

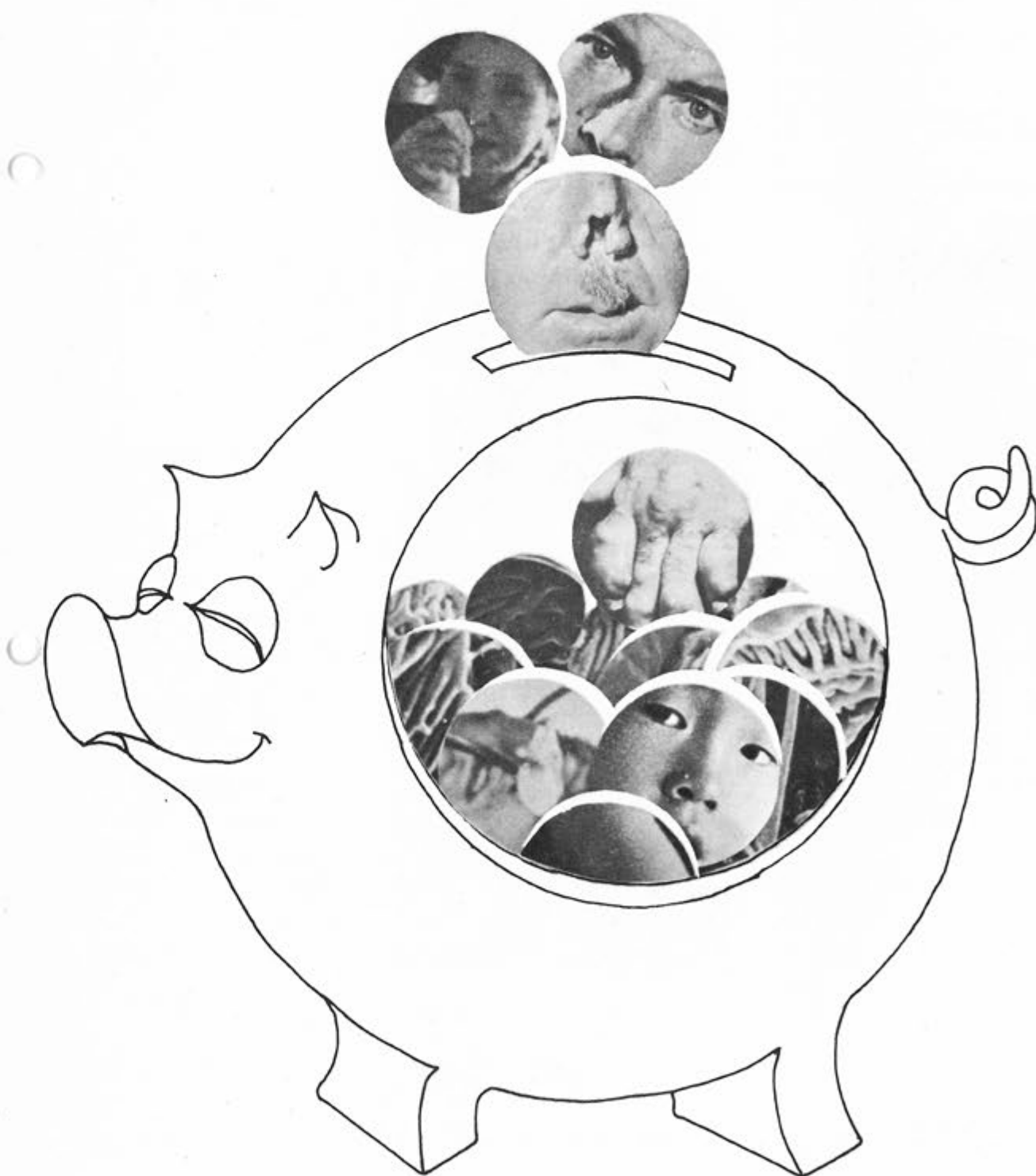
Nr. 8
Oktober

TEMA: *Helseøkonomi*

Argang 2
1973

UTPOSTEN[®]

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



UTPOSTEN

Redaksjon:

Distri. Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Tegninger og lay-out:
Kåre Huse

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra 17
Postgiro 34 78 23

Abonnement:

kr. 50 pr. år
Studenter kr. 25,— pr.år.

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Trykk:

ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 ORKANGER

Høst

Det er høst i Norge. En del utkantleger har ennå en gang fått nok et problem å stri med. Værproblemet. Jeg skal ikke klage på været. Når det er på det verste, tenker jeg: Enn om vi ikke hadde hatt vær?

Været, det uutholdelig dårlige vær, er en inspirasjonskilde til å yde sitt ytterste. Naturkreftene prøver å hindre deg i å utføre ditt arbeid som utkantlege. Telefonbrudd, strømbrudd hører til dagens orden. Sjøen går hvit i stormkastene, men legeskyssbåten trosser seg frem. Av og til tenker du på redningshelikopter. De er fine å ha, men de kan ikke komme opp mot legeskyssbåten. De kan ikke klare orkankast og syklonhvirvler mellom stupbratte fjell. Bilene truer seg frem på oppbløtte grusveier. Det har regnet i tre uker. Vinden prøver å trekke deg av veien, men du blir vant til hurtige korreksjoner. Stakkars biler. De blir pisket frem av en ivrig høyrefot på gasspedalen.

Utkantlegens fritid skal ikke kastes bort med sneglekjøring. Gjennom bunnløse søledammer går det i 60-70-80 km/time. 12% avskrivning, sa De? Siste sett støttempere varte i 2 mndr.

Indikasjonen for å få lege - hjelp påvirkes. Enkelte pasienter ringer på kontoret og avbestiller time. "Han er for hard i dag." Folket på øya kommer ikke over havet i dag.



Gode råd pr. telefon. Mins-ten er syk, høy feber, tung pust ørebetennelse, men — doktor'n må ikke komme. "Han er for hard i dag, umulig å komme inn til kaia". Appendicitt, infarkt, lege - skyssen må frem, og den kommer frem. Sneen kommer, veien i et forrykende kav. Sneplogen ut, øyeblikkelig hjelp, ambulansen etter.



Førere av legeskyssbåter, ambulanser, drosjer, brøytebiler. En takk til dere som av og til setter utstyr og helse i pant for å få pasienter som virkelig trenger det, til de som kan hjelpe. Som regel tenker vi for lite på deres innsats.



Stormnatt, var hos pasienten i går, vondt i magen. Sjøen er grov, ringer sykehuset og legger inn direkte. I epikrisen stod det: Mangler inn - leggesesskriv. Og har det ikke kommet enda, så kommer det vel ikke heller.

Systematiske tiltak for en bedre primær helsetjeneste

Under det pågående skred med stortingsmeldinger angående primær helsetjeneste, fant Sosialdepartementet ut at man kunne rette på situasjonen ved rasjonaliseringstiltak i den primære helsetjeneste. Man skulle her angripe problemet fra en annen synsvinkel, og man hadde tatt sikte på rasjonaliseringstiltak innen sosialsentra, gruppepraksis, legestasjoner, kontordagssteder osv. Det var distriktslege Jan-Ivar Kvamme, Alta, som var leder og sekretær av gruppen, dessuten medvirket Helge Hofsten og professor Sigurd Humerfelt, samt Arne Birger Knapskog fra Helsedirektoratet.

Det man kan si om denne komiteen, er at den har vært rask. Rent praksis-tekniske tiltak er viet stor oppmerksomhet, men gruppen har selvfølgelig forstått viktigheten av å ta med noen av de virkelig store problemene innen helsetjenesten. Det har imidlertid bare blitt fragmenter når det gjelder f.eks. arbeidet for en bedre service overfor pasienter, arbeider når det gjelder bedre utnyttelse av ressursene, og arbeid for et bedre samarbeid mellom leger i og utenfor institusjon. Det ville vel være på tide enten i offentlige eller legeforeningsregi å ta opp disse virkelig store problemene, selv om noen hver kan knekke nakken på de.

Selv om Kvamme-komiteens innstilling har blitt mye et kontorteknisk spesialblad, er det grunn til å merke seg i hvert fall én artikkel, nemlig den skrevet av prof.dr. med. Peter Hjort i Tromsø. Tillater oss her å gjengi artikkelen in ext. og håper riktig mange vil lese den.

Red.

Prof.dr.med. Peter Hjort, Tromsø

Helseøkonomi — kostnad og nytte

Utdrag av NOU 1973 — 35.

De enkelte mennesker må sette tæring etter næring for å skape balanse i sin økonomi. Helsevesenet har hatt det lettere, fordi politikerne stort sett har vært villige til å dekke behovet etter hvert som det har meldt seg. Det har vært tilstrekkelig å argumentere med at menneskeliv ikke kan måles i penger. I de senere år har det utviklet seg en ny situasjon. Mer og mer er det mangel på penger og ikke mangel på kunnskap som setter grenser for aktiviteten. I denne nye situasjon er det nødvendig å bygge opp en samlet filosofi for helsevesenets virksomhet, en filosofi som går ut på å gi befolkningen mest mulig for pengene. Regjeringens langtidsprogram 1974-1977 (119) krever: "... at man innenfor de gitte rammer legger opp et program som så langt gir størst mulig produksjons- eller helsegevinst."

Utgifter til helsevesenet.

For vårt formål er det ikke nødvendig å gi en detaljert fremstilling av helsevesenets økonomi. Det er tilstrekkelig å referere noen tall fra St.meld.nr.14 (120). Ifølge denne meldingen utgjorde de samlede utgifter til helse- og sosialsektoren 17,4 milliarder kroner i 1971. Ca. 53 pst. gikk til pensjoner og 39 pst. til helsevesenet. Dette er svære summer, og det kan se ut som om samfunnet er i ferd med å tape kontrollen over dem. Den gjennomsnittlige årlige økning i utgiftene steg således fra 13 pst. i perioden 1961-66 til 22 pst. i 1971-72, og vekstraten har vært noe høyere for helsevesenet enn for sosialsektoren. Disse utgiftene utgjør en økende

andel av nasjonalproduktet, idet denne andelen steg fra 10,9 pst. i 1961 til 17,4 pst. i 1971. Til sammenligning kan nevnes at den årlige vekst i nasjonalproduktet ligger på ca. 5 pst. Enhver kan se at denne utviklingen ikke kan fortsette svært lenge.

Hvorfor øker utgiftene?

De sosiale utgifter stiger dels fordi vi fører en mer ekspansiv sosialpolitikk og dels fordi antall trygdede (spesielt gamle og uføre) stiger. Selv uten nye tiltak må en regne med en fortsatt og betydelig økning i utgiftene (120).

Helseutgiftene stiger av mange grunner, og vi omtaler bare de to viktigste: bedre kår for helsearbeiderne og høyere standard. Helsetjenesten omtales ofte som en industri (som beskjeftiger vel 60 000 mennesker), men innsatsen gjøres av mennesker og for mennesker. Det betyr at det er vanskelig å rasjonalisere arbeidet. Mange av helsearbeiderne tilhører lavtlønnsgruppene, og en stor del av utgiftsøkningen skyldes at helsearbeiderne har fått bedre kår (bedre lønn og kortere arbeidstid). Dette er en utvikling som vi verken kan eller vil stanse.

Den andre hovedgrunnen til de økende helseutgifter er en stadig høyere teknisk standard, som drives frem av legenes faglige ambisjoner og pasientenes forventninger. Denne utviklingen har skapt nye muligheter til beste for pasientene, men den har også skapt mange problemer. Den avanserte kurative medisin arbeider med stadig større kostnader og stadig mer marginalt utbytte, og uttrykket

inflasjon er derfor nærliggende (121).

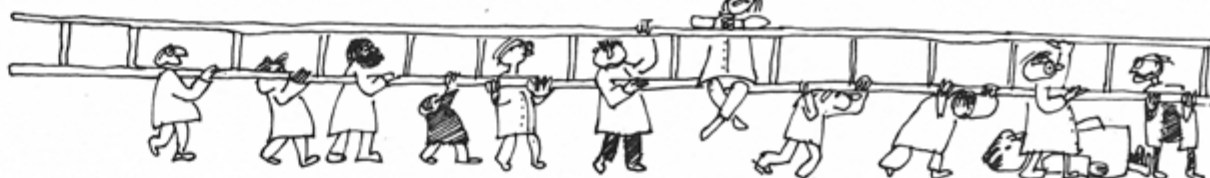
Hva betyr dette?

Selv om helsetjenesten muligens kan regne med bred politisk støtte ennå noen år, er det antakelig ikke god medisin å kreve en fortsatt rask økning i den totale "helsebyrde". Dels ville det øke presset på arbeidslivet: "Den sterke tekniske og økonomiske utviklingen som har vært en grunnleggende forutsetning for å løse mange store sosiale oppgaver skaper også en rekke nye sosiale problemer. Kravene til effektivitet og produktivitet over alt i samfunnslivet viser seg å være en for stor belastning for mange mennesker" (120). Dels ville det gå utover andre områder av betydning for helse og trivsel (utdannelse, trygge arbeidsplasser, boliger osv.) Helsetjenesten må derfor erkjenne at denne utvikling ikke kan fortsette. For det første må en innstille helsetjenesten på en gradvis langsommere vekstrate, og for det annet må en forsøke å utnytte ressursene så riktig som mulig. Med hensikt bruker vi ikke uttrykket "så effektivt som mulig", fordi dette ville innebære en utilbørlig forenkling av oppgaven.

Forventnings- og ambisjonsnivået.

Disse tankene tvinger oss til å se helsetjenesten med nye og kritiske øyne, og vi er kommet til at forventnings- og ambisjonsnivået hos pasienter, helsepersonell og politikere utgjør et sentralt problem.

For å illustrere dette, tenker vi oss helsetjenesten som en stige med stadig høy-



ere teknisk nivå. Det er en tendens til at de som arbeider på ett nivå forsøker å legge arbeidet opp svarende til trinnet ovenfor. Dette fører til et slags "Peter - prinsipp" (122) i medisiner: alle forsøker å klatre et trinn for høyt, hvor de mangler de tekniske forutsetninger og derfor blir mer frustrerte enn på det trinn de hører hjemme. Dette fører også til at få arbeider med de faglig enkle (men menneskelig ofte vanskelige) problemer som tross alt utgjør det store gross av helsetjenestens oppgaver. Resultatet er en almen utilfredshet både hos pasienter og personell, foruten en veldig fordyrelse med marginal nytte. Det må derfor være en viktig oppgave å holde ambisjonene på det nivå de hører hjemme. Dette forutsetter en ny innstilling hos både pasienter, personell og politikere, en innstilling som ikke kobler status til teknisk nivå, utstyr og bygninger. Denne saken har en annen side også. Helsetjenesten er siktet inn mot helbredelse: en tar prøver, en opererer, og en gir medikamenter i håp om helbredelse. Her finner pasient og lege hverandre i en felles ambisjon, til tross for at håpet ofte er fåfengt. Hos svært mange er det nemlig ikke spørsmål om helbredelse, men om tålmodig justering og tilpassing for å gjøre tilstanden litt bedre. Når en mislykkes med helbredelsen, er ikke maskineriet innstilt på de små forbedringer, og derfor mislykkes en ofte med dem også. Derfor kan en sette det på spissen og si at håpet om helbredelse stenger for muligheten til bedring: "cure is the enemy of care" (121).

Den primære helsetjeneste.

Det må være et mål å utvikle denne tjenesten slik at den klarer seg med færrest mulige innleggelser, både i sykehus og i institusjoner for pleie. Vanskeligheten består i å løse denne oppgaven uten å klatre et trinn eller to på ambisjonsstigen. Denne tjenesten bør ikke strebe etter det høyest mulige tekniske nivå, men etter det laveste effektive tekniske

nivå i forhold til de oppgaver den påtar seg.

Primærhelsetjenesten skal være desentralisert og må finne middeveien mellom enlegestasjoner og de store og meget kostbare helse- og sosialsentrene som lett blir til upersonlige medisinske supermarkeder. Den skal være der folk bor, og den skal ta hånd om all primær tjeneste i området. Personellet skal derfor kjenne området og menneskene som bor der. Tjenesten må organiseres som lagarbeid, og oppgavene må fordeles slik at personellet utnyttes best mulig. Samarbeidet med institusjonene må utvikles med sikte på å spare innleggelser. Spørsmålet er om dette krever utbygging av det diagnostiske apparatet med laboratorier, EKG, røntgen, osv. Antakelig er det riktig å begrense en slik utbygging, dels fordi den er kostbar og dels fordi den kan bli en erstatning for medmenneskelig service. Dette problem bør utforskes i systematiske forsøk.

Sykehustjenesten.

Denne tjenesten som har vært prioritert i mange år og har vokst til det sterkeste og dyreste leddet i helsetjenesten. Denne utviklingen har vært verdifull, men den rommer mange problemer. Det ene er at den ikke har løst samarbeidsproblemet med primærhelsetjenesten, og det ligger i sakens natur at det er sykehusene som må bryte ut av isolasjonen og ta opp samarbeidet med helsetjenesten utenfor. Det forutsetter gode poliklinikker med kort ventetid, ambulerende spesialister og en servicepreget holdning. Det andre problemet er vanskeligere. Det henger sammen med at sykehusene har interessert seg mest for det eksklusive, de faglige utfordringer. Dette har skapt en meget god standard, men sykehusene tvinges nå til å prioritere sine ressurser på en ny måte, fordi en ikke kan regne med stadig og rask ekspansjon. Denne prioritering forutsetter en omfattende og systematisk forskning etter prinsippet "randomiserte kliniske forsøk". Ved hjelp av denne metoden må en luke bort alle

de undersøkelses- og behandlingsmetoder som ikke er rasjonelle. Etter de erfaringer som er gjort hittil (121) blir dette en nyttig, men langvarig og smertefull prosess.

Ordet "rasjonell" trenger to kommentarer. Prioritering er en mer komplisert prosess enn å regne ut "maximum benefit for maximum number". Setter en dette prinsippet på spissen, kan en ødelegge viljen til innsats for alle de enkeltindivider som ikke teller i et økonomisk regnskap: pasienter med svære skader, alvorlige handikapp, langtkomne sykdommer eller høy alder (123). Den andre kommentaren gjelder medisin som akademisk fag. Gang på gang har vi lært at grundig arbeid med det tilsynelatende unyttige har gitt nyttige resultater. Denne virksomhet er derfor også en del av sykehusenes arbeid.

Rehabilitering og pleie.

Denne delen av helsetjenesten er prioritert for lavt både faglig, økonomisk og statusmessig. Hele denne tjenesten må styrkes og koordineres med sykehusene og med pleiehjemmene. Også her er det behov for forskning og forsøk. For eksempel er det vanskelig å vite på forhånd hvor effektiv hjemmesykepleien kan bli.

Forebyggende medisin.

Profylaktisk arbeid har ikke slått gjennom overfor de "nye" problemer i det industrialiserte samfunn: stress, pendling, ungdomsproblemer, narkotika, ulykker, osv. Selv der hvor vi har nødvendig informasjon, når vi ikke frem (eksempler: abort, lungekreft, karies, trafikkulykker). Det er sannsynlig at primærhelsetjenesten kunne utrette noe her, fordi personell og pasienter kjenner hverandre. Etter vår oppfatning må dette arbeidet prioriteres høyt.

Undervisning.

Helsetjenesten får stadig nye kategorier av personell. Samtidig krever utviklingen en stadig etterutdanning og tilpassing til nye problemer og metoder. "Peter-prinsippet" gjelder i undervisning -



gen også, og det er en klar tendens til å forlenge og "akademisere" utdannelsene. Hvis våre tanker er riktige, må det være en oppgave å utdanne personellet slik at det har både faglige forutsetninger og den holdning som skal til for å løse de oppgaver som faktisk foreligger. Studieplanen for det medisinske studium ved Universitetet i Tromsø (112) representerer et forsøk på å tilpasse en av utdannelsene i helsetjenesten til den nye situasjonen, og tilsvarende forsøk bør gjøres for andre.

Forskning.

Det stilles to krav til medisinsk forskning: at den er god (kvalitet) og at den har betydning (relevans). Norsk medisinsk forskning hevder

seg godt, men meget taler for at innsatsen ikke er riktig fordelt (i 1970 ble bevilgningene fordelt om - trent slik: 69 pst. til basalforskning, 23 pst. til klinisk forskning og 8 pst. til psykiatrisk og sosialmedisinsk forskning - (124).) Spesielt er det et savn at det er lite forskning om - kring de mange medisinske problemer som henger sammen med det moderne samfunn. Heller ikke er det noen større forskning innenfor helseøkonomien og alle de problemer som knytter seg til måling av helsetjenestens kvalitet og effektivitet.

Helseøkonomi.

Begrepet helseøkonomi er den røde tråd gjennom hele dette kapitlet. Helseøkonomien går

ut på å utnytte de samlede ressurser til helsetjenesten så riktig som mulig, og den har en praktisk, en undervisningsmessig side. Den representerer en ny holdning som går ut på at helsekronene må brukes med gjerrig omtanke, fordi det er for få av dem. Vi tror at denne holdningen er en forutsetning for å drive moderne helsetjeneste.

For å utvikle denne holdningen, mener vi at det bør opprettes forskningsgrupper i helseøkonomi ved alle medisinske skoler og ved Helseledelse og administrasjon (125). Disse gruppene må drive forskning og undervisning og arbeide for at helsetjenesten får et rasjonelt og riktig grunnlag i forhold til dagens oppgaver.



NORD-ODAL prosjektet

Nord-Odal er en typisk fraflytningskommune. Hovednæring er skog- og jordbruk. Kommunen har svært mange pendlere. Etter oppdrag fra Sosialdepartementet ble det satt i gang et "Aksjonsforskningsprosjekt" i kommunen. En ønsket en analyse av de sosiale problemer og det tilstedeværende behov i en fraflytningskommune. Denne analyse omfattet: de saker som ble behandlet i sosialstyret i tida 1965-69, statistiske undersøkelser av sosialomsorgens klientgrupper, diskusjoner og samtaler med myndigheter og klienter, også potensielle sådanne. I ovenfor nevnte tidsrum ble det av sosialstyret behandlet 2000 saker, hvorav ca. 1600 "klientsaker". Blant disse dominerte de økonomiske problemer hos klientellet. Det dreiet seg stort sett om rent elementære menneskelige behov. 10 prosent av sakene

ble avslått. De resterende 400 saker var av ymse karakter, men verdt å nevne er at ca. 40 saker gjaldt planlegging for framtida, flytting fra bygda og alt som tørner opp i forbindelse med det. Blant dem som søkte hjelp, var det en klar overvekt av eldre, enslige, kvinner, folk med lave inntekter, svekket helse og dårlige boliger. De fleste av klientene var uten fast lønnet arbeid.

Det viser seg imidlertid at mange ikke lot seg registrere som klienter, de lot være å melde seg trots store vansker. Alt i alt viser undersøkelsen det svake fundament som det påståtte trykdemisbruk hviler på. Årsaken til at det finnes så mange potensielt omsorgstrengende er nok at sosialkontorene er sørgelig underbemannede uten mulighet til oppsøkende el-

ler forebyggende virksomhet og uten mandat til å koordinere sosial hjelp, folketrygdytelse, juridisk bistand o.l.

Undersøkelsen viser at i en utkantkommune som N.Odal må den vesentlige årsak til behov for sosialhjelp være å finne i selve arbeidsmarkedssituasjonen, hvor storparten av sosial-klientellet ikke gis mulighet for beskjeftigelse. Og dette igjen har sammenheng med den rådende økonomiske og politiske struktur, en struktur som skaper de problemer som ledsager rasjonalisering, sentralisering, pendling, ulønnsom primærnæring med tilsvarende fraflytning eller trussel om sådan. Årsaken er kort og godt: En planløs ressursdisponering unndratt samfunnsmessig kontroll.

P.M. Kjelland
Elverum

Blodsukkerundersøkelse i almen praksis

Distriktslege Finn Nilsson, Klokkearvik. Overlege Yngvar Runde,
Aust-Agder Sentralsykehus, Arendal.

Blodsukkerundersøkelse som en oppgave for almen praksis har vært en del debattert i den senere tid. Når man drøfter hvilke laboratorieundersøkelser almenpraktikeren kan og bør utføre, kommer flere aspekter inn i vurderingen:

1. Sikkerheten.

I en praksis i distrikt vil rutinen bli liten da pasienttallet er lavt. Dette vil gå utover sikkerheten i analysene, og dette kan være et vesentlig argument mot å begynne med blodsukkerundersøkelser i almen praksis.

2. Almenpraktikerens kompetanse.

I grenseoppgangen mellom almenpraktikerens og spesialistens arbeidsområde har kompetansemomentene vært bragt inn i bildet. Den enkelte lege må vurdere sin egen kompetanse og sitt eget ansvarsområde. Innenfor diabetesbehandlingen vil det være en del tilfeller som naturlig hører hjemme hos spesialisten, samtidig som en del like naturlig hører hjemme hos almenpraktikeren.

3. Økonomi.

Utstyr til blodsukkerundersøkelse kan fås til en overkommelig pris. Mange faller derfor for fristelsen til å anskaffe slikt utstyr. Imidlertid kan man i flere tilfeller ane en feilvurdering ved at anskaffelsesprisen holdes opp mot refusjonstaksten. I dag representerer drifts- og utgifter ved lønninger og sosiale utgifter den vesentligste faktor når økonomien vurderes. Dessuten må man

regne med utgifter og arbeidstid til nødvendige kontroller av sine egne analyser, og disse blir også uforholdsmessig store når man tar de relativt små analyseserier i betraktning.

4. Tidsfaktoren.

Tiden spiller forskjellig rolle ved forskjellige situasjoner man møter. Man kan stille opp følgende tankemodell:

- I. Ustabil diabetes
 - a) lavt blodsukker
 - b) høyt blodsukker
 - c) nyopptaget diabetes hos barn

II. Diabetes kontroller

- a) tilfeldige oppdagede glucosurier uten ketose
- b) kontroll av stabile diabetikere (aldersdiabetikere)

EGET ANALYSEOPPLEGG

Med bakgrunn i punktene 1-4 ble blodsukkerundersøkelse vurdert med henblikk på min egen praksis vurdert ved starten i 1970. Erfaring fra praksis i Sverige tilsa at prøvene vanskelig kunne utføres med tilstrekkelig rutine og sikkerhet til at man kunne stole på resultatene. Bestemmelse av blodsukker med enzymimpregnert strimmel er rask, påliteligheten ved avlesningen vurderes forskjellig, og selv om refleksometer nå har lettet denne avlesningen, vil den i dag neppe kunne erstatte vanlig bestemmelse av blodsukker. En vurderte da mulighetene for å sende prøver, og to metoder var aktuelle:

- a) Sending av plasma tilsatt

fluorid.

- b) Sending av avmålt blodmengde som tilsettes proteinfellingsmiddel.

Sending etter punkt b) byr på praktiske fordeler, og dette ble valgt.

Fremgangsmåte.

Til et reagensglass med 0,1 ml 3 % trikloreddiksyre settes 100 ml fullblod tatt som kapillærprøve. Dette glass sendes til laboratorium for analyse etter ortotoluidinmetoden. Flere forsendelser viste at verdiene holdt seg konstante i minst 4-5 døgn ved sending fra Arendal til Klokkearvik og tilbake. Tilsvarende ble vist etter tilsetning av blodprøver til buffret perklorisyre med påfølgende analyse etter glucose-oxydase-metoden. Preparering av fluoridisert plasma er den mest arbeidskrevende av de to alternativer, mens tilsetning av blod til proteinfellingsmiddel krever nøyaktig pipetteringer. Vanskeligheten er ikke større enn ved hemoglobinbestemmelse fotometrisk. Metode b) er også gunstig ved at man kan bruke den ved sykebesøk til sengeliggende pasienter.

Opplegg for den enkelte pasientgruppe.

1. Akutt diabetes

Som regel må man treffe en bestemmelse før svar på analysert prøve foreligger. Enzymimpregnert strimmel vil være en god rettesnor.

2. Kontroller

Her spiller tiden liten rolle. Spørsmålet er enten en justering av en medikamentdose ved regelmessige kontrol-

Fig. 1. Verdier ved forundersøkelser:

Første prøve	78 mg/100 ml (12/11-70)	78 mg/100 ml (16/11)
Andre prøve	249 mg/100 ml (25/11-70)	259 mg/100 ml (30/11)
Andre prøve korrigert etter Seronorm	245 mg/100 ml	243 mg/100 ml

ler eller bekreftelse/avkref-
telse av diagnosen diabetes
mellitus.

a)
Tilfeldige oppdagede glucosu-
rier. Disse kan vanskelig un-
dersøkes skikkelig uten blod-
sukkerbestemmelse, da varie-
rende nyreterskel kompliserer
bildet.

b)
Kontroll av insulinbehandle-
te diabetikere.

Dette er en oppgave for spe-
sialister i første rekke. En
del av disse pasienter for-
sømmer dessverre sine kon-
troller p.g.a. reiseavstand
etc., og det kan derfor ten-
kes at man i samarbeid med
behandlende spesialist tar
fastende blodsukker og sen-
der resultatet til ham. Det-
te vil for en gruppe pasien-
ter være en bedre løsning
enn det som tidligere har
vært vanlig.

Kontroll av stabil diabetes
(aldersdiabetes).

Etter en tids erfaring med
det skisserte opplegg viste
det seg at det var disse pa-
sienter som profitterte mest
på dette. Enkelte av alders-
diabetespasientene man fikk
til kontroll, hadde tidlige-
re i mange år forsømt sine
kontroller. Dette kunne en-
ten skyldes lang reise til
byen, liten forståelse for
viktigheten av kontroll, dår-
lig almentilstand. Disse pa-
sientene var imidlertid re-
lativt ofte på kontoret hos
distriktslegen, og ved å
knytte en diabeteskontroll
m/blodsukker til en slik un-
dersøkelse, ble også disse
pasienter kontrollert for
sin sukkersyke. Enkelte av
pasientene hadde på forhånd
gått i 3-4 år på perorale
antidiabetica uten noen gang
å ha vært til kontroll. Ved

noen tilfeller ble fastende
blodsukker også undersøkt
ved sykebesøk, og dette var
til god hjelp.

VURDERING OG KONKLUSJON.

Det skisserte opplegg gir et
tilbud til almenpraktikeren
og hans pasienter som inne-
bærer en øket sikkerhet i
behandlingen av diabetes
mellitus.

Man kjenner til at lignende
opplegg har vært forsøkt av
andre, men disse er lite
kjent. Opplegget kan anbefa-
les, og man bør i tilfelle
ta kontakt med et interes-
sert laboratorium og finne
frem til den forsendelsesme-
tode som passer laborator-
ets analysemetode. Opplegget
har vært nærmest problemfritt.
Ingen privatpraktiserende
lege bor mer perifert enn at
han kan få en prøve til la-
boratoriet i løpet av de
nevnte 4-5 dager som er un-
dersøkt av oss.

mrnitiumrul-

nti

FLERE
GODE
FORSLAG?

Skriv selv -
send det til
"Utposten"!

SEND
DIN MENING!

Samarbeid

Utdrag av hovedoppgave utarbeidet av kurs for off. leger 1972

"Oversikt over tiltak som bør søkes gjennomført for å bedre samordningen og samarbeidsformene mellom helse - tjenesten i og utenfor institusjon."

Slik lød overskriften på det som deltagerne i kurs for offentlige leger 1972 gav seg i kast med.

Det er slike overskrifter man leser fire ganger uten å forstå et ord. Men plutselig begynner det å lysne. Etter en halv time begynner hjernen å svinge i takt med den hjernen som har laget overskriften, og resultatet ble på 14 sider.

Vi skal her ikke ta med alt, men bare titte gjennom trykkesaken og se på samarbeid mellom sykehus og primærlege. Deltagerne, 20 mer eller mindre offentlige leger mente nemlig dette:

"Samarbeid mellom institusjoner og primærhelsetjeneste. Sykehus og primærlege"

Primærlegens måter å kontakte sykehuset på, er i dag av meget varierende kvalitet både skriftlig og muntlig. Henvisnings- og innleggelseskriv bør være maskinskrevne. Opplysningene må generelt sett bli noe mer utfyllende enn tilfellet er i dag. Unntatt herfra er selvfølgelig øyeblikkelig hjelp, der man ikke kan forlange samme standard. Derimot bør primærlegene ved slike innleggelser kontakte sykehuset pr. telefon og snakke med vakthavende lege. Vakthavende lege må alltid være lett å få tak i, og sentralborddamen må på et hvert tidspunkt av døgnet nøyaktig vite hvor vedkommende er å finne, og må dessuten være helt innforstått med bruken av sentralbordet. Det svikter mye på dette området.

Ved akutte sykdomstilfelle må det være primærlegen alene som avgjør om det er påkrevet med øyeblikkelig sykehusinnleggelse. Denne vurdering må nødvendigvis også omfatte sosialmedisinske forhold, noe mange sykehus i dag ikke har akseptert.

Ved innleggelse i fødeavdeling bør den fødende bringe med seg kontrollkortet fra den lege som har hatt svangerskapskontrollene. Det arbeides for tiden med å lage et slikt svangerskapskjema med gjennomslag.

Epikrisene er primærlegenes store problem. Det går alt for lang tid fra pasienten blir utskrevet til primærlegen har epikrisen. Noe som foruroliger oss, er at det ikke synes som om sykehusene er interessert i å løse problemet. I heldigste fall får man epikrisen etter 14 dager, men 6 mndr. er ikke uvanlig. Enkelte ganger får man ikke epikrise i det hele tatt. Dette er en utillatelig slendrian fra sykehuslegenes side, og vi vil påpeke at pasienten ikke er ferdigbehandlet før epikrisen er skrevet. Noen mener at epikrisen bør skrives dagen før utskrivning.

Epikrisens innhold er meget varierende både i kvantitet og lvalitet. Enkelte syke-

blir innlagt fra denne, må sykehuslegene huske å sende epikrise til primærlegen. Vi kjenner til at det ved noen sykehus er innført en ordning hvor pasientene ved utskrivelse får med seg en seddel utfyllt av avdelings - sykepleier. På denne seddel står de viktigste opplysninger med hensyn til den umiddelbare kontroll og behandling, medikamenter o.l. Ved henvisning til poliklinikk benyttes også forskjellige fremgangsmåter. Hvis tiden tillater det, bør sykehusene forlange maskinskrevet henvisning som ved innleggelse. På den annen side forlanger primærlegen en adekvat epikrise som dikteres inn ved slutten av konsultasjonen. Innholdet skal ikke bare være en gjentakelse av henvisningsskriv med noen ekstra laboratorieverdier, men skikkelige nøyaktige retningslinjer som primærlegen kan holde seg til i den videre behandling av pasienten.

Også for polikliniske pasienter kunne det være nyttig at man sendte med pasienten et behandlingsskort etter mønster av det som tidligere ble nevnt for pasienter som ble utskrevet.

Vedrørende epikriser henvises forøvrig til Legeforeningens tidsskrift nr. 19, 1966, side 1313; nr. 24, 1970, side 2270; og nr. 16, 1971, side 1256.

Et spesielt forhold skal nevnes: Ved prøveutskrivninger fra psykiatriske sykehus må primærlegen få beskjed om dette før utskrivelse skjer. Den rent faglige kontakt primærlegen har med sykehuset i form av møter og kurs blir oftest satt stor pris på. Også her er variasjonen stor. En bør ta sikte på at alle sykehus av noen størrelse har minimum månedlig møte hvor primærlegene blir invitert. I tillegg til dette bør det holdes etterutdanningskurs av 1-2 dagers varighet minst en gang årlig.



GODT DET BARE GJELDER
VÅRE PASIENTER.....

husleger tar bare kopi av laboratoriearket, andre forteller hvor bra pasienten ble på sykehuset, en historie som ofte stemmer dårlig overens med pasientens fortelling.

Hvis primærlegen henviser til poliklinikk og pasienten

Primærlegene bør selv ta aktivt del i slike møter, gjerne med kasus fra sin praksis. Nevnes her skal også kon - taktmøte med psykiatriske institusjoner for å diskutere behandlingsopplegg for pasienter med psykiske vansker i distriktet. Som ledd i etterutdannelse, og dessuten for å forbedre kontakten mellom primærlegen og sykehuset, foreslås at primærlegen utfører en fast tjeneste ved sykehuset han sogner til. Vi vil anbefale 3 mndrs. tjeneste i løpet av 3 år. Dette kan utføres sammenhengende eller eventuelt oppdeles i kortere perioder. Vi anser det ønskelig at en av sykehusets leger vikarierer for primærlegen i hans praksis i denne tiden. Vi tror at sykehuslegene har godt av å være ute i praksis en gang i blant, idet man

har inntrykk av at sykehusets forståelse av forholdene ute i praksis ikke alltid er så god som ønskelig. I Finnland praktiseres en ordning etter lignende mønstre med utveksling primærlege - sykehuslege. Legen i periferien bør ut - over den omtalte tjeneste inviteres til å delta i vi - sittgang på sykehuset når de har anledning til det. "

Vi ønsket at sykehusene skulle få denne trykksak, Helsedirektoratet ville imidlertid ikke sende den til sykehusene, da de mente formuleringene ikke var de rette.

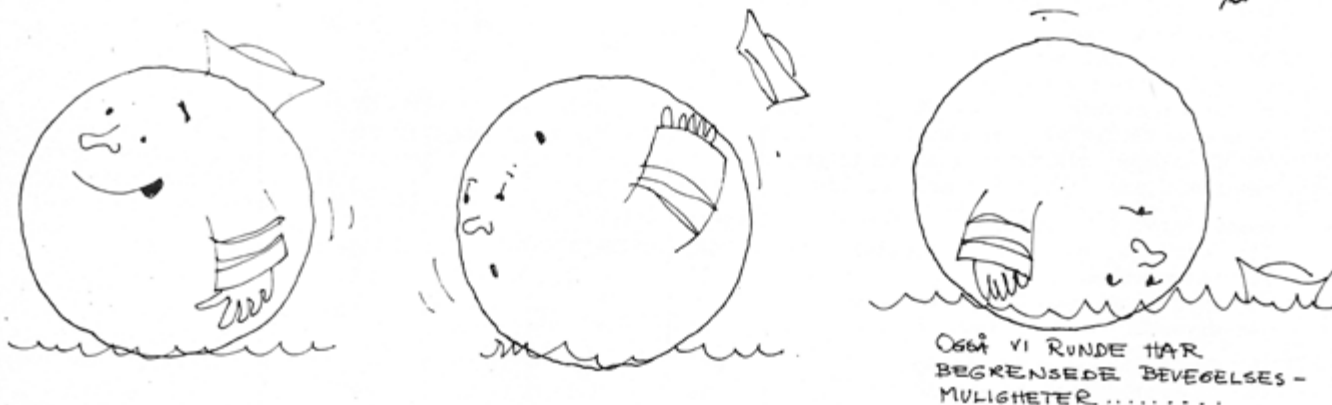
Ærede kolleger som ikke vil støte hverandre. Hvis ikke samarbeidet blir bedre, vil politikere og pasienter en dag slå hardt i bordet, og da hjelper det lite hvor snille

vi har vært mot hverandre. Pasienter bør ikke finne seg i å måtte besøke primærlege tre ganger før epikrise fra siste sykehusopphold foreligger.

Pasienter bør ikke finne seg i å måtte vente i 6-8 timer på sykehusets poliklinikk. Pasienter bør ikke finne seg i å forlate sykehuset med mange ubesvarte spørsmål på leppene fordi spesialisten ikke hadde tid. Pasienten bør ikke finne seg i å vente 3 uker på time hos lege. Politikerne skal ikke finne seg i å bli truet til å åpne pengepungen fordi en eller annen storspesialist forteller hvor mange menneskeliv han redder. Kanskje de som ikke sier noe, redder mange fler.

Er det pasienter vi behandler, eller er det oss selv?

Per Wium



Folketrygdorientering fra RTV til praktiserende leger

Rikstrygdeverket er en fin institusjon, de har mange gode forslag og setter de ut i livet. Et av de gode forslag satt ut i livet er RTV's ringpermer angående lov om Folketrygd. Legene er med i bildet når det gjelder medisinsk vurdering av stønad, og enkelte av oss er interessert i å kunne holde oss selv og pasientene orientert om hva som kan ytes, og på hvilke betingelser.

Til dette bruk er RTV's ringpermer meget brukbare, men på spørsmål fra undertegnede om å kunne få utlevert dette verk, svares - det fra RTV at

dette er helt umulig på grunn av bemanningssituasjonen.

Dette synes meg noe merkelig da det kun er spørsmål om å utgi samlingen en gang, og den kan da holdes ajour ved et abonnement på Sosialtrygd. I denne trykksak er det så vidt jeg vet innlagt nye rundskriv fra RTV angående Folketrygden og man kan da selv holde den ajour.

RTV er sannsynligvis redd for at alle Norges leger skal komme og spørre om å få utlevert dette verk, men det tror jeg ikke man skal være

redd for. Det er imidlertid enkelte leger som er mer interessert i dette enn andre og som kanskje i sin praksis utfyller flere uføresøknader enn andre, og for disse kunne det være nyttig å få en up - to date orientering.

Et annet moment er at man kan slå etter Trygdeverkets vurdering av lover og regler og kanskje komme med et korrektiv i enkelte tilfeller. I fremtiden vil jeg innstendig be RTV om å sende denne trykksak på henvendelse, til de leger som er interessert i dette.

Per Wium

«Legestatistikk 1972»

4150 Vikevåg, 15. juli 1973 Torleiv Robberstad (distriktslege)

Statistisk Sentralbyrå ga skrift, og eit forenkla ut- av det.

nyleg ut dette heftet, som i drag kan vere av interesse
29 tabellar gjev eit oversyn for mange. Eg har prøvd å
over legesituasjonen her i gjere utdraget så lettfatte-
landet i januar 1972 (pris leg'at jamvel ein distrikts-
kr. 8,- hos alle bokhandla - lege skulle kunne ha utbytte
rar). Dette er eit lødig

Dersom ein dreg saman nokre
av gruppene, og brukar opp -
lysningar frå tabell 1 og
tabell 19, blir resultatet
slik:

	mengde	% av alle	gjennomsnitt	
			alder	arbeidstimar
Administrativ og førebyggjande medisin	183	3.-	54	51
1: direktørar, overlegar, ass.overl og spesiallegar i assortert blanding (her finst nok både Helsedirektoratet og sjukehusdirektørane)	92	1,6	54	50
2: Fylkeslegar, ass.fylkesl, fylkes-psyk., stads- og distriktsl. &l I-II	91	1,5	53	51
Helsearbeid utanfor institusjon	2445	40,7	49	55
3: Stads- og distriktslegar kl III-V	401	6,7	42	64
4: Helsestasjon, diagnosetasjon, skulelege, familierådgjevar	90	1,5	52	41
5: bedriftslegar	71	1,2	57	47
6: Allmennpraktiserande	932	15,5	52	56
7: Praktiserande spesialist	546	9,1	60	49
8: Turnuskandidat i distrikt	168	2,8	28	57
9: Vernepliktig militærlege	121	2.-	28	53
10: Overlege, ass.overl, spesiallege, reservel., ass.lege, militær. og likn.	116	1,9	52	50
Helsearbeid i institusjon	2690	44,7	41	57
11: overlege, ass.overl., spesiallege	1090	18,1	52	55
12: reservelege	431	7,2	37	58
13: assistentlege, turnuskandidat	1148	19,1	31	60
14: diverse	21	0,3	53	57
15. forskning og undervising	313	5,2	41	56
16. diverse medisinsk arbeid	50	0,8	55	49
Stellar ikkje med medisinsk arbeid	333	5,5		
17: ikkje medisinsk arbeid	9	0,1	54	
18: ikkje-yrkesaktive	254	4,2	67	
19: ukjent yrkesaktivitet	70	1,2	33	
Sum:	6014	100.-	46 år gjennomsnittsalder.	

Ein gjennomsnitt distrikts-
lege i kombinert stilling er
etter dette 10 år yngre enn
ein allmennpraktiserande, ar-
beider 8 veketimar meir enn
denne, og 15 timar meir enn
ein gjennomsnitts privatprak-
tiserande spesialist.

Kor mange av desse stellar
med førebyggjande helsear -

beid? Stort sett gruppene 2,
3,4 og 5, ialt 653 stk., det
er 10,9% av norske legar.

Korleis får dei inntektene
sine? Sjelvsagt ved å stelle
med presumptivt sjuke men -
neske med mild og kjærleg
hand, oppofrande og dyktige
som dei alle utan unntak er
(nokre flyttar dessutan pa-

pirbunkar). Her kjem me inn
på fastløn/praksisinntekt -
problematikken, som er eit
brennbart emne. Med fare for
å bli skulda for grov for -
enkling, vil eg likevel set-
je opp fire hovudgrupper, og
fordele aktivitetsgruppene
på desse. Dei flyt sjelvsagt
noko over i kvarandre, men
dette skulle likevel gje eit
brukeleg inntrykk:

Berre fastløn (gruppene 1,2,4,5,10,15 og 16):	823 stk = 13,7%
Vesentleg fastløn, men med høve til å supplere med gode poliklinikk- og vaktkøyringsinntekter (11,12,13 og 14):	2690 stk = 44,7%
Vesentleg praksisinntekt, men ein del fastløn (3 og 9):	522 stk = 8,7%
Berre praksisinntekter (6,7 og 8):	1646 stk = 27,4%
Det blir:	94,5%

Den norske lægeforening had-
de våren 1972 5784 medlem -
mer, det er 96,2% av 6014.
Me kan då rekne med at tala

og utrekningane ovanfor
gjeld nokså likt for medlem-
mene.

„HEMOCCULT”

*- en ny og mer hygienisk metode
til påvisning av blod i fæces*

- HEMOCCULT er meget enkel å bruke, ingen spesielle beholdere for transport av fæcesprøver er nødvendig.
- Inneholder ingen carcinogene stoffer.
- Bare en reagens behøves.
- En rensligere testmetode.
- HEMOCCULT er holdbar i flere år ved lagring i romtemperatur.
- Reduserer tiden som går med til å forberede og utføre testing for blod i fæces.
- HEMOCCULT leveres i sett a 100 tester med alt nødvendig utstyr for bruk.

*Hvert sett inneholder 100 Hemoccult konvolutter, 100 trespatler, 2 flasker reagens til fremkalling og en bruksanvisning.
Et sett a 100 tester koster kr. 105,- inkl. m.v.a.*

*Hemoccult selges i Norge av firma **Aa. Knutsen A/S**,
Briskebyveien 22, Oslo 2. Tlf. 603937*

*Hemoccult er et produkt fra: **SK&F. Smith Kline & French
laboratories ltd. Welwyn Garden City, Hertfordshire, England.***

*Nærmere opplysninger om Hemoccult kan De få av **SK&F's agent
i Norge, Jan F. Andersen, Smesveien 13, 1370 Asker.***

Et skjematisk tannprofylakseopplegg for et norsk gjennomsnittsdistrikt

Johan Buttedahl - Toralf Møller Hansen - Egil Henriksen - Trygve Trondsen

Mål.

Søke å bedre tannhelsen i befolkningen i et norsk tannrøktdistrikt ved hjelp av profylaktiske tiltak!

Alle aldersgrupper 0-12 år skal ha endogen fluortilførsel.

Alle aldersgrupper, som for eksempel de med særlig høy caries-incidens og institusjonaliserte, skal ha fluorpen-sling.

Alle foreldre skal være i stand til å utføre effektiv hjemmetannpleie på sine barn og seg selv.

Alle seksåringer skal ha lokal fluorbehandling og eventuell fissurførsegling på molarer.

Alle barn i skolepliktig alder skal være i stand til å utføre effektiv hjemmetannpleie på seg selv.

Alle barn i skolepliktig alder skal få systematisk lokal fluorbehandling.

Alle foreldre og større barn skal ha kunnskap om cariesetiologi, virkning av fluorider, riktig kost- og riktige spisevaner.

Alle foreldre og større barn skal ha kunnskaper om tannkjøtt-sykdommenes etiologi og profylakse.

II Oversikt over eksisterende ressurser:

Det er viktig å få oversikt over eksisterende ressurser både hva angår personell, materiell og økonomi, da den profylaktiske aktivitet vil være avhengig av disse faktorer.

En kan regne med følgende personell i et gjennomsnittsdistrikt:

1 distriktstannlege
1 klinikkhjelperske
1-2 husmødre som kan opplæres
1 helsesøster
1 distriktslege
Frivillige organisasjoner
Lærere

En må forvente at minimum av materiell og økonomi blir mulig å skaffe til veie til et organisert systematisk profylakseopplegg i distriktet. - Det er realistisk å regne med at slike tiltak kanskje vil møte motstand. Derfor er det viktig å spre opplysning om tiltaket og motivere de bevilgende myndigheter, kommunale og fylkeskommunale, for profylakseplanen. Tannrøktnevnene kan være nyttige bindeledd mellom tannlegen og de bevilgende myndigheter. På skolene finnes ofte utmerket A/V - utstyr til utlån.

Videre er Tannvernet villig til å yde hjelp med å stille til disposisjon brosjyrer, lysbildeserier, filmer, ferdig stensilerte foredrag mm.

Eventuelle utvidelser av disse ressurser er avhengig av varierende lokale faktorer. En må i utarbeidelsen av et profylaktisk opplegg ta hensyn til dette. Det må derfor innebygges en viss fleksibilitet i det generelle opplegget, slik at enkelte tiltak kan utvides, eventuelt utgå og/eller nye komme inn.

III Målgrupper:

A Gravide
B 0-2 år
C 3-5 år
D 6 år
E 7-16 år
F 17 år og eldre

Praktiske tiltak i de enkelte målgrupper:

A. Gravide:

Tilbud i graviditetsperioden via lege om 2 tannlegekonsultasjoner, instruksjon i munnhygiene, motivasjon og tannrens. Ved eventuelle svangerskapskurs skal tannlegen komme inn med sin opplysningsvirksomhet for mor og barn.

B. 0-2 år:

Innkalling til tannlegen ved kontroll på mor- og barnstasjon, ved 6 og 18 måneders alderen. Kostholds- og hygieneinstruksjon. Utlevering av fluortabletter, evt. resept. Alle opplysninger journalføres.

C. 3-5 år:

Innkalles til tannlegen regelmessig 1 gang pr. år for registrering av karies og instruksjon i munnhygiene, samt motivering av mor og barn. Endogen fluortilførsel justeres eventuelt gis fluorpen-sling (risikogrupper). Søke å gjennomføre trinnvis oppbygging av behandlingstilbudet, d.v.s. behandle treåringene første år, deretter utvide med en årsklasse pr. år de følgende to år, slik at man i løpet av tre år kan behandle alle småbarnkull.

D. 6 år:

Systematisk oppkalling for fri, full tannbehandling. Fluorskylking en gang pr. uke i hjemmet. Fluorpen-sling av risikopasienter. Førsegling av fissurer i permanente molarer. Endogen fluortilførsel fortsetter. Hygieneinstruksjon gjentas.



E. 7-16 år.

Full tannbehandling fort -
setter. På skolene arrange-
res fluorskylling hver 14.
dag og fluorbørsting 4-6
ganger i året, med henholds-
vis 0,2 og 0,5 % oppløsning
Pensling av risikogrupper.

Endogen fluortilførsel føl-
ges opp med utlevering av
resepter inntil eleven er
12 år. Opplysningsvirksom-
het.

F. 17 år og eldre:

Ved behandling av dette kli-
entell skal det gis hygiene-
instruksjon, kostholdsvei-
ledning og motivasjon, samt
foretas depurasjon. For ri-
sikopasienter ordineres
hjemmeskylling med 0,2%
fluoropløsning en gang pr.

uke.

I tillegg til foran nevnte
tiltak, skal det drives sy-
stematisk opplysningsvirk-
somhet i form av foredrag,
diskusjoner, møter, kurser,
filmframvisninger etc.

Arbeidsfordeling.

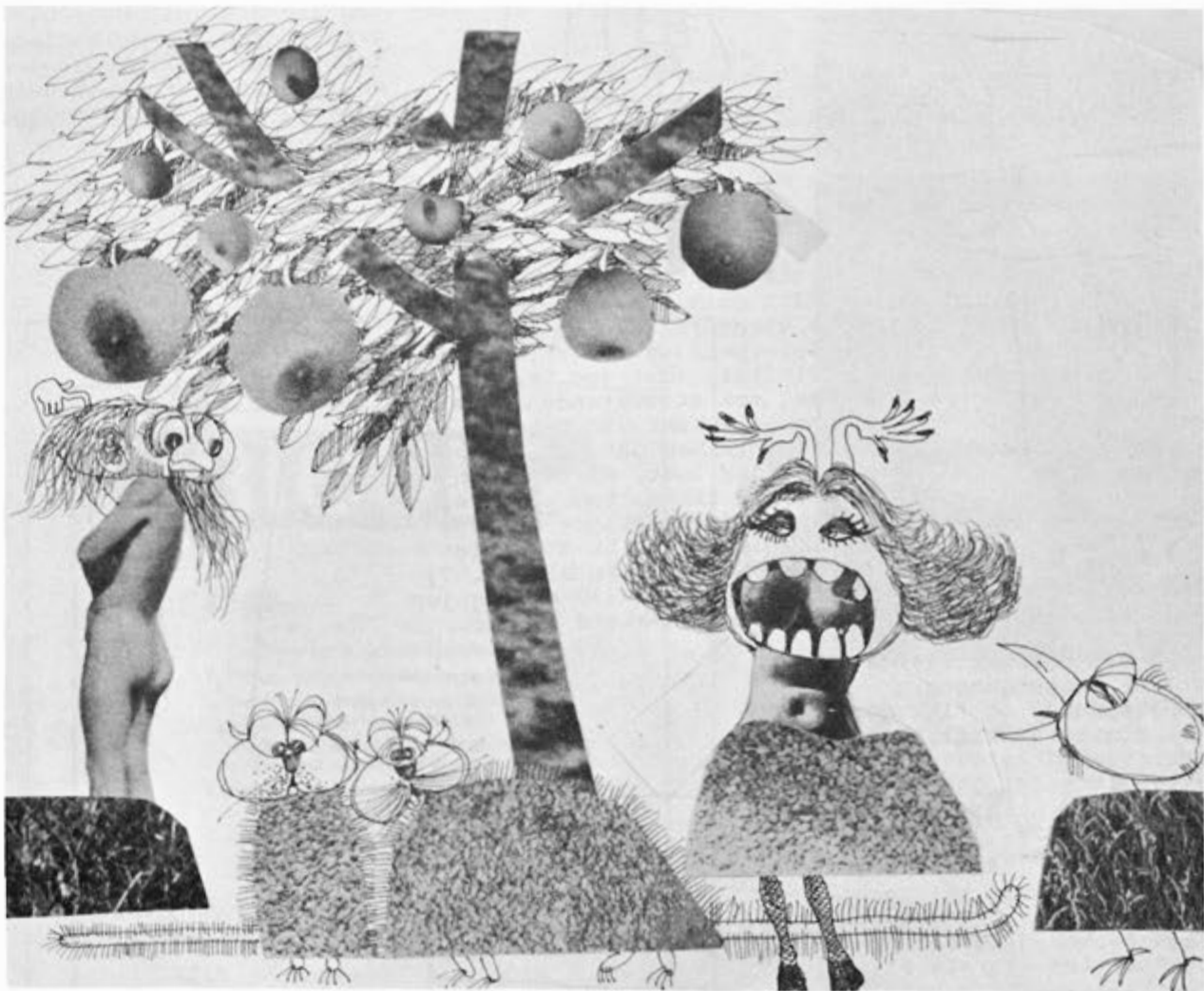
Nåværende hjelpepersonell
vil kunne dekke ca.1/3 av
den beregnede tiden. Helse-
søster vil også kunne utføre
noe av arbeidet på mor/barn
stasjonen, f.eks. kostholds-
opplysning. Det som er satt
opp, bør være et minimums-
opplegg og bør kunne utvides
betraktelig. Det burde være
rimelig at tannlegen selv
kunne bruke 200 timer årlig
til profylakse.

En god del av de profylak-

tiske tiltak som tannlegen
nå utfører, kan en tannplei-
erske ta seg av. Dette vil
frigjøre tannlegen til mer
avanserte oppgaver, så som
profylakse på spesielle
grupper, f.eks. i institu-
sjon, handicappede, osv., ut-
arbeidelse og revisjon av
profylaktisk virksomhet, samt
evaluering.

Evaluerinq.

I et hvert profylakseopplegg
skal det innebygges et eva-
lueringssystem; plaquetes-
ting, DMFS registrering o.l.
Resultatene av evalueringen
må vurderes mot målsettingen
og relevansen av opplegget
bedømmes ut fra dette.



PROTEST

Den norske lægeforening, Inkognitogt. 26, Oslo

Helsedirektoratet Legekontoret, Oslo

Jeg tillater meg å protestere mot de alt for lave satsene i flytningsgodtgjørelsen for turnuskandidater. Det burde være kjent at turnuskandidatene avtjener en ufri-villig tvangstjeneste, og i den forbindelse tvinges til å flytte inntil tre ganger før de får den etterlengtede autorisasjon. Det er derfor svært smålig at flytningsgodtgjørelsen er så liten at den vanligvis dekker bare ca halve regningen, og turnuskandidatene selv må betale resten.

Flytningen fra Tønsberg til Enebakk måtte foregå på en lørdag p.g.a. vakter o.l. Flere anbud lå på 1400-1600 kr., idet det om lørdagene ble regnet 50-100% tillegg. Etter mye strev fikk jeg

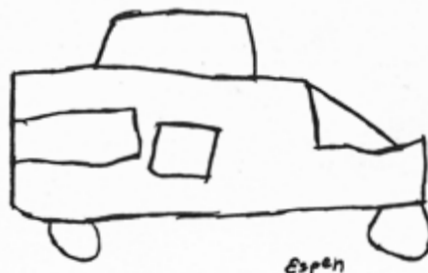
Sammen med regningen til Helsedirektoratet sendte jeg et høflig brev der jeg ba pent om at jeg måtte få hele beløpet refundert, da det jo ikke er meningen at vi skal ha utgifter i forbindelse med tiltredelse av turnus-tjeneste. Brev + regning ble sendt i januar -73. Det har nå sirkulert i Helsedirektoratet i et halvt år, og siste nytt er at de har prestert det utrolige å somle bort hele saken, slik at jeg ikke en gang har fått de 430 kr. jeg har krav på. Hvor går grensen for hva Helsedirektoratet kan tillate seg? Det er ikke uten grunn at det på folkemunne heter "sosedeptementet".



Jeg er selv i den lykkelige situasjon at jeg bare har flyttet to ganger over korte strekninger: 1.gang fra Oslo til Tønsberg og 2.gang fra Tønsberg til Enebakk. Flytte-lasset var begge ganger svært beskjedent og fikk god plass i minste sort flyttebil (Mercedes "kassevogn"). Vi pakket alt selv, og det tok flyttefolkene ca. to timer å laste og ca. 1½ time å losse begge ganger.

Flytningen fra Oslo til Tønsberg kostet 960 kr. Dette var laveste anbud og det kom fra ett av våre største flyttebyråer. Strekningen var 10 mil og godtgjørelsen derfor hele 600 kr., altså en differanse på 360 kr. Jeg slapp jo billig fra det.

ratt i en mann med en liten flyttebil som var villig til å kjøre for den latterlig lave pris av 900 kr., og jeg slo til, idet jeg trøstet meg med at avstanden Tønsberg-Enebakk via Oslo er ca. 14 mil. Men der ble jeg grundig lurt. Flyttebilen kjørte til Horten, tok ferge til Moss og fulgte riksveg 120 derfra, slik at samlet kjørelengde bare ble ca. 7½ mil. Refusjon 430 kr., og jeg måtte selv betale 470 kr.



Enebakk, 6.7.73

Vennlig hilsen
C.F.Wessel-Holst
turnuskandidat
1835 ENEBAKK

Påvisning av blod i faeces

Konsultasjon

O-toloidin og Benzidin skal være carcinogene stoffer. Benzidinpulver gir mange "falsk" positive verdier, kjøttretter og tannkjøtt - blødninger slår ut som positive benzidinprøver.

En praktisk og delikat artikkel er nå bragt i handelen i Norge, "Hemocult slides". Metoden er lansert med slagordet "følsom nok, men ikke for følsom", men dette er det jo vanskelig å uttale seg sikkert om. Selve testen er imidlertid meget delikat og estetisk. Den består av

et filterpapir som er infiltrert med guaiakk, pasienten åpner sliden på den ene side og stryker med trespatel sin faeces på filterpapiret, lukker så igjen, den lille pakken kan sendes i posten til legekontoret hvor legen åpner opp på andre siden av pakken og drypper på H_2O_2 / alkohol. Ved blod i faeces opptrer det blåskimmer eller blåfarge i løpet av 30 sekunder. Lett å avlese også i neolys. Prisen pr. test blir på vel 1 kr.

En lege spurte en jurist som han traff i et aftenselskap, om legeråd til bekjente på gaten eller i selskap kunne regnes som en konsultasjon. "Ja," svarte juristen. Legen gledet seg, og gned seg i hendene. Uken etter mottok han regning på kr. 300,- for sin konsultasjon hos juristen.

Hva er fylkeslegenes arbeide?

Jeg trodde fylkeslegens arbeide var å se til at legetjenesten i fylket virket etter intensjonene. Imidlertid fikk jeg en dag høre antall timer som medgikk til arbeid i forbindelse med søknad om folketrygd og som fylkeslegene har som oppgave å være

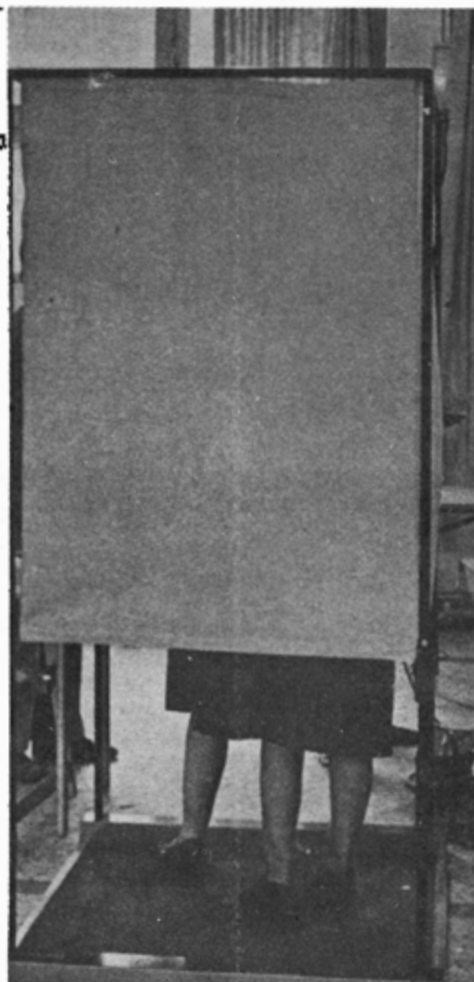
med på å vurdere. Det ble nevnt et tall på 40 saker i uken og med forberedelse og møte i fylkesnemda tok disse sakene 20 timer, d.v.s. at en halv fylkeslegestilling går med til kun å utrede folketrygden. Er dette effektiv måte å bruke våre fylkesleger på?

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.



Legesekretær

med realskole, handelsskole og 1-årig legesekretærlinje, Tromsø Yrkeskole, Tromsø, søker jobb.

Kan tiltre snarest.

Anne - Margrete Martinussen
8551 LØDINGEN Tlf. (082) 31063.

Migrene, svimmelhet, kvalme og brekninger psykiske og nevrotiske lidelser



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



rhodia

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