

Desember  
1972

**TEMA:** Forskning i almen praksis

Årgang 1  
Nr. 7

# UTPOSTEN®

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

UTPOSTEN nr. 7

Julen nærmer seg, og dermed en hektisk tid for de almenpraktiserende leger. Pasientene ønsker å gjøre seg ferdig med sine sykdommer før jul, og ubetydelige symptomer fører dem til lege på et tidlig tidspunkt, da de ikke ønsker noen alvorlige sykdomsutbrudd i julehelgen. - Og julehelgen kommer, og diabetikeren spiser sukker, hypertonikeren spiser salt, gallepasienten spiser fett, og mavesårene skraper opp igjen av stekt kjøtt. - UTPOSTEN venter derfor ingen stor strøm av bidrag til januarnummeret før etter nyttårshelgen, håper fruktene av meditasjon og årsoppgjør sendes til det kombinerte januar/februar-nummer, med redaksjonens avslutning den 25. januar 1973.

## AV INNHOLDET:

Per Fugelli:

Tanker om primær-  
medisinsk forskning.

I.V. Rosenberg:

Forskning i almenpraksis,  
til glede for hvem?

En bønn til den nye  
helsedirektør.



# NÅ MÅ DET BLI SLUTT

## Om «sentrale» spesialisters uttalelser til pressen

Jeg skal først nevne noen eksempler for å belyse hva jeg mener.

Kostholdsprofetene innen legestanden er mange, og for en del år siden ble det fra våre presumptivt dyktigste spesialister anbefalt å drikke linolje for å forhindre hjerteinfarkt. Jeg er sikker på at spesialistene ikke uttalte at det skulle forhindre infarkt, men slik ble det oppfattet av store deler av befolkningen, og den dag i dag kommer pasienter med angina pectoris og tidligere hjerteinfarkt på kontoret og skjønner ingen ting, for de har jo drukket linolje hele tiden.

Apropos hjerteinfarkt, så skal jo de opereres nå. Jeg kan ikke skjønne at de "sentrale figurer" på dette område må bruke dagsavisene, radio og fjernsyn for å utbasunere sin fortreffelighet når de ikke bryr seg det aller minste om å orientere den legen som får den første kontakten med pasientene. Jeg er også her klar over at vedkommende lege har sine ord i behold, men det hjelper ikke den primærlegen som på grunn av at pasientene misforstår, må forklare 15 pasienter neste dag at vedkommende dessverre (heldigvis) ikke var trukket ut denne gangen.

Jeg nevner videre de p-pille-spisende kvinner som endelig fikk ta en blodprøve som forhindret dem å få blodpropp. Fremdeles forlanger kvinner dette. Jeg vil be dr. Fagerhol om litt mer beskjedenhet ved neste vitenskapelige undersøkelse.

Og fra siste ukes ukepresse saksnes hele to unge fremadskridende vitenskapsmenn. Dr.med. Lars Semb kan fortel-

le leserne, og de er mange i den kulørte ukepresse, at gastroskoper må man ha dersom man skal undersøke mavesår, for det er mange som er ondartede, og gastroskopier den sikreste metode.

Endelig dr. Fredrik Jonassen som mener at "smertefri fødsel er en menneskerett." Paracervical blokadet skal det være, og nå kommer de fødende til å forlange dette

Han slår dessuten samtidig bena under en tidligere profet på Ringerike Sykehus som forfeftet epiduralbedøvelse for noen år siden. Det kan man jo saktens gjøre i den kulørte ukepresse når man har vært i Sverige og lært en ny metode.

Hva om disse sneversynte lærde herrer tenkte litt på konsekvensene av det de uttalte til den mer eller mindre kulørte presse?

Hva vet disse herrer spesialister om forholdene utover i distriktene?

Vet f.eks. dr.med. Lars Semb hvor mange gastroskoper som finnes utenfor Oslo-gryta i dag, og det er i dag vi snakker om dette. Vet han videre i hvor stor utstrekning det er mulig å få pasienter med mavesår undersøkt på sykehus?

Jeg kan fortelle ham at hvis vi får en røntgen V+D innen 1 måned, så er vi 'heldige'!

Jeg vil videre spørre dr. Jonassen om han er villig til å reise landet rundt for å lære jordmødre og gynekologer sin PCB. Jeg tror nemlig ikke disse arbeidsgrupper har tid til å reise til Lørenskog for å lære, for de har mye å gjøre og lite hjelpesersonell.

På grunnlag av de ovenfor nevnte eksempler, tillater jeg meg å be våre toppspesialister om litt mer beskjedenhet i fremtiden, og det gjelder særlig de yngre, tror jeg.

Jeg vil dessuten anbefale at kontroversielle spørsmål holdes innenfor fagpressen og utenfor sensasjonspreget pressede-batt.

Til slutt en inntrengende appell. Informer primærlegene skikkelig før dere søker utvidet PR for deres prosjekter. Primærlegen vil da ha forutsetning for å kunne svare de utallige pasienter som misforstår de mer eller mindre fantastiske opplysninger fra presse, TV og radio. Vær oppmerksom på at mange primærleger har så mye å gjøre at de ikke har tid til å se TV.

Per Wium

### UTPOSTEN

#### Redaksjon:

Harald Siem  
Per Wium  
Halvor Denstad

#### Adresse:

6420 Aukra  
tlf. Aukra 17  
postgiro  
34 78 23

#### Abonnement

kr. 50 pr. år

Utkommer med  
ca 8 nr. pr. år

#### Trykk:

Lorentzen Bokindustri A/S  
OSLO

Hva var det nå den  
spesialisten sa om  
dette på TV?



# Kutt ut SKREMSELSSKRIVERIER



Små sorger...  
Men større kan komme senere  
— hvis sykdom rammer

LANDSFORENINGEN MOT KREFT  
Helseforening, 48 Oslo & Postboks 30100, Bælgrove 3000

## Distriktslege- jobben særlig hard nordpå -

Distriktslegene i Tromsø, ytre distrikt, har bedt Helsedirektoratet ta stedets forhold med i bildet når turnuskandidaten skal plukkes ut.

Distriktslegen sier at tjenesten medfører batreiser på opptil 110 kilometer, og at man ute på øyene må ta seg frem til fots, ofte i bitende kulde. Man kan også risikere å måtte vasse i sne opptil syv kilometer på ett sykebesøk. Det er i tillegg et tildels hardt arbeidspress ute i distriktet.

## ANSIENNITETS- SPØRMALET

— Finnmarksleger har tatt opp spørsmålet om ansiennitet for leger i Nord-Norge kontra Sør-Norge. Når det gjelder spesialistene skulle det være mulig å få til en utveksling mellom sykehusene i Nord-Norge og Sør-Norge, slik at legene i Nord-Norge kan få mulighet til å ajournføre seg rent faglig. Det må imidlertid være klart at en overlege ved et sykehus i Nord-Norge, hvor det drives en begrenset kirurgisk

aktivitet, ikke er faglig bedre enn for eksempel reserveleger ved større sykehus i Sør-Norge. Eller dersom en stilling i indremedisin skal besettes: En av kandidatene har vært distriktslege i tre år, mens en har ett års praksis ved sykehus for indremedisin. Hvem har da de beste faglige kvalifikasjoner?



WARNING by H.M. Government  
SMOKING CAN DAMAGE  
YOUR HEALTH

## NYHETER

# Norske hjertepasienter måtte sendes til London

*Rikshospitalet ville vært nødt til å utsette operasjonen i vel et år*

Av TORIL GRANDE

London er redningen for hjertepasienter som norske sykehus ikke har kapasitet til å operere selv.

Rikshospitalet var i sommer nødt til å sende fire pasienter med hjertefeil til Hammersmith Hospital i London. Skulle de ventet på behandling her hjemme, måtte operasjonen utsettes i vel et år.

— Norge er som et u-land på dette området, sier overlege, prof. dr. med. Ole Storstein på Rikshospitalets medisinske avdeling B. — På samme måte som utviklingslandene, må vi be britene om medisinsk bistand. Enda en skulle tro vi burde klare oss selv.

Det er ikke operasjonenes vanskelighetsgrad som gjør at en søker britisk ekspert hjelp. Det er rett og slett et spørsmål om kapasitet, og et tindrende klart eksempel på krisetilstandene ved Rikshospitalet som ikke er en hårsbredd forbedret.

Både medisinen og kirurgen er underbeimannet, rentgen og laboratoriet er de samme flaskehalsene som før.

— Jeg håper ikke det skal bli vanlig at vi må sende hjertepasienter til London. Hovedprinsippet er selvsagt at vi skal forsøke å klare oss selv, sier Storstein. — Men vi kan bli nødt til å ty til samme løsning igjen, hvis ikke situasjonen bedres.

De fire pasientene som i sommer fikk ca. en måneds opphold hver på sykehuset i London, var alle menn i 50–60-åra. De tilhørte mellomstadiet av pasientgrup-

pen — slike som hadde hjerteklaff-feil som det hastet å operere, uten at situasjonen var kritisk. Storstein opplyser at han opprinnelig søkte om plass for flere enn disse fire, men at de fleste trakk seg fra England-turen. De ville heller vente på behandling hjemme.

Det blir dyre operasjoner når de skal utføres i London, men pasientene merket ingenting til det. Ordningen skjedde i forståelse med Rikstrykdeverket og Helsedirektoratet.

Det er for øvrig ikke første gang norske sykehus sender

hertepasienter til Storbritannia. Det har skjedd både på Rikshospitalet og ved Haukeland sykehus i Bergen at man har sendt over barn med medfødte hjertefeil — stadig på grunn av manglende kapasitet ved de norske avdelingene.

— Vi vet at hospitalene i London har mange oppgaver for land som er tilbakestående i medisinsk sammenheng — som Midt-Østen, Jugoslavia og Island. Men det må jo sies at Norge egentlig ikke burde hørt hjemme her, sier professor Storstein. — Vi burde klare oss selv.

# TANKER OM PRIMÆRMEDISINSK FORSKNING

Av PER FUGELLI

Tonnasjen av nonsenseforskning som velter over oss, er så vidt skremmende at vi ikke bør oppfordre til mer. Det betyr ikke at forskning i almen praksis skal hvile i den dvale som har rådet frem til nå. Primærmedisinen utgjør et forskningsfelt som hittil har ligget brakk og derfor byr på en rekke nye og vesentlige forskningsoppgaver. Vi finner innenfor primærmedisinen muligheter for originalitet og nybrottsarbeid, - muligheter det må letes lenge etter, med lykt og elektronmikroskop, innen de tradisjonelle medisinske forskningsdisipliner. Som nevnt mer om nedenfor, vil forskning i almenpraksis også by en rikdom av emner med umiddelbar nytteverdi, - noe som øker motiveringen og utholdenheten under den møy - sommelige rutine som ofte preger forskningsarbeidet. I tillegg vil forskning i almen praksis gi rom for en kombinasjon av jordnær pasientmedisin og teoretisk - vitenskapelig virksomhet, - en blanding mange er glad i.

Nå, - etter denne ode, hvorfor er det aldri blitt noe nevneverdig av primærmedisinsk forskning i vårt land? Hvorfor er forskning i almen praksis aldri kommet ut av dødvannet, tross de åpenbare og forlokkende fordeler listet opp ovenfor?

Meget av forklaringen finner vi i den utbredte vrangforestillingen som sier at all anstendig forskning må foregå innenfor et institutt, - og aller helst oppe i et reagensglass. Denne oppfatningen er en seiglivet overlevering fra den forgangne tid da de biologiske aspekter ved sykdomsbegrepet dominerte den medisinske tenkning og hverdag. 30-40 år tilbake ryddet tuberkulosen ut hele familier, barn døde av difteri og skarlagensfeber, giktfeber og engelsk syke var vanlig å se. Under slike forhold ble det selvfølgelig at den medisinske forskning kom til å konsentrere seg om somatiske problemer. Det var samsvar mellom forskning og grasrot.

Slik er det ikke i dag.

Den strengt somatiske del av sykkeligheten er langt fra så overveldende som før. Sosiale og psykiske sykdommer inntar nå en sideordnet plass i almenpraktikerens hverdag. Ikke somatiske sykdommer og ikke-somatiske forhold ved somatiske sykdommer står i dag frem som like ressurskrevende, kanskje mer ressurskrevende enn de somatiske sykdommer per se.

Altså: folkesykkeligheten har endret karakter, - det primære medisinske serviceapparat har søkt å tilpasse seg de nye krav - men forskningen, det tredje ledd i kjeden, er like difterisk som i 1920-årene. Vi har alle våre gullkalver og norsk medisinsk forskning danser fremdeles, - 40 år etter, charleston omkring den biologiske anomali. Det vil si at forskningen er kommet i utakt med den folkesykkelighet og det hjelpeapparat den er ment å tjene. Vi vet at folkesykkeligheten forandrer seg. Vi vet at de dominerende medisinske problemer anno 1972 vil være ganske andre om 30 år. Klart for alle vil det være at det primære medisinske hjelpeapparat må følge med og tilpasse seg de nye behov.

Like klart burde det være at den medisinske forskning skal ta del i denne omformingen og søke å samsvare med de medisinske problemer som til enhver tid preger folkesykkeligheten.



Så er ikke skjedd hos oss. Og så vil ikke skje før vi lager rom og vilkår for forskning som velger ikke-biologiske aspekter ved sykdomsbegrepet som sitt analysefelt. Vi må erkjenne nytten og muligheten av solid forskning utenfor laboratoriene og utenfor instituttene. Fra England og Holland har vi i tyve år fått vist at det er mulig og at det er nyttig å lage god forskning ute i felten. Så skulle det vel la seg gjøre hos oss også. Forskning i almenpraksis byr seg frem som en naturlig utvidelse av den tradisjonelle forskningsaktiviteten. Primærmedisinen byr på en urørt formue av spennende emner hvis utforskning vil gagne medisinen som fag, så vel som pasienter og samfunn. Vi skal nedenfor liste opp og kort kommentere de tre hovedgrupper av emner som egner seg særlig for primærmedisinsk forskning.

## 1. Kliniske/epidemiologiske undersøkelser.

Emnene innen denne gruppen spenner over et vidt felt, - fra observasjon og beskrivelse av et enkelt symptom/tegn via kasuistiske meddelelser til mer omfattende epi-

epidemiologiske studier. Hva gjelder forskning knyttet til den enkelte sykdom, har primærlegen et godt utgangspunkt. Han kan, i motsetning til sykehus/institutt-kollegaen, følge sykdommen gjennom hele forløpet, fra initialsymptomene til den endelige konsekvens. Han har også høve til å observere sykdommen i originalmiljøet og ved det utrede miljøforholdenes innvirkning på sykdommens tilblivelse, utforming og følger.

Videre vil det være en rekke sykdommer som kun behandles av almenpraktikeren og således ikke kommer i kontakt med den tradisjonelle forskningsmedisin. Primærlegen blir derfor den eneste som får anledning til å utforske denne betydelige del av sykkeligheten.

Forts. neste side

## Tanker om ...

Morbiditetsundersøkelser ligger også vel til rette for almenpraktikere i vårt land. Mange kolleger arbeider i geografisk vel avgrensede distrikter med stasjo - nært befolkningsgrunnlag. Slike områder egner seg godt for kartlegging av ulike sykdommers incidens- og prevalensforhold.

Utpøring av legemidler er også et forskingsfelt som passer godt i almen praksis. Særlig gjelder det legemidler beregnet på sykdommer som skjelden når frem til sykehus eller spesialavdelinger.

2. Sosialmedisinsk forskning En vesentlig del av almenpraktikerens dag går med til å behandle miljøsykdommer, -uhelse som skyldes eller gir seg utslag i sosial miltpasning.

Det er en alminnelig mening at miljøsykdommene øker i antall og nå er i ferd med å bli vårt største helseproblem. Dette til tross, har forskningen på dette feltet vært mager. Primærlegen står vel rustet til å pløye denne jomfruelige mark. Han kjenner

ofte miljøpasientens bakgrunn, familieforhold, bolig, økonomi, yrke, lokal prestisje og personlighet. Videre kjenner legen nærmiljøet, bygden eller bydelen, næringsstrukturen, særegne religiøse eller politiske eller kulturelle forhold, lokale seder og skikker, - alt forhold som kan være av betydning for miljøsykdommene. Primærlegen står således i en særstilling hva gjelder utforskningen av denne "nye" sykdomsgruppen. Ulike forhold knyttet til sosiale og medisinske trykkligger også vel til rette for utforskning ved almenpraktikere. Mer om dette nedenfor.

3. Utforskning av det sosiale og medisinske hjelpeapparatets virkemåte.

På engelsk kaller de dette "operational research". Behovet for slik forskning er stort og det øker i takt med de økende milliarduttellingene til helse- og sosialsektoren. I dag står vi så og si på bar bakke når det gjelder forskning på dette feltet. Så opplever vi da også at hele vår trygdepolitikk kommer i faresonen og bringes i miskreditt på grunn av feil som følger av at

planlegging og ressursdisponering må skje i blinde. Økt forskning på dette området, og bar det, vil tilveiebringe et rasjonelt grunnlag for omformingen av helse- og sosialtjenesten. Og får vi ikke en slik forskning, risikerer vi en videreutvikling av dagens tendenser som tyder på at tilfeldige hetskampanjer og leserbrev fra "forargede naboer" skal avgjøre strukturen i vår fremtidige hjelpetjeneste. Emnene for slik operasjonell forskning er legio, og almenpraktikeren sitter igjen gunstig til. Vi kan nevne noen eksempler. Analyse av uføreforholdene i en befolkningsgruppe, herunder trygdemessig kompensert, overkompensert og ikke-kompensert uførhet. Kartlegging av og eksperimentering med attføringstiltak lokalt. Utredning av hvilken rolle personlighetsmessige, miljømessige og somatiske forhold spiller i forbindelse med sykemeldings, og uføreproblematikken. Utforskning av sosialmedisinske risiko- og problemgrupper som er særlig utsatt for å bli avhengige av hjelpeapparatet, - even - tuelt forsøk med forebyggende tiltak.

## A PROPOS FAMILIEFORHOLD



Forskning knyttet til det medisinske hjelpeapparatets virkemåte byr også på mange emner. Ulike former for praksisbeskrivelser er i regelen enkle å gjennomføre og kan gi interessant og nyttig informasjon. Registrering av sykdommer som fører til legesøking i et distrikt over en viss periode, vil gi et tilnærmet bilde av morbiditetsforholdene i området. En slik registrering vil videre tjene som en slags markedsanalyse, - den vil avdekke hvilke behov den primære helsetjeneste skal fylle. Utforskning av ulike arbeidsformer, bruk av hjelpepersonell, bruk og nytte av laboratorieprøver, vurdering av forebyggende virksomhet, bruk av sykestue, sykehusinnleggelses, spesialisthenvisninger, - alt dette er viktige informasjon som kun kan tilveiebringes ved forskning i almen praksis. I en tid da helsetjenesten er i støpeskjeen og politiske prinsipptryttere behersker arenaen, står det klarer enn noensinne at nøktern forskning er nødvendig på dette feltet. Det er vårt ansvar og vår oppgave at så skjer.

I. U. Rosenberg:

# Forskning i almen praksis, til glede for hvem?

Innledning til en diskusjon i Medicinsk Selskap  
30. august 1972

Det er farlig å skrive brev - jeg skrev et til Dag Bruusgaard - derfor er jeg her. Jeg var redd for at mine tanker ville bli oppfattet negativt, men siden han overbeviste meg om at en meningsutveksling er nødvendig, og at spørsmålene er relevante, gjør jeg et forsøk. Evt. provokasjoner er tilsiktet for å fremkalle reaksjoner.

Overført fra børsspaltene kan vi si at tendensen er "fast" på almenpraktikermarkedet i dag - især er interessen stor for kjøp av forskningsprosjekter, og det foregår en livlig fusjonering mellom almenpraktikere. Dette synes også å gi seg utslag i velvillig innstilte bevilgende instanser.

Kan hende vi skulle stoppe opp et øyeblikk og stille noen spørsmål:

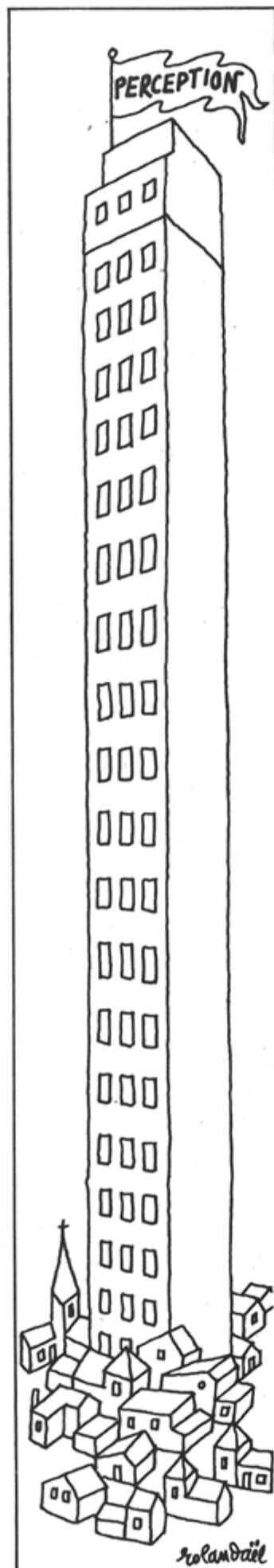
1. Er dette til glede og fordel for våre pasienter?
2. Er dette til glede og fordel for almenpraktikerne?

Det synes å være interesse for forskning i almenpraksis, også blant almenpraktikerne selv. Hva skal så gjøres når den første rus har gitt seg? Når almenpraktikerne oppdager at de prosjekter de har vært med på, som har opptatt deres tid og tanker, bare tjener som mating til sentrale administratores jakt etter publikasjoner eller PR? Det er dette vi må unngå - da kan interessen bli borte, og en god intensjon kan bli ødelagt.

Jeg vil ta fatt i nettopp denne siden av forskningsproblemet og forsøke en slags analyse, evt. noen forslag:

1. En enkelt leges arbeid burde være greitt. Han publiserer det selv, men kan nok trenge en del hjelp, hjelp som vel måtte gå gjennom det enkelte institutt for almenmedisin, eller en eller annen institusjon for dette formål.
2. Det som er sagt foran om hjelp, gjelder vel også for mindre grupper av leger som står sammen om et prosjekt, evt. publikasjoner kan bli til under kollektivt forfatterskap, eller gruppen kan selv velge en prosjektleder som hovedansvarlig, og skifte ledere for nye oppgaver.
3. Ved store, sentralt dirigerte undersøkelser blir selvsagt problemene anderledes. Med-bestemmelssmulighetene er små, man blir lett hjelpepersonell som gjør jobben på grunnplanet - "grasrota" i EF debattterminologi - "vannbærere" har noen kalt det, og man kommer i en eller annen publikasjon med som "et al". Det er vel særlig i disse store prosjekter at meriteringsproblemet er størst.

Jeg startet med to spørsmål: Er dette til gode for pasienter og/eller almenpraktikere? Et idealistisk grunnlag for forskning i almenpraksis måtte være at den hjelper våre pasienter til bedre helse, og oss til bedre å kunne hjelpe våre pasienter, evt. bedre å forstå våre pasienter og deres helseproblemer i videste forstand. Dette vil gi oss leger en følelse av å gjøre en



Forts. neste side

## Forskning . . .

innsats hvis prosjektet er meningsfylt, det vil kunne gi oss ære og berømmelse hvis vi er få om prosjektet (eller står som leder for det), og er heldige med utfallet. Det burde gi oss en større følelse av fellesskap og også muligheter til analyse av forskjelligheter og likheter i hverandres praksis.

Kan forskningsdeltagelse gi oss noe mer? Den bør føre til kontakter for å drøfte prosjekter, gangen i det hele, resultatene, evt. publikasjoner, vurdering av teknikk osv. Hvem skal betale slike sammenkomster? Deltagelse i forskning måtte kunne kvalifisere til godskrivelse som ledd i videre- spesielt etterutdannelsen almenpraktikere. Jeg mener man burde kunne gjøre noe ut av en slik mulighet.

Videre kunne deltagelse i forskning føre til at man blir sendt ut som f.eks. offisielle delegater til møter og kongresser som tar for seg passende emner, eller almenpraksis generelt. Her er det tydelig at det trengs en spredning, så vi ikke får Tordenskjolds soldater. Ved søknader om f.eks. reisestipendier, burde forskningsdeltagelse telle.

Økonomien for selve forskningsprosjektene må løses. Det kan gjelde skjematrykking, brevskriving, kontorhjelpe, apparatur, EDB-bearbeidelse, osv., osv. Videre bør reiser, møter og omkostninger forøvrig dekkes. En bør huske på at almenpraktikeren, som tjener etter stykkpris, nødvendigvis må gjøre forskningsarbeidet i tillegg. Han har ikke den støtte i ryggen som en sykehusavdeling eller et institutt er for andre leger.

I hvilken grad f.eks. medisinalfirmaer kan komme inn, må også tas med i denne sammenheng. Det har hittil vært lite seriøst anlagt medikamentutprøvinger i almenpraksis, med placebo/dobbelt-blind/turover-systemer, osv., som kan stå for kritikk. Her er det opplagt et stort arbeidsområde som ligger åpent. En gruppe leger i Telemark har deltatt i en slik utprøving, vi har lært meget, ikke minst av analyse under og etter arbeidet. Publikasjonsmåten er ennå ikke avklart i detalj.

Forsøk på en konklusjon: Før en almenpraktiker å delta i forskning i almen praksis kan bety en utvidelse av hans horisont, følelse av å "være med", muligens gi en "statushøyning". Deltagelsen bør også påskjønnes - merittere - i form av tellende medarbeiderskap på like linje med andre, evt. som ledere, i publikasjoner. Den kan også muligens telle som endel av videre- og etterutdannelsen. Økonomisk eller velferdsmessig kompensasjon - aktivisering til å delta i møter og kongresser i inn- og utland (stipendier?), bør overveies. Mensikten med alt dette er å animere almenpraktikeren til å gå inn i arbeidet med forskning i almen praksis også når den jevne hverdag kommer etter den første stormende glødende entusiasme som vi nå er inne i.

I.U. Rosenberg

## MERE FORSKNING FOR ALMENPRAKTIKEREN?



## EN BØNN TIL DEN NYE HELSEDIREKTØR

Går det an å gjøre saksbehandling i Helsedirektoratet enklere?

Problemet er meget stort for de som skriver til Helsedirektoratet for å få svar.

Er det nødvendig at det skal ta 2-3 måneder for å få godkjent tomt for distriktslegebolig som nevnt i tidligere nummer av UTPOSTEN. Denne tomten var godkjent av 2 distriktsleger, kommune styret, bygningsrådet, fylkeslegen og fylkesreguleringsarkitekt.

Jeg vet ikke i hvilken grad personellet i Helsedirektoratet er oppmerksomme på problemet, men det fører i alle fall til at mange distriktsleger har gitt opp å tilføre Helsedirektoratet meget nyttige opplysninger, på grunn av at de tror det bare havner i en stor papirhaug.

En del av rundskrivene som pøses ut fra diverse kontorer virker kanskje direkte virkelighetsfjerne i enkelte distrikter, men det får ikke de som lager rundskrivene vite, på grunn av at distriktsleger har gitt opp samarbeidet med Helsedirektora-



tet.

Synes ikke de som arbeider i Helsedirektoratet det er beklagelig at en sak som vedkommende gjorde seg ferdig med for flere måneder siden, fremdeles ikke har kommet frem til adressaten på grunn av at den ligger på kontorpulten i et av de 7-8 kontorer det skal gjennom før det kan sendes ut. Er det nødvendig at et system skal være så perfektjonelt at perfektjonismen kveler et samarbeide som er nødvendig for at systemet skal virke.

Slik det er i dag får kanskje rundskriv og forordninger bare et lite smil fra distriktslegen før det havner i papirkurven.

Men det hadde i alle fall vært gjennom 8 kontorer i Helsedirektoratet før det kom så langt.

Red.

# Clinicult for gonorrhé



- en ny testmetode som gjør det mulig å oppdage gonorrhé  
på kortere tid

De har et pålitelig svar i løpet av 24-48 timer  
med en test som kan utføres på Deres eget kontor.  
Testen kan også brukes til kontroll  
av pasienter som får behandling for gonorrhé.

PRIS PR. TEST KR. 17.00



**UKOG**

**United Kingdom Overseas Group**

**Smith Kline & French Laboratories Limited**

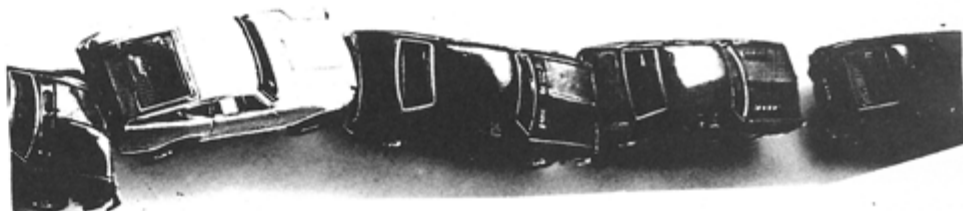
Welwyn Garden City, Hertfordshire, England

Ytterligere opplysninger ved agenten i Norge: Firma Jan F. Andersen, Bjerregårdsgt. 49, Oslo 1. Tlf. 11 17 44

# Desentralisert forskning - sentralstyrt - slik det oppleves fra «sentrum»

Av dr. Bjørn Øgar

Min erfaringsbakgrunn i dette er prosjektet "Psykiatri i almenpraksis". Pilotundersøkelsen er det gjort rede for i Tidsskriftet nr. 13, 72. Selve undersøkelsen pågår nå med 55 deltagere. Ved siden av alle de øvrige vansker man har ved forskning i almenpraksis, har dette opplegget ved siden av "soft data" problematikken i utpreget grad. Likevel virker det som vi nå har funnet et opplegg som fungerer tilfredsstillende både sett fra periferi og sentrum. Fordele ved denne type forskning er jo at man kan få et stort antall deltagere fra ulike praksistyper og deler av landet. Dette gir et godt utgangsmateriale som kan bearbejdes sentralt da man har samme metodikk. Ulempene er at det er nokså begrenset hvor meget man kan belaste de enkelte deltagere tidsmessig, og at disse vil ha ulike interesser og forutsetninger. Største problemet var å få kontakt med interesserte. "Forskningsregisteret" ble der en stor hjelp. Kommunikasjonsproblemene har vært helt sentrale. Uten å drukne interesserte måtte jeg så kortfattet som mulig prøve å "selge" opplegget, redegjøre for hensikten, motivere for deltagelse og fortelle hva deltagerne fikk igjen. Når jeg nå har en følelse av at dette noenlunde har lyktes, tror jeg at erfaringene fra pilotundersøkelsen med personlig kontakt med deltagerne hvor opplegget gang på gang ble diskutert sønder og sammen, gjorde at vi som team kom fram til en brukbar metode. Denne prosess er ikke så enkel å gjennomføre pr. brev. Jeg tror heller ikke jeg kunne ha klart min del av oppgaven uten å kjenne terrenget fra 8 år i praksis. Jeg tror det er en stor fordel med metode som består i avsluttede ar-



## Blinkende, blått varsellys:

Dr. Leiv Tormod Hansen har søkt Statens Bilsakkyndige om å få bruke blinkende, blått varsellys på sin egen bil når han kjører legevakt. Han skriver i sin søknad:

"Jeg er kjent med den strenge praksis som følges når det gjelder tildeling av blålys-tillatelse, dvs. at sykebler får blålys, men ikke legevaktsleger i egen bil. Denne praksis skulle logisk bety at veimyndighetene anser det som mindre viktig at en lege kommer raskt og uhindret til en ulykke eller akutt hjertetilfelle, enn at en sykebil kommer frem. Det kan imidlertid ofte være like viktig, og endog langt viktigere at legen kommer raskt til stede, enn at pasienten blir bragt raskt til sykehus. Står man i en akutt utrykning med en vanlig bil, er altså ens eneste virkemidler lyshorn og lyd-horn, noe som av medbilister tydelig blir oppfattet som bajaskjøring, og derfor ikke så gjerne kjøres til side. Uten at man har tegnet som utvetydig viser at man er i utrykning - nemlig blålyset - oppnår man altså en forsinket fremkomst med farligere kjøring fordi man ikke er overbevist om at ens medtrafikanter er klar over at det er utrykning.

beidsoperasjoner. Utfylling av skjema på fastsatte dager, ferdig med det. Dette letter kommunikasjonen og muligheten for kontinuerlig oppfølging og eventuell justering. Dette krevde tid og det har vært en stor hjelp at to andre har vært med på den praktiske administrasjonen av undersøkelsen her sentralt. Det var uhyre spennende dager før vi fikk inn de første svar. Nå glir opplegget greit. Det er mindre enn 1% retur på tilsendte skjema for korreksjon, så til nå er forventningene forlenget innfridd. Men selvsagt er vi spente på slutt kommentarene fra deltagerne.

Jeg har her vesentlig berørt forholdet til deltagerne perifert. Ved siden av kommer så

Naturligvis vil blålyset bli fjernet når jeg ikke har vakt. Det skulle heller ikke være noen grunn til at en lege skulle være noe mindre ansvarlig ved vurdering av bruk av blålys enn en syke-bilsjåfør."

Statens Veivesen, Veidirektoratet har svart:

"I henhold til kjøretøyforskriftens § 17 nr. 2, jfr. vegtrafikklovens § 11, er det bare utrykningskjøretøy som kan ha varsellykt som nevnt.

Etter bestemmelsene i trafikkregulenes § 1, nr. 9 kan privatbil tilhørende lege ikke ansees som utrykningskjøretøy.

Vegdirektoratet finner således ikke å kunne gi tillatelse til bruk av blinkende blått varsellys på Deres bil."

Det kunne kanskje være ønskelig om man gjennom Legekontoret, Helseledelsekontoret fikk åpnet adgang til å bruke blinkende, blått varsellys på enkelte legebler. Tillatelse måtte evt. gis etter begrunnet søknad. Det er tvilsomt om det kan bli aktuelt i byer, men for leger i mere grågrønne strøk som har relativt lang kjøring pr. sykebesøk, hvor kjøretiden betyr en vesentlig ventetid for pasienten, kan jo varsellys under utrykninger bety sikrere kjøring og raskere fremkomst.

Red.

problemene vedrørende bearbejdingen av alle de data man får inn. Her er det ikke enkelt å få sakkyndig hjelp, men erfaringene fra pilotundersøkelsen er svært nyttige. Summa summarum: desentralisert sentralstyrt forskning i almenpraksis egner seg sikkert til å belyse en rekke forhold. Utviklingen av metoder eller teknikker er en langvarig og slitsom prosess, men fordelene er da at mange deltagere kan nytte seg denne. Jeg har funnet forskning eller registrering av denne type svært stimulerende p.g.a. at de ideelle målsetninger hele tiden må tilpasses det praktisk gjennomførlige.

Bjørn Øgar

# Forskning i almenpraksis - den enkelte almenpraktikers ansvar

Av Harald Siem

## Den almenpraktiserende leges ønske og muligheter.

Det har vært sagt at når menneskets behov for mat og varme; seksuell utløsning og trygghet er rimelig dekket, våkner behovet for mer kunnskap. Jeg tror mange, kanskje de fleste almenpraktiserende leger, har fått dekket disse sine basale behov, og er på jakt etter mer kunnskap for kunnskapens skyld.

Vi kan ikke gjøre de geniale oppdagelsene til et arbeidsgrunnlag for vår forskning. Vår forskningsinnsats vil kunne sammenlignes med maurens bidrag til maurtuen. Uten å ville komme med noen systematisk inndeling av de forskjellige forskningsformer og arter, vil jeg bare peke på et forhold som vel kan være av betydning. Grunnlag-forskning, altså forskning uten direkte matnyttige siktemål, forskning som ofte foregår i laboratorier som vi kjenner igjen fra fysikk og kjemi, er lite egnet i almenpraktiserens hender. Han vil først og fremst befatte seg med anvendt forskning, dvs. datainnsamling og bearbeidelse av data, som kan brukes til å evaluere f.eks. et behandlingsopplegg, et medikament eller den økonomiske nytten av forskjellige prosedyrer. Etter mitt skjønn, vil altså forskning i almenpraksis bli en slags forbrukerstudie av helse-sosialytelser. Jeg vil illustrere dette nærmere:

Hvordan blir eller er det praktisk mulig å behandle blodtrykk? For 3 år siden leste jeg i et medisinsk tidsskrift en 7-8 sider lang artikkel om avklaring av blodtrykkspasientene når han møtte opp hos legen. Det var ikke grenser for hvor sofistikerte undersøkelser man

kunne gjøre, og etter forfatterens mening, nok også burde gjøre. Uten å være sosialøkonom kunne jeg raskt forstå at dette ville sprenge landets helsesektor hvis det ble lagt ut som prosedyre. Det som er relevant ved behandling av blodtrykk, er å spørre hvor mange kontroller og undersøkelser lar seg gjennomføre, hvilke prosedyrer gir best resultat når man tar hensyn til en større populasjon. Cost-benefit-undersøkelser.

Jeg vil nevne et eksempel til. Jeg er så vidt ferdig med min design av en etterkontroll av behandlede pasienter som hadde urinveksjonsjoner i 1971. Urinveksjonsjoner har vært fremme i alle tidsskrift som har omhandlet almenmedisin i de senere årene, og et stort antall medikamenter, fremgangsmåter og behandlingsvarighet har vært foreslått. De fleste synes å være enige om at en dags behandlingstid er for kort, og livsvarig behandling vel er for lenge. Som almenpraktiserende lege kan jeg her bidra til avklaring ved å bygge opp et fast opplegg for mine pasienter, med så og så lang behandlingstid med de og de medikamentene, avhengig av resistensbestemmelser, og f.eks. 1 til 1½ år senere trekke inn disse pasientene og se hvor mange som har fått kronisk urinveislidelse. Etter mitt skjønn, er dette den aktuelle forskningsinnsats for almenpraktiserende leger. Sistnevnte undersøkelse har i seg selv en relativt liten verdi. Hvis undersøkelsen kunne sammenlignes med andre undersøkelser med evt. to eller tre variable, eller kanskje aller helst kun en variabel i undersøkelsesopplegget, ville summen av de evt. undersøkelser bli vesentlig mer verdifull enn undersøkelsene hver for seg. Vårt store problem er at de aller fleste undersøkelser

ikke er direkte sammenlignbare. Den eneste faktor som vel er nokså konstant i almenpraksis, er at de fleste data man samler inn, er såkalte soft-data, dvs. opplysninger som diagnoser og anamnesticke utsagn, er relativt usikre. Man har av og til mulighet til å gjøre opplysningene mindre usikre, men da overfører man lett pasienten fra å være en pasient i almenpraksis til å bli et studieobjekt som man finner dem i sykehus og universitetslegenes arbeider. Jeg ønsker å understreke her at en pasient hos almenpraktikeren kun varer i et kvarter eller kanskje en halv time. Hvis vi snakker om almenpraksis og pasientene der, er det skjelden relevant å omtale karakteristika ved pasient eller sykdommer som ikke vanligvis forekommer i en konsultasjon. En gjennomundersøkt pasient med en sikker og eksakt diagnose er ikke representativ for almenpraksis.

Riktig soft blir opplysningene når man kommer over til psykiatri i almenpraksis. Jeg vil nevne den nå pågående registrering av psykiatri i almenpraksis. I pilotundersøkelsen var det jo snakk om legens subjektive oppfattelse av pasientenes tilstand, uten at legenes bedømmelse var standardisert. Konsekvensen av det allerede sagte, er at legene som skal delta i forskningsopplegg, for det første må skoleres og for det andre koordineres i sitt arbeid. Om data er ueksakte, må legene i sin bedømmelse av disse være mest mulig eksakte, objektive og ensartede. For at vi skal komme noen vei og yte noe verdifullt bidrag med vår forskning, er det nødvendig med et forskningsinstitutt. Kanskje flere forskningsinstitutter. Disse må ha til oppgave å skolere de deltagende leger, sikre seg at kriterier blir holdt, utarbeide alle mulige tenkelige

Forts. neste side

## Forskning i ...

standardiseringsmål, til å begynne med vil jeg bare nevne en felles diagnoseliste. Instituttet må også kunne bistå med annen faglig hjelp, jeg tenker da særlig på en biomedisinsk og statistisk veiledning. Det må kunne skapes en brukbar kommunikasjon mellom deltagende leger i forskjellige forskningsprosjekter. Denne kommunikasjonen opprettholdes ikke ved at man evt. leser hverandres publikasjoner med 6 måneders forsinkelser i forskjellige tidsskrift, men må til en stor grad foregå rundt det runde bord.

Til slutt må et institutt være i stand til å bistå med praktiske råd vedr. f.eks. datainnsamling, slik at ikke den ene enkeltlege etter den andre er nødt til å gjøre samme bitre bommerter etter hverandre.

Et slikt institutt står altså øverst på ønskelisten for mitt vedkommende når det gjelder forskning i almenpraksis. Men man må være oppmerksom på at faren ved et slikt institutt er at instituttets ledere og tilknyttede spesialister i statistikk, sosiologi osv., kan få en for sterk innflytelse på design av undersøkelsene. F.eks. er det stor fare for at en spesialist i indremedisin og bakteriologi som rådgiver for en undersøkelse av urinveisinfeksjoner i almenpraksis, nok ville forlange adskillig flere laboratorieprøver og mer inngående undersøkelse enn det som er adekvat i en almenpraksis. En risikerer da å få et bilde av pasienter og behandlingsresultater som ikke er representative for almenpraksis. Videre er det selvfølgelig en stor fare for at et institutt som dette kunne medføre en viss sentralisering av forskningsinnsatsen, men disse ulempene er ikke på langt nær så tungtveiende som fordelene man vil ha av et forskningsinstitutt for almenpraksis.

Forskning koster penger og tid, en lege som ikke klarer å holde hodet over vannet for bare rutinearbeid og sykebesøk om natten, vil neppe kunne utføre en fullverdig forskerinnsats. Det er å håpe at fremtidens helsetjenester og gruppepraksis



vil by legene vesentlig bedre muligheter til forskning enn tilfelle er for de almenpraktiserende leger i dag.

Et institutt kunne evt. bistå med finansiering av forskningsprosjekter i almenpraksis. Det kan også bidra med en viss utsiling av data som kommer inn. Resultatet av en del undersøkelser er unektelig svært lite interessante, men undersøkelsene blir publisert og påtvunget oss likevel for å rettferdiggjøre den nedlagte arbeidsmengde.

Til slutt vil man kunne vente av et institutt at det kunne opprette en idébank og et interesseregister, hvor man fikk formidlet idéer og kontakt mellom leger eller forskergrupper som har felles interessefelt.

Når jeg nå så lenge har snakket om primærlegenes ønsker når det gjelder forskning, skal jeg kort streife hvilke muligheter han har.

Han ser omtrent alle mennesker innen sin del av samfunnet som blir syke. Derfor får han etter noen tid en meget verdifull erfaring for hvor tungt de forskjellige sykdommer veier både menneskelig og økonomisk. Han har nær kontakt med den videre behandling av de som sendes fra ham, og sitter som den eneste i samfunnet som burde kunne uttale seg om hvorledes utbyggingen av helsestellet skulle kunne finne sted. Å registrere antall konsultasjoner, diagnoser og videre prosedyrer i sitt pasientmateriale, slik som Bernt Guttorm Bentsen har

gjort det, er et meget betydelig arbeid. For at denne registreringen ikke skal bli for tidkrevende, har jeg på Aukra funnet frem til en meget enkel måte å samle inn disse data på, ved et 3-delt NCR regningskort.

Det hadde selvfølgelig vært mye lettere og mer effektivt å samle data på en EDB sentral, men dette er dyrt, og det er kanskje ikke mulig av rent etiske grunner.

Når man gjennom noen år har lært sin praksis å kjenne, sitter man så med et diagnoseregister som er en skattekiste for etterundersøkelser. Den almenpraktiserende, men også spesialister innen mange fag, ville kunne boltre seg i slike diagnosekartotek for å kunne evaluere verdien av forskjellige behandlingsopplegg. Jeg beklager at vi ikke er kommet lengre i Norge når det gjelder forskning i almenpraksis, og vil avslutte med å gjenta ønsket om snarligst mulig å få en diagnoseliste som kunne bli en standard for almenpraksis i Norge. Det er trist å tenke på at man evt. nå sitter og samler opp data som ikke kan sammenlignes med noen andres, hvis man skulle bearbeide dem.

*Knut Sævi*

**SKRIV  
SELV!**



## Øyvind Larsen: BEDRIFTSLEGEORDNINGEN UNDER DEBATT

Bedriftslegeordningen er blitt et yndet diskusjonstema i legekretser. Undertiden slår debatten igjennom til presse og kringkasting, fra tid til annen utveksles meninger i "Tidsskriftets" spalter og ved legeforsamlingens årlige fortsettelseskurs i Oslo i 1972 hadde kurskomitèen funnet det på sin plass å sette igang en ny diskusjonsrunde.

Den norske bedriftslegeordningens historiske bakgrunn er forholdsvis grei. I en tid da det forebyggende helsearbeidet på arbeidsplassene lå atskillig tilbake, var det åpenbart mye man kunne oppnå ved å knytte en lege til bedriften. Denne bedriftslegens primære oppgave var å avsløre tidlige sykdomstegn hos de ansatte og å sanere arbeidsmiljøet ut fra yrkeshygieniske prinsipper, slik at yrkesbetingede sykdommer og skader kunne bringes ned til et minimum. Slik var grunntanken som lå bak da den nåværende bedriftslegeordningen ble stadfestet i avtaleform i 1946. Ordningen hadde da allerede fungert i noen år, og de tre forhandlingspartnerne, nemlig Arbeidsgiverforeningen, Landsorganisasjonen og Legeforeningen, mente å ha funnet frem til en form som skulle fungere til alles tilfredshet.

Den bedriftslegeordningen man nå hadde fått, skilte seg ut fra fabrikklegeordninger og verkslegestillinger som man hadde hatt lenge tilbake i den industrielle historie. Her så man som regel at legens første oppgave, var å sørge for behandling av de syke. Hvis man imidlertid forsøker å sette de forskjellige typer bedriftslegeordninger inn i tidens samfunnsmessige sam-

menheng, vil man kunne konstatere at det hele tiden var praktiske siktemål som lå bak. Når man fikk en verkslege som først og fremst skulle behandle de syke, så var dette fordi dette behovet ble ansett som mest presserende. På samme måte ble hovedvekten lagt på det forebyggende arbeid i avtalen av 1946, fordi man anså dette som den beste måten å løse nettopp den tids tyngende medisinske problemer på.

Man må vel kunne konstatere at diskusjonen og misnøyen vedrørende bedriftslegeordningen først begynte å oppstå da det var gått noen tid, dvs. da den yrkeshygieniske innsatsen begynte å få praktiske konsekvenser og la de verste problemene bak seg rundt på arbeidsplassene. I årene som er gått siden 1946, må vi huske at det har skjedd en betydelig utvikling av de yrkeshygieniske forhold i norske bedrifter. På den annen side har også medisinen generelt undergått forandringer, - i første rekke slik at en rekke av de sykdommer man tidligere kunne vente å påvise ved rutinemessige helsekontroller, så som latent tuberkulose og ernærings sykdommer, ikke lenger gir problemer av samme art.

Derfor oppstår spørsmålet om bedriftslegeordningen - slik den har bestått de siste 25 år - snart burde revideres for å følge med tiden. Mange som har arbeidet som bedriftsleger, vil se tilbake på arbeidet som en lite inspirerende ørkenvandring. Man undersøker en mengde friske mennesker, som på sin side ofte ikke er særlig motivert for å komme. Hvis det er noe som er galt, eller

hvis de har noe å spørre om, blir de jo bare henvist til en annen lege likevel, og da kan man like godt gå dit med en gang. De såkalte hygieneinspeksjoner består i mange tilfelle bare av å gå rundt og si ha og ja i en bedrift der alt ser såre vel ut, eventuelt hvor det foregår tekniske prosesser som legen ikke skjønner det minste av.

Når det forekommer kritikk av bedriftslegeordningen utenfra, er det ofte dette med sykdomsbehandlingen på bedriftslegekontoret publikum reagerer på. Selv om ordningen etter hvert er blitt justert, slik at man nå også har anledning til å utføre en viss kurativ virksomhet, så består det gamle hovedprinsipp om at det er det forebyggende arbeid som skal fylle tiden. Både på dette og på andre punkter har kritikken spredd seg. Ikke minst på Bedriftslegerådets 25-års jubileumsmøte i 1971 viste det seg at også representanter for Landsorganisasjonen og fra Norsk Arbeidsgiverforening kunne ønske en omlegging av prinsippene.

Hvis man ser på bedriftslegeordningens omfang, så viser det seg at hele ca. 335 000 arbeidstakere ved omlag 2 100 større og mindre bedrifter var omfattet av ordningen i 1970. Det er altså kvantitativt sett en forholdsvis stor del av den yrkesaktive befolkning man kan nå med medisinsk service via bedriftslegeordningen. Det er åpenbart legestandens faglige ansvar å sørge for at dette skjer på den mest mulig hensiktsmessige måte.

Forts. neste side



## Bedriftslegeordningen . . .

Hvis man regner ut hvor stor del av det samlede legearbeid som den norske legestand hvert år utfører, som går med til bedriftslegeordningen, så kommer man frem til 1,8 % som et maksimumstall. Dette betyr at bedriftslegeordningen slett ikke er noen betydelig belastning på personellressursene, og det betyr også at selv en ganske betydelig økning av innsatt i en ikke ville bety så mye i bakgrunn av det man ville kunne få igjen for den.

Det store problem er hvorledes man skulle kunne legge om bedriftslegeordningen slik at den kan fungere bedre enn mange mener den gjør i dag.

Sannsynligvis må bedriftslegeinstruksjonen revideres fullstendig - dvs. så fullstendig at man også tar selve dens intensjoner opp til vurdering og spør seg selv om disse er de samme i dag som de var den gang fremsynte menn satte bedriftslegeordningen i gang og derved angrep viktige medisinske problemer like etter den 2. verdenskrig.

Kanskje ville man finne ut at man kunne klare seg uten noen generell instruks. Dette ville medføre at den enkelte bedrift kunne knytte

til seg en lege på de vilkår og med de arbeidsoppgaver som på det enkelte sted var mest praktisk. Derved ville man kunne unngå de vanskelighetene som oppstår når man forsøker å lage en og samme instruks som skal gjelde fra storkonsernet på industristedet til småbedrifter i byene og anleggsvirksomhet på fjellet.

Trolig er det de generelle retningslinjer for bedriftslegeordningen av i dag som gjør det hele så kontroversielt. Man værer helsepolitikk og derved er ikke lenge emnet faglig nøytralt.

Så godt som bedriftslegeordningen er blitt innarbeidet, er det imidlertid ønskelig

fra ethvert synspunkt at man utnytter apparatet best mulig og sørger for at ordningen virkelig blir en fungerende del av primærhelsetjenesten. Helt uten retningslinjer kan bedriftslegeordningen neppe være, men disse retningslinjene bør være laget slik at de bl.a. bedre definerer ordningens plass i forhold til de foreliggende planer for den primære helsetjenesten ellers.

Dette er et tema som fortjener stor interesse i tiden som kommer. De som interesserer seg for bedriftslegearbeidet, bør her være aktive og tenke gjennom proble-

mene fordi man må konstatere at bedriftslegeordningen er tildelt en beskjeden rolle i fremtidsplanene slik de nå foreligger.

Man må også bestrebe seg på å få følelsene ut av diskusjonen. Først da kan bedriftslegeordningens plass og utforming diskuteres på fritt grunnlag. Mye står igjen i denne debatten, men den vil sannsynligvis bli av stadig større praktisk viktighet, ikke minst i utkantstrøkene, etterhvert som industrialiseringen og kravet om bedriftslegeordninger skrider frem.

Øyvind Larsen

## Distriktslege Knut Selmer :

# Et uvanlig sykebesøk i Stillehavet

Det er søndag den 27.11.1970 M/S "Bergensfjord" duver elegant i Stillehavets blå dønninger på vei fra Rapa-iti til Påskeøya med amerikanske cruisepassasjerer. Alt er fredelig da "Gnisten" snapper opp beskjed om at man trenger lege på "Pitcairnøya". Som skipslege får jeg straks beskjeden, og minnene fra guttedagenes lesning av "Mytteri på Bounty" dukker opp. Jeg ser for meg capt. Bligh Fletcher Christian og de andre av besetningen og det som skjedde der ute i Stillehavet i 1789. Capt. Bligh ble satt i en barkasse, og mytteristene under Christians ledelse dro igjen til Tahiti for å hente kvinner og føde - for så å søke etter drømmeøya hvor de kunne være utenfor den engelske marines rekkevidde. De fant "Pitcairnøya", den lille klippeøya - kanskje mere ensomt beliggende enn noen annen øy på kloden.

"Bergensfjord" får snart kjenning av øya - den lå ikke langt unna kursen - med livbåt kan vi ikke nå land - men snart dukker en langbåt fram fra brenningene ved

"Bounty bay" under ledelse av selveste magistraten Young (direkte etterkommer av midshipman Young). Sammen med 4 av besetningen hopper jeg om bord i langbåten, og det er ikke fritt for at vi har hjertet i halsen når vi nærmer oss brenningene - vi har i frisk erindring haiene vi nylig har sett ved skipsiden.

Vi lander elegant - roret kan dras opp i båten og mennene er virkelig sjøvante. De er hjertelige - prater en underlig blanding av engelsk og tahitisk.

Vi klatrer i stekende hete opp langs klippesidene til Adamstown - det lille samfunnet med ca. 80 mennesker - alle etterkommere av mytteristene. Her har folk bodd i onde og gode tider i snart 200 år. Beliggenheten er herlig - deilige trær av alle slag, og en eventyrlig utsikt over havet.

Sykesøster møter oss ved den eldste hytta på øya - bygget av Fletcher Christian sønns October, og hun fører oss til pasienten - den 74 år

## Et uvanlig . . .

gamle John Christian (direkte etterkommer av mytteriets sjef). Han er elendig - svær hjertesvikt - og hører så absolutt hjemme på sykehus. Men det er lettere sagt enn gjort, nærmeste sykehus er på New Zealand, - en avstand som fra Bergen til Boston - og første skip som skal i den retning, passerer først om 4 uker. Ikke fritt for at man føler seg litt tafatt - den hjelpen jeg kan gi, blir vel heller kortvarig. Men den rekvisisjonen på transport og innleggelse som den engelske stat forlanger, kan jeg da få skrevet.

Før avreisen får vi en liten sight-seeing på øya - vi får se klenodiet - den originale bibel fra "Bounty", videre ankeret fra skipet som for noen år siden ble tatt opp fra bunnen av bukta. Vi benytter anledningen til klatreturer i de fantastiske frukttrær, fruktene fristerlike som grapefruit - ananas - bananer etc., og smaken er fortreffelig.

Det er nesten med vemod vi igjen skyver fra land - vi er blitt en opplevelse rikere som ikke er blitt mange nordmenn forunt. Vi har fått oppleve et samfunn hvor menneskene har det uhyre primitivt - men hvor de synes lykkeligere enn noen annen vi har møtt.



FLERE UVANLIGE  
SYKEBESØK?

## MEDISINALBERETNINGEN

På fastsatt skjema skal alle helserådsordførere hvert år avgi en medisinalberetning for sitt distrikt. Mange av de opplysninger som ønskes, gir seg selv av skjemaet, men når det gjelder opplysninger om sunnhetstilstanden og det hygieniske forhold i distriktet, er helserådsordføreren overlatt til sitt eget talent som skribent. Helse - direktøren har utferdiget "Forskrifter for leger" om de spesielle meldinger og innberetninger som er fastsatt i lovgivningen, og månedlige og årlige oppgaver vedrørende deres virksomhet. Herfra har vi hentet følgende disposisjon når det gjelder opplysninger om sunnhetstilstanden og de hygieniske forhold i distriktet:

Det skal her gis en generell karakteristikk av sunnhetstilstanden i årets løp, og spesielt nevnes de sykdommer som særlig har satt sitt preg på denne. For epidemisk opptredende sykdommer bør konstantert eller antagelig smittekilde og epidemiens gang omtales. Dessuten omtales også sykdommer av skjeldnere art eller av spesiell interesse, sykdomstilfelle i tilslutning til vaksinasjon, alvorlige ulykkestilfeller, forgiftninger o.l. Videre opplyses om tuberkulose utbredelse i distriktet, og om foranstaltninger som er gjort for å bekjempe denne sykdommen, sinnssykeforpleiningen i distriktet og om foranstaltninger som er gjort for å bekjempe denne sykdommen, sinnssykeforpleiningen i kolonier og i private familier, kvakksalveri og bruk av ueksaminerte fødselshjelpere.

Under hygieniske forhold omtales boligforhold, boligbygging, drikkevannsforsyning, kloakk og renovasjonsforhold, offentlig kontroll med næringsmidler, kostholdet i hjemmene og evt. på arbeidsplassene, edruelighetsforhold, befolkningens renslighetssans og forekomst av utøy.

Endelig omtales viktige tiltak av helsemessig eller sosial art for barn og gamle i distriktet, og om der er foretatt skolebarnundersøkelser og eventuelt resultatet av disse, og endelig i hvilken utstrekning det er ansatt skoleleger og skoletannleger ved distriktets skoler.

Av hensyn til bearbeidelsen må det ikke på noe punkt vedkommende bare vises til tidligere beretninger, men hvert år gis fullstendig innberetning om de ovenfor nevnte forhold.

Jeg håper overnevnte kan være til nytte for kolleger, og vil samtidig nevne at det kan være av verdi at helse - rådet og formannskapet får kopi av denne del av medisinalberetningen.

Harald Siem

## VIBRAMYCIN\*

doxycyklin



Bedre vevsdistribusjon

Komplett resorpsjon

En  daglig

M.H.S. indikasjoner, dosering, kontraindikasjoner, bivirkninger og forskningsregler, se Felleskatalogen.



## NESTE NUMMER:

Januar/februar 1973

"LEGEN OG TRYGDENE eller TRYGDEPENG, VÆRSÅGOD, FORSYN DEM."

Her tenkes omtalt gode og dårlige sider ved vårt trygdesystem som avlønning av leger: takstsystem eller fast lønn, legers anledning til å beite i takstsystemet, fordeling av trygder og folke - trygdens støtteordninger. Send ditt bidrag!

# ANNONSÉR!

# URICULT®

## Fordeler:

1. Enkel prøvetagning, dyrkning og transport
2. Pålitelig: Urinveisinfeksjoner oversees ikke.
3. Intet tidspress: Transporttiden for Uricult til laboratoriet påvirker ikke resultatet.
4. Lett avlesning: Agarskiven har stor overflate som det er lett å vurdere mot de trykte standarder.
5. Økonomisk: Mindre laboratoriearbeid fordi bare positive prøver behøver ytterligere undersøkelser.
6. Oppbevar Uricult kjølig (ikke i kjøleskap). Unngå temperatursvingninger. Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S - Asker.

DOSEDIRIGERT DIURESE

# Impugan

FUROSEMID

## ØKONOMISK TERAPI

Bivirkninger, kontraindikasjoner, forsiktighetsregler, dosering, pakninger og priser: Se Felleskatalogen.

**DUMEX**

Almenpraktikeren  
arbeider i marken

# BURONIL®



# En tablett i kveld kan forebygge høyfeber i morgen

# Phenergan®

Promethazin

Phenergan ved sengetid gir i de fleste tilfelle god søvn og frihet fra symptomer den følgende dag. Phenergan har vært brukt i mer enn 20 år, og erfaringen bekrefter stoffets spesifikke antihistamineffekt.

Phenergan har også sederende effekt, er meget potent og faller rimelig i bruk.

Phenergan fremstilles som 10mg og 25mg tabletter og som injeksjonsoppløsning (25mg pr. ml).

M.h.t. bivirkninger, forsiktighetsregler og kontraindikasjoner se Felleskatalogen 72.



**rhodia**

Pharma Rhodia  
Sandviksveien 12, 1322 Høvik.  
Telefon 537803 og 533543.