold kan karakteriseres som ypperlig egnet for leger i almenpraksis - en mulighet til "follow-up". Innholdet er helt i tråd med målbeskrivelsen i det kortfattede forordet, hvor det står: "Medisinsk årbok inneholder oversiktsartikler, som sikter på å holde praktiserende leger, spesialleger og hospitalsleger orientert om aktuelle problemer innenfor legevitenskapen".

Bokens 195 sider er tett-pakket av aktuelle tema som:

Rødt øye, Amming kontra flaske ..., Pro et contra - Behandling av akut otitis media, Medisinforsømmelse, Nyere synspunkter på vaksinasjon, Hypothyreose - en forsømt diagnose, Clamydia-infeksjoner - diagnose og behandling, Scabies, Hva skader fosteret - tobakkalkohol-medikamenter?, Akupunktur, En føflekk - hva så?, Prostatahyperplasi, Behandling av acne vulgaris, Diabetesbehandling, Miljø - psykiske lidelser, Hjertearytmi i almenpraksis, Gastroscopi, Anorexia nervosa, Gastrointestinal blødning, Korttidspsykoterapi, Mave-tarmsymptomer hos barn, Vondt i ryggen.

**DON'T
FORGET**

**HUSK
Å
betal
bladpenger!**

Forts. fra s. 13

år. Personalet er ansatt etter vanlige lønnssetser i forhold til arbeidstid. Bedriftene synes å akseptere prisen ordningen koster. Ei rekke andre bedrifter er interessert i å bli med på ordningen, men dette er umulig da kapasiteten er sprengt. Det er imidlertid tatt initiativ til å utvide ordningen, eventuelt etablere et nytt kontor.

FORUTSETNINGER:

For at en slik organisasjons- og arbeidsmodell skal fungere etter hensikten tror jeg flere forutsetninger bør være tilstede:

1. Bedriftshelsetjenesten bør fungere som en del av kommunehelsetjenesten, som må være relativt bra utbygget. Dette er nødvendig bl.a. for å unngå å "drukne" i vanlige konsultasjoner.
2. Det krever at lege og sykepleier har interesse for arbeidsmiljøproblemer. Kunnskap og erfaring må erhverves etterhvert gjennom videreutdanning og praktisk arbeid.
3. Ledende sykepleier bør ha god erfaringsbakgrunn og ha evne til å oppnå kontakt med mennesker. Dette er trolig også i stor grad en treningssak.
4. Det krever godt samarbeid og gjensidig tillit mellom bedriftshelsetjenesten og partene på bedriftene.
5. Det krever planlegging og prioritering av arbeidet.
6. Det krever at bedriftshelsetjenesten gir grundig informasjon til både arbeidsgivere og arbeidstakere om hva bedriftshelsetjenesten arbeider med.



Forts. fra s. 11

torsted tre forskjellige steder i kommunen. Det ble foretatt en screening-undersøkelse og gitt råd om antatt sunt levesett. I forbindelse med prøveprosjektet ble det holdt helseopplysningsforedrag, delvis i samarbeid med fysioterapeut, på tre forskjellige steder i kommunen.

Oppslutningen om prosjektet var tilfredsstillende. Systematisering av innsamlede data og evaluering av prøveprosjektet pågår.



Forts. fra s. 23

Vi har til og med fått vite hvorfra de fleste av våre 100 kolleger har sin eksamen. Av 69 uteksaminert i Norge har 1 eksamen fra Tromsø, 3 fra Trondheim, 22 fra Bergen og 43 fra Oslo. 24 av våre svarere har eksamen fra utenlandsk universitet, mens 7 har latt oss leve i uvitenhet om åstedet for denne viktige hendelsen.

Stort mer skal vi ikke si om våre svarere, Olav Rutle får eventuelt fortelle oss om de er representative for norske primærleger. Men vi kan kanskje allerede slå fast at denne utfordringen er særlig godt mottatt utover i distriktene. Vi har fått svar fra poststeder vi knapt nok visste eksisterte. Den lave deltakelsen fra Oslo kan muligens tolkes slik at appetitten på videre- og etterutdanning er bedre tilfredsstillt der.

Vi kan ikke love å gi en like utfyllende beskrivelse av svarerne hver gang. Men om avsenderdataene fortsetter å være mønstergyldig utfyllt, skal vi se til at alle blir holdt rimelig godt orientert om hvem som deltar i denne "medical audit"-serien.

Steinar Westin
Arne Ivar Østensen



Manifestasjoner ved vitamin B₁₂-mangel



såvel til profylakse som til behandling

Betolvex

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens vitamin B₁₂-status.

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

DUMEX

ET NYTT HJELPEMIDDEL FOR BEHANDLING AV DAG- OG NATTEVÆTERE

- helt nyt
bærbart
miniapparat



URISTOP

URISTOP er et bærbart apparat som virker direkte på blærefunksjonen ved transkutan stimulering av lukkemuskelen. En liten elektrisk impuls utløses når varmen fra de første urindråpene registreres av en termostat.

NB! Impulsen vil ikke vekke pasienten, og i våken tilstand merkes den kun som en svak prikking.

Be om nærmere opplysninger.



URI-MED A.S

1458 Fjellstrand
Tlf. (02) 91 80 13 - 91 81 29

SPIRAL ?
 KONDOM ? SKUM ?
 PESSAR ? P-PILLE ?



Tre gode prevensjonsalternativ

COPPER-T- 'KABI' **NOVA-T- 'KABI'** **FOLLIMIN**



Den opprinnelige og mest brukte kobberspiral:

- HØY SIKKERHET
- GOD AKSEPTABILITET
- RØNTGENTETT
- RIMELIG



Nyutviklet livmorinnlegg med kobber:

- HØY SIKKERHET
- GOD AKSEPTABILITET
- RØNTGENTETT
- TYNNERE INNFØRER
- LETTERE Å LADE
- LENGRE VIRKETID



Lavdose østrogen p-pille:

150 µg D(-) norgestrel
 30 µg Ethinylestradiol

- SIKKER ANTIKONSEPSJONELL VIRKNING
- GOD AKSEPTABILITET
- GOD CYKLUSKONTROLL

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

KabiVitrum 

Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 BILLINGSTAD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

ita
it qur
ngus de
pusio
spulir
ict d:
pusa
maio
vins
a de
uelia
uoto
regno
aicu
iquo
citt



Surmontil®

trimipramin

Ved ulcus duodeni og pylori
ved mistanke om at depresjon er en etiologisk faktor

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



RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

POSTBOKS 20, 1473 SKÅRER TLF.: (02) 70 55 20

