

UTPOSTEN

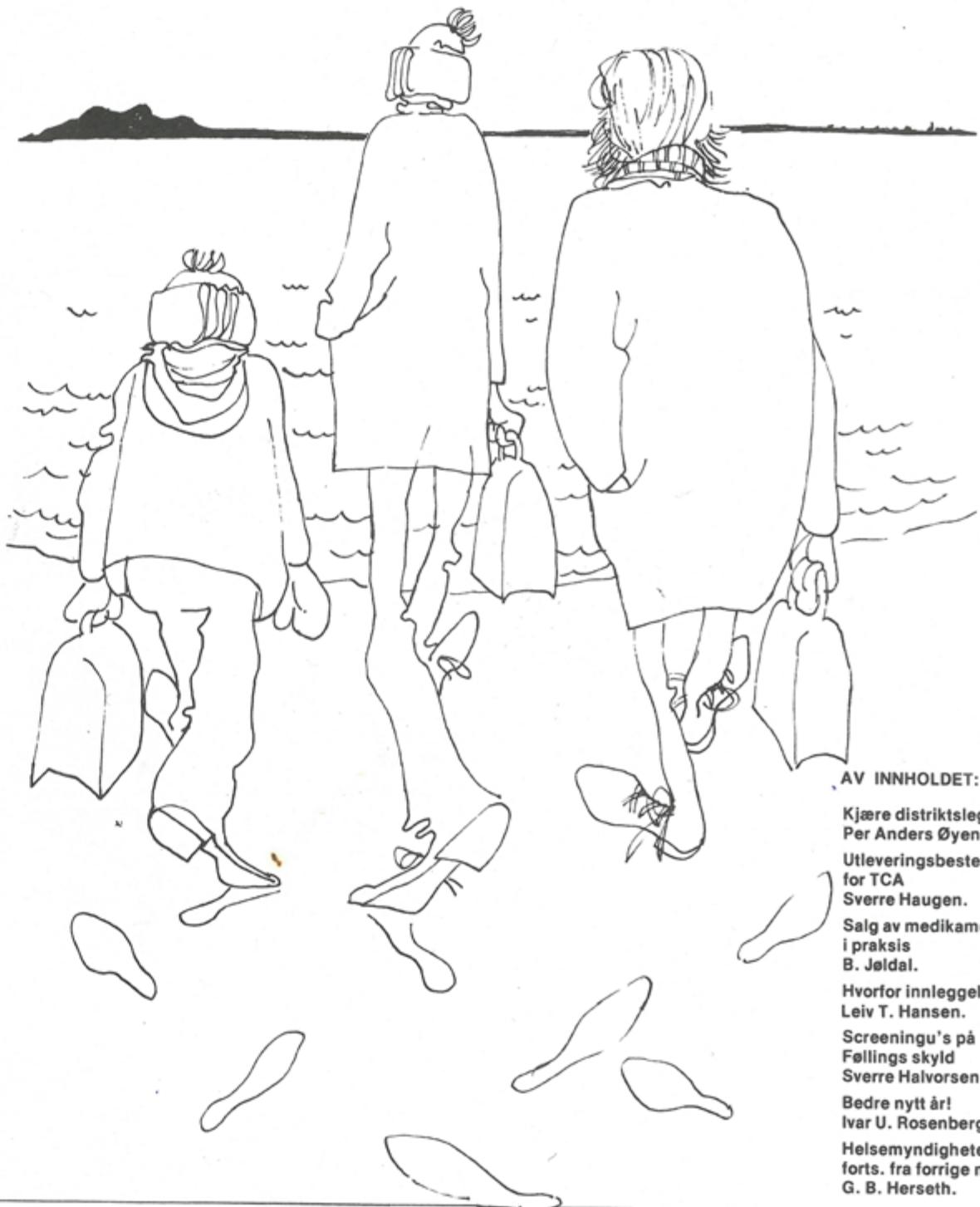
ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

NUMMER 1

JANUAR 1974

ÅRGANG 3

UT Å LÆRE



AV INNHOLDET:

Kjære distriktsleger,
Per Anders Øyen

Utleveringsbestemmelser
for TCA
Sverre Haugen.

Salg av medikamenter
i praksis
B. Jøldal.

Hvorfor innleggelseskrev?
Leiv T. Hansen.

Screeningu's på
Føllings skyld
Sverre Halvorsen.

Bedre nytt år!
Ivar U. Rosenberg.

Helsemyndighetenes kompetanse,
forts. fra forrige nr.
G. B. Herseth.

UTPOSTEN

Redaksjon:

Distr. Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Tegninger og lay-out:
Kåre Huse

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
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

Vi er selvfølgelig lei for å miste abonnenter, og vil ta kritikken til hjertet. Det er sikkert riktig at det kan bli noe ensidig debatt i UTPOSTEN når redaksjonen spiller liten primærlege som slåss mot det store, sterke samfunnet, sykehuset, departementet. UTPOSTEN peker på problemene, sett fra primærlegens side, hvilket vi tror er verdifullt. Dermed er vi ikke blinde for at det finnes problemer andre steder, at også andre yrkesgrupper og enkeltpersoner er meget sterkt belastet med ansvar og arbeidsoppgaver.

Det ville være gledelig, og det ville motvirke ensidighet i UTPOSTEN hvis kritikk og andre meninger i større grad kom frem som innlegg i bladet.

Imidlertid forstår vi de som i stedet sier opp sitt abonnement. Det er tungt å gjøre seg som talsmann for meninger, og særlig når man sletter med det norske språk og bare har en Ng til artium å skilte med, er det perioder hvor redaktørene også spør seg selv hvor lenge de klarer å være fanebærere.

Fra en primærleges dagbok

"Hr.N.N. Ikke svar fra sykehuset. S.m. inntil videre."

"Hr.S.N. Ikke svar fra sykehuset ennå. Han får komme tilbake neste gang."

"Fru N.N. Lumbago. Ennå ikke svar. Purrer igjen. S.m. til 10.12."

"Hr.P.S. Føler seg elendig. Ikke epikrise. Pas. skal ringe igjen neste onsdag. Hvis ikke epikrise da:purre. S.m. inntil videre."

Sitatene hentet fra "UTSNITT AV PRIMÆRLEGES DAGBOK 1973."

UTPOSTEN

1974

Redaksjonen har med glede kunnet fastslå at ca. halvparten av våre 1200 abonnenter har betalt inn abonnementsavgift for 1974. Med de lave utgifter som UTPOSTEN har i forbindelse med redigering og trykking, skulle derfor 8-10 nr. i 1974 være sikret.

Det har skapt en del ekstraarbeid at enkelte har angitt ny adresse uten å oppgi sin tidligere adresse. Vår kontordame har da måttet bla gjennom hele adressearkivet for å finne ut hvor vedkommende bodde før.

Mens vi for et år siden hadde en meget jevn spredning av abonnenter over kartet, synes det nå som om leserantallet i de store byene, særlig Oslo, har øket en del. Dette er jo gledelig, primærhelseproblematikk finner man vel minst like mye i byene som på landet.

Fem har sagt opp sine abonnement på UTPOSTEN, delvis med begrunnelse av at bladet er ensidig, og delvis fordi det er med på å nedbryte legenes "image" i samfunnet, og derved vanskeliggjør arbeidsforholdene for legene.



KJÆRE DISTRIKTSLEGER! eller HVILKET YRKE SKAL MEDISIN- STUDENTEN VELGE?

UTPOSTEN har vist seg å være et lenge savnet talerør for helsearbeidere i den primære helsetjeneste, særlig for distriktslegene. Dette talerøret når til en viss grad også studentenes ører, og det vi hører lar oss forstå at viktige sider av helsearbeidet og legeyrket ikke blir belyst i studiet. Jeg vil kort repetere enkel kjente fenomener for å underbygge denne henvendelsen som retter seg til distriktslegene.

Alle landets leger har tilbragt minst seks år ved en universitetsklinik i en større by før de slippes ut som turnuskandidater. Formålet med denne utdannelsen er stadig et stridens eple; idag står motsetningene særlig mellom dem som mener at den skal være utgangspunkt for vitenskapelig og yrkesmessig spesialisering, og dem som ser på studietida som en forberedelse til almen praksis. Seinest i vår utløste dette en heftig debatt i forbindelse med utarbeidelsen av en ny studieplan. Stemningen blandt studentene er stort sett den at vi ønsker et studium som gjør oss i stand til å fungere som leger i primær helsetjeneste, uten at dette hindrer videre utdannelse for dem som måtte ønske det.

Ifølge Bentsens kjente arbeid fra Vormsund er det bare 15% av dem som søker lege som blir henvist til spesialist eller sykehus. Dette betyr altså at vi i studietida teoretisk møter mindre enn 15% av den befolkningens gruppe som vil oppsøke oss i et distrikt. Og dit kommer i alle fall 1/4 av oss, skal vi tro statistikken. Det at vi utdannes på sykehus betyr også at vår første befatning med syke mennesker, er møtet med den lett manipulerbare,

kontrollerte og ofte senge-liggende pasient. Og vårt første møte med legearbeidet er det vi ser av diagnostisk og kurativt arbeid i en situasjon der legen sjeldent er alene med avgjørelsen, og muligheten for kontroll er stor. Vi møter ikke pasienten som et menneske med arbeid, familie og fritid, rett og slett fordi sykehushets funksjoner er en annen.

Flere begynner etter hvert å bli klar over at denne utdannelsen har mangler. Som et resultat av misnøyen, er et nytt studieopplegg i emning i Tromsø. Ved de andre fakultetene må det skje en gradvis omlegging som erfaringsmessig tar lang tid. Turnustjenesten blir derfor den viktigste befatning med det som mangler i studiet: med helseforhold i samfunnet, forebyggende helsearbeid og diagnostiske muligheter i våre dagers kompliserte sykdomsbilder. Distriktenes helsearbeid og sykehusene er to ben som begge må brukes for at folkets helsestandard kan gjøre framskritt. Derfor blir vi som studenter redde når det fremmes forslag om at turnustjenesten skal gjøres frivillig, og dermed oppfattes som et mindre viktig ledd i utdannelsen. Det ville bety at vår utdannelse halter fordi vi bare lærer det ene ben å kjenne.

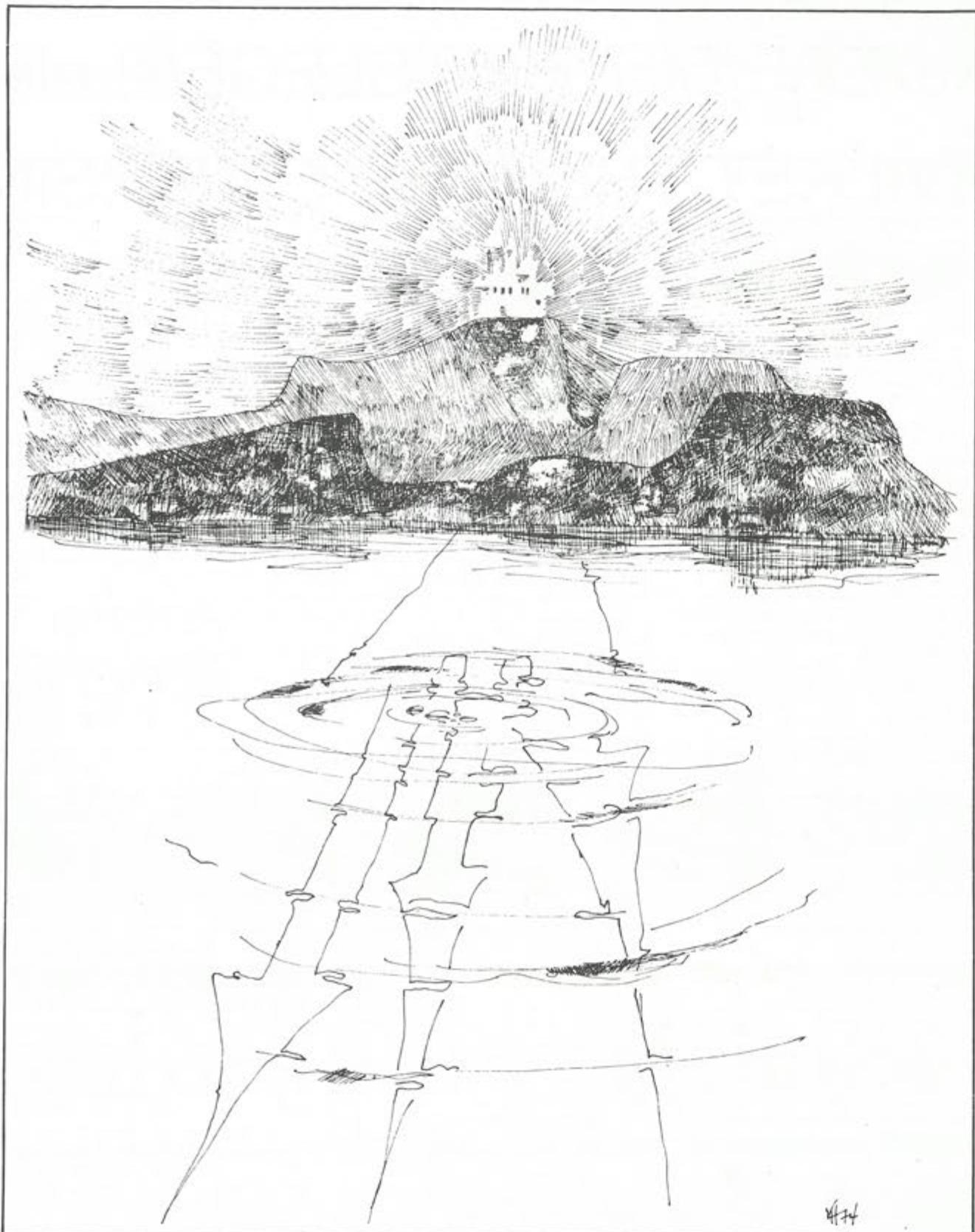
Ideelt sett burde studentene stifte bekjentskap med legearbeidet slik det fortuner seg for primærleger på et langt tidligere tidspunkt enn turnustjenesten. Selvfølgelig ikke som "vikarer", men som "disipler" med mulighet for motytelser i form av laboratoriearbeid etc., og med disippelens identifiserende læresituasjon. Bevæpnet med denne idé var jeg i sommer - etter fullført propedeutisk termin - så heldig å

få oppholde meg tre uker hos en distriktslege på Vestlandet. Som en skygge fikk jeg følge legen alle døgnets 24 timer, på kontoret, på sykebesøk, bedriftslegeundersøkelser, helserådsmøter etc. Dere som til daglig arbeider som primærleger vil ganske sikkert forstå hvordan en ny verden rulles opp for den som vanligvis bare er kjent med sykehusarbeidet. Oppholdet mer enn svarte til forventningene. Begrepene pasient, diagnose, forebyggende helsearbeid etc. fikk et nytt innhold, og samtidig ble møtet med primærlegens arbeid en stor inspirasjon til videre dyktiggjøring på sykehus.

Via Institutt for Almenmedisin i Oslo ble kontakten med denne legen formidlet. Der har man sagt seg villig til å fortsette en slik formidlingstjeneste i et forsøk på å motivere stadig flere studenter for almen praksis under de rådende studieforhold. Derfor, kjære distriktsleger, blir dette en henvendelse til dem av dere som kunne tenke seg å ta hånd om en student i noen ferieuker (juni/august) på nedennevnte betingelser:

Skriv til Institutt for Almenmedisin, Fredrik Stangs gt. 11-13, Oslo 2. Disse har også sagt seg villige til å stå i kontakt med de studenter som kan tenke seg en slik ordning og dermed vil kontakten være etablert.

Erfaringene fra i sommer tyder på at studenten ikke bare vil være et hår i suppa. Noen av oss vil bare ha pre-klinikk og propedeutisk termin, mens neste pulje i tillegg vil ha en indremedisinsk, en kirurgisk, en paraklinisk og en ØNH/øye termin. Derfor har vi ikke lens, men begge grupper vil kunne utføre laboratoriearbeid, sårskifte etc. og me -



disinske undersøkelser alt etter erfaring fra undervisninga.

I og med at dette er en uniformell henvendelse, er det vanskelig å stille opp svært faste betingelser. Men jeg kan tenke meg følgende:

- 1) At det er mulig å få dekket kost og losji.

2) At det ikke gis noen fast studieplan blir innarbeidet. lønn, men at evt. laboratoriearbeid etc. blir godtgjort.

Utover dette vil betingelse-
ne best ordnes legen og stu-
denten imellom.

Om noen år vil vi få se
hvordan en slik ordning i
større skala arter seg et-
tersom Tromsø-fakultetets

I mellomtida må vi ty til improvisasjonens edle kunst for at kommende leger ikke skal miste av synе hvor fol- kets behov for helsetjenes - ter ligger.

(På forhånd takk)
Per Anders Øien

Den gamle og så den nye tid

Svar til helsesøster Ragnhild Langeland

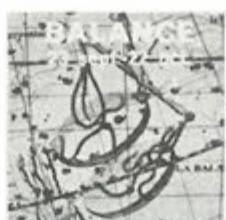
Det fremgår ikke av min artikkell at jeg kritiserer helsesøstre, men derimot er det vårt helseverks toppledelse som har planlagt en slik løsning. Helsesøstersvensk distrikts-sykepleier har etter min mening altfor utflytende oppgaver, det er ganske enkelt meningsløst med en ny oppgave. Den nedtrapping vi har hatt av distriktsjordmorstillinger i vårt land, er også meningsløs. Distriktsjordmørens oppgave må betydelig utvides. Omlegginger fra fødsel i hjemmet, små fødehjem til større fødeavdelinger på sykehus, har ført med seg de lange reiser under fødsel, eller opphold i

sykehotell i forveien.

Jeg kan faktisk en del om dette, da jeg har mitt kontor i samme kvartal som Sykehøtellet i Bergen - det første i landet. Før min spesialutdanning gjorde jeg tjeneste i 2½ år i "Utkant Norge", og det gav meg innblikk i noen av problemene. Siden jeg i 1968 ble formann i Den Norske Jordmorforening har jeg fulgt med i det som er foretatt av komitéutredninger, ja, også lenge før den tid. Med ønske om å forbedre vår fødselshjelp, er vi i ferd med å bli som Utviklingsland, der det mange steder er gjennomført en fortrinlig god fødselshjelp ved god utdanning av jordmødre i

større byer, mens landet forøvrig må greie seg med korttidsutdannet, mest selv-lærte fødselshjelpere. Med den internasjonale kontakt Den Norske Jordmorforening har, kjenner vi til dette. Det foregår i dag et samarbeid mellom Internasjonale Jordmor forbund og Internasjonale gynekolog og obste-triker forening, et arbeid som omfatter snart alle kontinenter, med den oppgave å utvide området for jordmørens arbeid og utdanning. Norge må ikke bli etterliggende i dette.

Inger Haldorsen



Definisjon av en jordmor

I en rekke kongresser og konferanser har FIGO-internasjonale forbund av gynekologer og obstetrikkere, og ICM-internasjonale jordmor forbund, foreslått en utvidelse av den tidligere av WHO's godkjente definisjon.

En jordmor er en person som på regulær måte er opptatt ved et jordmorutdanningssted godkjent i det land det ligger, som har gjennomført tilfredsstillende de fore-skrevne kurser i jordmorstu-

diet, og har oppnådd de forlangte kvalifikasjoner til å bli registrert, autorisert til å arbeide som jordmor.

Hun må kunne gi det nødvendige tilsyn, omsorg og råd til en kvinne under svangerskap, fødsel og barseltid, kunne lede en fødsel på eget ansvar og ta omsorg for det nyfødte barn og sped - barnet. Denne omsorg omfatter forebyggende forholdsregler, observasjon av unormale forhold hos mor og barn,

tilkalling av legehjelp, og nødhjelp når lege ikke kan skaffes.

Denne definisjon presiserer derfor nærmere Utdanning og Arbeidsoppgaver.

Inger Haldorsen
(oversatt fra engelsk)

Antidepressiva — toksisitet og utleveringsbestemmelser

I UTPOSTEN's kommentar (nr. 9) til de nye utleveringsbestemmelser for tricykliske antidepressiva (TCA) anføres at mange "lurte på hvordan man kan forestille seg at 2 tabletter à 25 mg gir mindre suicidalfare enn 1 tablet 50 mg Sarotex."

Da det ikke fremgår hvorvidt man har søkt kontakt med Spesialitetskontrollen for å få nærmere begrunnelse for bestemmelsen om at de høyeste preparatstyrker nå bare tillates brukt i sykehus, vil jeg be om spaltepllass for en leserkommentar, siden forholdet nok ikke er så "knekende likegyldig."

Det er dessverre et faktum at TCA har høy akutt toksisitet, og behandlingen av intoksikasjonen er dessuten vanskelig. Gjennomsnittlig

letal dose for voksne angis til ca. 2500 mg -- altså 100 tabletter à 25 mg imipramin/amitriptylin. Når pasienter tar TCA i suicidal hensikt, hender det ikke så sjeldent at man tømmer et tabletglas, hvorav det på forhånd er brukt endel tabletter. I et slikt tilfelle kan det være et spørsmål om liv eller død -- hvorvidt han tok 75 tabletter à 50 mg eller 75 tabletter à 25 mg. Hvis et barn tar 7 tabletter à 50 mg kan det være fatalt, mens det kan reddes hvis tabletene var på 25 mg.

I denne forbindelse bør det understrekkes at ambulant behandling av en depresjon aldri bør startes før man har vurdert suicid-risikoen (bl.a. ved direkte, men NB

hensynsfulle spørsmål om suicidale ønsker og planer). Suicid-risk er innleggelses-indikasjon. Er man i tvil om risk foreligger, bør doseringen -- i forståelse med pasienten -- overlates til pårørende. Hyppige kontroller er nødvendig -- bl.a. av hensyn til den økende suicidrisk på grunn av TCA's tidlige hemningsløsende effekt før antidepressiv virking er oppnådd. Det har i slike tilfeller vært anbefalt å forskrive pakninger på 50 tabletter à 25 mg eller 100 tabletter à 10 mg.

Jeg håper UTPOSTEN's kritikk på andre områder (hvor jeg ikke er lokalkjent) er bedre fundert -- og sender kontingenget også for 1974.

Hilsen
Sverre Haugan



Din julemesse begynte så fint og fortsatte meget bra så langt:

"I mange år nu har vi bygget sykehus, julenissen har vært ekstra rundhåndet og sykehusene har kostet mange, mange, mange penger, så mange penger at nå kan nesten ikke pasientene ligge der, for det er for dyrt. Dessuten har det kostet så mange penger å bygge fine dyre sykehus med mye fint dyrt utstyr at vi har ikke råd til å betale sykepleierskene som skal behandle og stelle pasientene. Men nå skal vi få veldig fin primær helsetjeneste, og det er billig, det."

Som sagt, så langt var det fint. Men så mangler fortsettelsen, selvfølgelig fordi du ikke hadde tid til å skrive den. Derfor skal jeg hjelpe deg.

Den primære helsetjeneste

Kjære Distriktnisse

skal bli så billig, så. Sosionomer, helsesøstre, psykologer, tannleger, prest(er), attføringskonsulent, arbeidsterapeut, sykepleiesjef, sosialsjef, trygdesjef, alle med mange medarbeidere, og.....nei, nå har jeg ikke pust til flere, jo, forresten har jeg glemt distriktslege, dersom det blir plass til ham, da. Alt dette skal inn i et hyggelig lite helsehus til 10-20-30 millioner kroner. Så det blir så billig det, så. Sykehusbyggingen må ha vært forbildet.

Alle i helsehuset skal være med å avgjøre, og enkle saker forekommer nesten ikke lenger, så det tar tid å avgjøre, særlig når alle disse taletrengte møtes i møter for å avgjøre, etter at alle har skrevet lange utredninger til hverandre som ingen leser, slik at alle må møtes for å høre hva alle mener.

Så det blir så billig det, så. Heldigvis har ingen nevnt at almenpraktikeren skal inn i denne maurtua. Så kan i hvert fall han få gjort noe nyttig. Men slipper Forbruker- og administrasjonsdepartementet til med sine fantastiske statistiske C-momenter, blir det nok ikke så billig kanskje. Derfor kan det hende at almenpraktikeren også blir oppslukt av maurtua. Men det gjør ikke noe, for så merker ingen at han ikke gjør noe heller.

Hilsen
almen-nissen Helling.

E.s. Event. honorar kan sendes den algebraiske superstar (sjefsnisse) i Forbruker- og administrasjonsdepartementet som en oppmuntring til nye ekvilibristiske eskapader med den store multiplikasjonstabellen. D.s.

Vedr. legers levering av legemidler til pasient mot betaling



Leger landet rundt leverer legemidler til pasienter mot godtgjørelse, både ved sykebesøk og ved kontorpraksis. Ofte er det rimelig å starte en behandling så tidlig som mulig, og ventetid på medisin sendt fra apotek kan bli urimelig lang.

UTPOSTEN har forsøkt å orientere seg blant leger om hvilke regler som er gjeldende, men det hersker stor uvitenhet. Vi har derfor henvendt oss til apoteker-kontoret i Helsedirektoratet og spurt B. Jøldal om hvordan vi skal forholde oss.

-U: Kan alle leger selge medisiner til pasienter som de har i behandling?

-B.J: Alle leger kan kreve dekket utlegget til de legemidler de har brukt under behandlingen av en pasient, eller som har vært utlevert til bruk inntil midlene kan skaffes fra apotek. Midlernes art, mengde og pris skal oppføres særskilt på regningen.

-U: Dette betyr jo service overfor publikum. Er det anledning til å beregne

seg noe tillegg for legen?

-B.J: Nei, det er det ikke, men legen kan kreve refundert spesielle fraktutgifter på medisin til den enkelte pasient. Det er endog slik at dersom legen skulle ha en rabattordning med det leverende apotek, skal denne komme pasienten til gode.

-U: I noen tilfelle er avstanden fra apotek til pasient så vidt lang at legen finner det praktisk å levere ut penicillinbehandling f.eks. til en hel kur i stedet for bare en startpakkning. Vil dette bli godtatt?

-B.J: En ukes penicillinkur er vel et grensetilfelle. Selv om det ikke eksisterer noen særskilt lovhemmel, vil vel ingen gjøre innsigelse mot at dette skjer. Når adgangen til apotek er særlig tungvint, kan departementet imidlertid gi leger tillatelse til å levere legemidler, forbindingsaker og andre sykepleieartikler mot

betalning. Legemidlene må da kjøpes fra et bestemt apotek, og i alminnelighet bare leveres til bruk for pasienter som legen selv har til behandling. Legemidlene skal være levert i fullt ferdig tilberedt stand, disponert i porsjoner beregnet for den enkelte forbruker.

-U: Hva med utgifter ved å holde et nødvendig forråd av legemidler?

-B.J: Forutsatt at man har departementets godkjennning til å levere legemidler til pasienten mot betaling, kan man beregne seg 10% tillegg til de fastsatte priser.

-U: Vi kan ikke skjonne annet enn at pasienter i utkantstrøk på den måten blir urimelig belastet, både med hensyn til pristillegg og fraktutgifter på medisin.

-B.J: Det er riktig. Helse-direktoratet har bedt medisinaltakstkomiteen vurdere dette spørsmålet med tanke på en reduksjon av fraktkostnader fra apotek til kunde.



BOKANMELDELSE

Da tidligere biskop Monrad Norderval i høst utkom med sin siste bok her fra Finnmark, ble boken anmeldt i avisene av en av hans gode venner her. Dette ble da årsak til et rykte her om at "nå var hainn Norderval anmeldt for nokka hainn hadd' skreve i boka."

- Dette var et sidesprang. Jeg har ikke tenkt å gå til politianmeldelse av noe i boka som advokat Hans J. Bjørnstad har utgitt i år. Heller vil jeg kalle det en bokanbefaling.

Advokat Bjørnstad kan mer enn "sitt juridikum". Han har en reflekterende holdning til det hverdagsliv han betrakter seg selv som en del av. Han har en ubendig tro på at det som skjer "på åstedet" er av mye større

viktighet enn det som skjer i kontorene. Hele boken summarer han opp på en fin måte i sluttordene: "Jeg bebreier ikke den unge kandidat noe, men jeg synes litt synd på ham. Jeg forstår ikke at det skal være så fristende å bli kontorrotte. - Markmusen

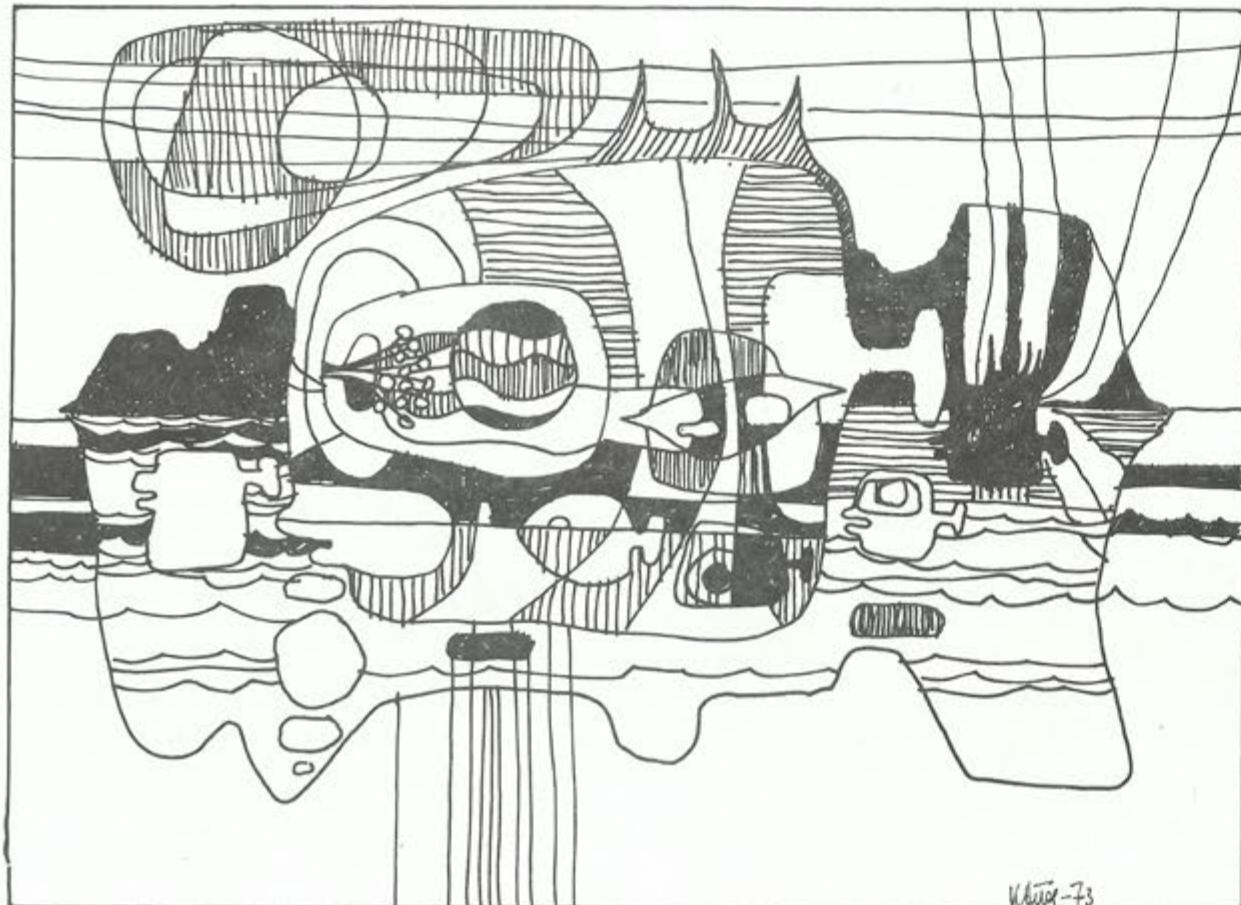
et når sjåføren påstår at de er på rett vei "fordi me er i det rette skare"." Boken er mye fra en tid - 10-15 år tilbake - da kommunasjonene var vanskeligere enn i dag. Derfor er det vel ikke morsommere.

Bjørnstad er romantiker, men det er ingen romantisk hverdag han beskriver. Det er mye slit, kuling, vårløsning, venting og forsinkelser. Men Bjørnstad viser oss at i de fleste tilfeller er der mer enn en side av en sak. Det finnes ofte en innebygget humor i det som skjer, det gjelder om å få øye på den. Det er jo en fortvilet situasjon når bilen står fast i gjørma og sjåfør og advokat

Ved siden av å være god underholdning, tror jeg nok den for oss "åsstedsdoktorer" vil være en like god lærebok som noen anatomibok.

En lærebok i - ikke hvordan man har det - men hvordan man tar det.

Hans J. Bjørnstad:
HAVBLIKK OG MIDNATTSSOL?
Gyldendal Norsk Forlag.
Leiv T. Hansen
står til knes i sole, men det distr. lege
må jo allikevel glimte i øy.



Kjær-73

Hvorfor innleggelsesskriv?

En stor del av primærlegenes har mest tid, 1. distrikts-
tid går med til å klapre på skrivemaskin, fortrinnsvis etter kontortid, fortrinnsvis utover kveldene, fortrinnsvis lørdag/søndag. Ja, er det ikke slik? Jeg tror sikkert det er slik for brorparten av mine kolleger.

Og hva skriver man? Jo, det er utførlige innleggelsesskriv til sykehus. Det er ikke få timer i uka man spenderer på denne måten.

Hva er det så vi skriver? Jo da, mer eller mindre slavisk følger vi skjemaet vi lærte på DOKTORSKOLEN i Oslo, Bergen eller hvorsomhelst. Vita ante, familie-sykdom, aktuelle sykehistorie, funkt.nat., medisiner, status, tentativ diagnose.

Min påstand er at hele dette innleggelsesskrivelsesmaniet er noe sludder.

En slik påstand må nærmere begrunnes:

Det meste av det vi opplyser om i en slik innleggelsessøknad, er annenhånds opplysninger, dvs. vi har fått det ved utspørring av pasienten. Jeg mener dermed at min påstand stort sett er begrunnet, fordi det kan kommes ned til følgende selv-innlysende spørsmål: Hvem

leggen til å skrive, eller 2. turnuskandidaten på sykehus til å spørre? (Det som turnuskandidat finner ut, dikterer han inn, og diktering tar minimum tid. Det er jo ikke mange år siden det ikke var slik, for da måtte jo turnuskandidat skrive sykehusjournalen selv.)

Vedrørende "status praesens" så tror jeg sikkert ikke den er så særlig mye annerledes på doktorkontoret enn på sykehuset, kanskje pasienten er litt mer nervös ved innleggelse på sykehus.

Naturligvis er det opplysninger av verdi som primærlegen sitter inne med som naturligvis vil være uvurderlige i sykehusets vurdering av pasientens sykdom. Jeg tenker da spesielt på sosiale/psykiske faktorer i pasientens nærmiljø. For å oppnå en mest mulig korrekt diagnose og behandling, bør naturligvis ikke primærleggen unnlate å opplyse sykehuset om slike faktorer, men NB dette må bli primærlegens vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Og her kommer vi til et annet brennende spørsmål: Blir våre utførlige søknader skrevet av hensyn til

1. avdelingens overlege, eller 2. avdelingens turnuskandidat, eller 3. pasienten. Jeg vil påstå at en søknad ikke trengte inneholde annet enn navn og tentativ diagnose og opplysninger av verdi for bedømmelsen av pasientens lidelse.

De skrivelser vi skriver i dag (eller tar jeg feil), skriver vi faktisk ubevisst av hensynet til sykehusets leger, enten det er overlegen eller turnuskandidaten. Hele forholdet tror jeg bunner seg i at vi primærleger lider av en stor nevrose, nemlig "hierarkinevrosen i norsk helsevesen".

Jeg håper og tror at UTPOSTEN kan være med å kvitte oss med denne nevrosen.

Til sammenligning med oss kan jo nevnes at i Sverige er henvisningsskrivelsen meget kortfattet. Der er faktisk nesten ikke plass til å skrive utførlig.

Jeg skulle gjerne se noen primærlegers uttalelse om denne sak. Kunne man få gjennomført en holdningsforandring til innleggelsesskriveler, ville primærlegene få en betydelig avlastning.

Mehamn, 18.12.73
Leiv Tormod Hansen, primærlege

Pas. N. N.

Øp. Diagn. Retention urinal

Trängningar
Kräkningar

Hälsminyar

Sign.

Utposten har glede
av å presentere
mønster på svensk
innleggelsesskriv.

Ny indikasjon av tidligere kjent preparat?



Det kan jo hende at gode råd kan være dyre, og Primperan er jo heller ingen billig tablet. Men hva betaler ikke folk gjerne hvis det gjelder å bli kvitt sterke smerter.

Ved et tilfelle for noen år siden kom jeg til å gi en tablet Primperan til en kvinne med sterk førstedsags dysmenorrhoe. Etter en halv time var smertene borte.

Jeg har i alt prøvd Primperan på 8 kvinner, hvorav virkningen var meget god på 7. På en kvinne var effekten motsatt.

En av de syv kvinnene var så bedrøvelig syk at hun fikk

Primperan som injeksjon. Etter 15-20 min. var hun o.k. Det har som regel vært nok å bruke en (1) tablet. Effekten synes ikke å tape seg ved bruk på senere menstruasjoner.

Det synes som om virkningen er rent kjemisk i uterus(??) Dette mener jeg å kunne antyde, idet den ene kvinnens hvor virkningen var motsatt - ved etterundersøkelsen -

viste seg å ha sterke hemmede affekter knyttet til sekssuallivet.

Jeg har altså funnet Primperan meget nyttig i mitt såkalte "medikamentelle armamentarium".

Da mine observasjoner har lite med vitenskap å gjøre, (jeg har jo ikke gjort forsøkene med placebo og "double blind" !), er dette bare en redegjørelse for at de som har lyst, vil kunne etterprøve resultatene i sin egen praksis.

Vil gjerne høre om noen får positive - eller negative - resultater.

9970 Meharnn, 12.11.73

Leiv Tormod Hansen
distriktslege

Herr Redaktør Ad Primperan mot dysmenorrhoe

Vi er blitt bedt om å uttale oss om bruk av Primperan mot dysmenorrhoe.

Det er vist in vitro at metoclopramid potenserer acetylcholins effekt på glatt muskulatur fra en del avsnitt av mage-tarm-kanalen. Såvidt vi vet, er imidlertid f.eks. effekten på muskulatur fra uterus ikke undersøkt. Vi har heller ikke mottatt rapport om tilsvarende kliniske observasjoner som distriktslege Hansen rapporterer.

Dersom andre gjør lignende observasjoner, ville vi være meget interessert i å motta opplysninger om dette, og vi vil gjerne bistå med praktisk hjelp i forbindelse med et opplegg, hvis dette skulle komme på tale.

Her er det jo snakk om en ny

indikasjon med et allerede registrert preparat, og dermed det blir aktuelt med et noe større klinisk forsøk, må dette på forhånd rapporteres til Spesialitettskontrollen. Dette er ting som vi kan være behjelpe med å ordne rent praktisk. Videre vil vi selvsgart stille til disposisjon eksperimentell og klinisk litteratur om Primperan.

Vi synes disse observasjoner om Primperan er meget interessante, og vil gjerne være behjelpe med at disse forholdene blir nærmere klarlagt.

Oslo, 22.nov.1973.

Med vennlig hilsen
for NYEGAARD & CO. A/S
Tove Måseide
informasjonssjef
(sign.)



Klipp fra «Helsesøsteren»:

SCREENING- UNDERSØKELSER PÅ FØLLINGS SYKDOM

Sverre Halvorsen, Barneavd. Rikshospitalet



I marsnummeret i 1971 av Helsesøsteren, redegjorde jeg for situasjonen angående screeningundersøkelsene på Føllings sykdom. Konklusjonen var den gang at selv om det var innført blodprøvetaking på nyfødte, så dekket ikke denne mere enn ca. 60% av alle nyfødte i landet, og det var derfor fortsatt nødvendig med Phenistix-prøven på bleie eller i urinen. Har situasjonen forandret seg vesentlig i løpet av de siste 2 årene?

Screeningundersøkelse av blodprøve fra nyfødte på Føllings sykdom, ble startet i Norge i 1966. Screeningen har vokset langsomt frem. Helsedirektoratet ga i 1969 forskrifter angående screening av nyfødte, og etter denne tid har det kommet en noe raskere økning i antall undersøkte, slik at vi pr. 1/1 1973 undersøker ca. 70% av de nyfødte i landet.

I disse årene er det født ca. 464000 barn i landet. Av disse er ca. 150000 screenet, og vi har funnet 11 tilfelle av Føllings sykdom. Det gir en hyppighet i den screenede befolkning på 1:13700. Alt i alt er det blant de 464000 barn som er født i denne periode diagnostisert 29 tilfelle av Føllings sykdom eller 1:16000 fødte. Dette svarer til at det i Norge hvert år fødes 4-5 barn med Føllings sykdom. Diagnosen hos de 29 barn er forutset ved blodprøve fra nyfødte (11), stillet på helsestasjonene med Phenistix på bleie eller urin i 7 tilfelle, eller etter at kliniske symptomer på forsinket utvikling er påvist i 11 tilfelle. I de siste 2 årene er antallet av barn som er diagnostisert først etter at de har fått symptomer mindre enn i de foregående år. Målet er selv-

sagt at alle diagnostiseres før de har fått symptomer. Det er således langt igjen til målet, å screene bortimot 100% av de nyfødte på Føllings sykdom.

Økningen siden 1/1 1971 har vært skuffende lav, ca. 10% bare. Situasjonen er således ikke særlig forskjellig fra 1971. Av den grunn har vi ikke ønsket å slutte med Phenistix-prøvene på helsestasjonene, men anbefale at den gjøres på alle barn. Det oppdages hvert år fortsatt enkelte tilfelle av Føllings sykdom på helsestasjonene gjennom denne prøven.

Det er vel kjent at Phenistix på bleie er en usikker prøve og at man mister ca. halvparten av tilfellene. Blodprøven fra nyfødte er imidlertid heller ikke 100% sikker. Vi har således hos oss en falsk negativ prøve fra et barn som senere viste seg å ha Føllings sykdom. Dette barnet hadde fått lite mat i seg før utskrivingen fra fødeavdelingen fjerde dag, og det kan ha vært medvirkende til at blodprøven ikke ble positiv. Også i andre land er det funnet et lite antall av falske negative prøver hos nyfødte.

Når det gjelder Phenistix-prøven, er det helt nødvendig at den gjøres på våt bleie. Bleien må være så våt at det drypper av den ved krystring. Hvis bleien bare er fuktig, er prøven nærmest verdiløs. Best utføres prøven i frisklatt urin og det bør gjøres hvor tidligere prøve på bleie har gitt tvilsom reaksjon. Urinen samles i samlepose, f.eks. i slike poser som brukes ved colostomier.

Phenistix-prøven bør utføres ved 5-6 ukers alder. Dette skyldes at de stoffer som forårsaker grønnfargen på Phenistix-strimmelen eller

ved jernkloridreaksjonen, først utskilles i urinen 3-5 ukers alder hos barn med Føllings sykdom. Gjør man Phenistix ved 3-4 ukers alder, kan man derfor miste ankelte tilfelle. Phenistix-prøven kan derimot utføres når som helst etter 6 ukers alder, men diagnosen bør stilles så tidlig som mulig, og derfor er 5-6 uker det mest hensiktsmessige tidspunkt for prøvetaking. Prøven bør gjentas hos alle barn som viser forsinket utvikling eller har kramper.

Et brukbart alternativ til Phenistix-prøven er å anvende et tykt filtrerpapir som legges inn i bleien under det innerste laget i en tøybleie. Når barnet har latt urinen, tas filtrerpapiret ut, tørkes og sendes elier bringes til helsestasjonen, hvor man drypper 5% vanlig jernklorid på filtrerpapiret. Positiv prøve gir blågrønn farge på filtrerpapiret. Denne prøven er noe sikrere enn Phenistix-prøven, men er mere tungvint å administrere, og vi har foreløpig ikke villet anbefale den som rutinemetode.

Konklusjonen blir derfor nå som i 1971: Screeningundersøkelsene på Føllings sykdom foregår i dag sikrest og mest hensiktsmessig ved blodprøve tatt på de nyfødte i slutten av første leveuke. Disse undersøkelsene er innført i Norge, men dekker ikke alle landets nyfødte. Undersøkelsene av urin ved 5-6 ukers alder eller senere, må derfor fortsette inntil videre Phenistix på bleie er vanskelig å vurdere og kan gi falske negative reaksjoner. Det er en forutsetning for å bruke Phenistix-bleieprøven at bleien er så våt at det drypper av den ved krystring.

Helsemyndighetenes og domstolenes kompetanse på områder som reguleres i helseforskriftene

Av byråsjef Grete Bonnevie Herseth

Rt. 1893 side 545. Trankokerdommen.

Helserådet hadde påbudd stans av Laxevaag Trankogeris virksomhet 5 måneder av året, på grunn av stank i sommermånedene.

Det var den overfor omtaalte bestemmelse for Askøen herred som kom til anvendelse. Da denne bestemmelse pålegger virksomheten å rette seg etter de forskrifter som helserådet «til Fjernelse af stadsfundne Ulempor maatte give», var helserådets kompetanse i trankokerisaken utvilsom etter forskriften, for det var ingen tvil om at trankokingen medførte ulempor.

Trankokeriets eier ble i Høyesterett under düssens (15 mot 2) idømt mulkt for ikke å ha etterkommet helserådets påbud om midlertidig driftsstans. Den ene disserterende dommer stemte for frifinnelse under henvisning til en uttalelse departementet hadde gitt i en skrivelse vdrørende fabrikken, og som av ham ble betraktet som en avgjørelse av betydning for saken. (Flertallets standpunkt når det gjaidt denne skrivelsen, som jeg ikke finner grunn til å komme nærmere inn på, var at den ikke inneholdt en slik avgjørelse.) Den andre disserterende dommer fant at helserådets vedtak ikke var lovmedholdelig fordi lovens prgf. 3, jfr. helseforskriftenes prgf. 3, etter hans mening ikke hjemlet påbud om helse å stanse en bedrifts virksomhet. Da kan bestemmelsen heller ikke hjemle påbud om driftsstans i 5 av årets måneder, når det nettopp er i disse 5 måneder av året at trankokingen foregår i sterst utstrekning.

Ingen av dommerne reiste tvil om forskriftenes lovligghet. Spørsmålet om forholdet mellom lovens prgf. 3 og prgf. 4 ble ikke berørt i det hele tatt, da hverken spørsmålet om stanken var av en slik art at den kunne medføre helsefare, eller hvorvidt ulempene var større enn dem som nødvendig flyter av driftsbedriftenes eget vesen, ble tatt opp. Etter min mening slår derfor denne dom fast at sunnhetslovens prgf. gir en selvstendig hjemmel for å gi forskrifter uten at denne er begrenset av oppregningen i prgf. 3. Og man må vel også kunne trekke den slutning av den at helserådet i helseforskriftene kan gis hjemmel til å påby hel driftsstans.

Såvidt jeg har kunnet bringe i erfaring, er dette den siste sak Høyesterett har hatt til behandling vdrørende helsemyndighetenes kompetanse overfor helsefarlige bedrifter.

Når det gjelder helsemyndighetenes kompetanse overfor helsefarlige boliiger, har spørsmålet så vidt jeg kan se bare vært behandlet av Høyesterett to ganger etter 1890, i Rt. 1897 side 420, som har liten prinsipiell interesse, og i

Rt. 1929 side 362.

Kristiania helseforskrifters prgf. 22 bestemmer bl.a. at «Beboelsesleiligheter... skal alltid holdes godt vedlike og i sådan stand, at ... deres vinduer og dører let lar seg åpne.... De må ha let adgang til rent vann.»

Saken dreiet seg om den da gjeldende boliglov (husiereier nektes å etterkomme helserådets pålegg om istandsættelse da han hadde kjøpt huset til nedrivning). Men dommen er utvilsomt prejudgetat for at ordene «som har viist sig at være bestemt skadelig for Sundheden» i lovens prgf. 3 ikke innebærer noen begrensning for den myndighet helserådet

i medhold av prgf. 4 kan gis i helseforskrifter.

III

Departementets kompetanse fremgår av sunnhetslovens prgf. 7 som lyder slik: «Sundhedscommissionens lovmedholdelig fattende Beslutninger kunne alesne av vedkommende Regeringsdepartement eller i fornøden Fal d af Kongen ophæves eller forandres.»

Denne bestemmelse skal drøftes nærmere i neste avsnitt (IV), da det først og fremst er dens betydning for domstolenes kompetanse som er av interesse. Det er imidlertid ett spørsmål som dukker opp fra tid til annen og som jeg for fullständigheten skyld vil nevne. Det oppstår f.eks. når et helseråd gir en godkjennung (på et kloakkantlegg, på planlene for en bedrift o.l.) og noen — som regel naboer eller konkurrenter — mener at slik godkjennung ikke burde vært gitt.

Til tross for at lovens prgf. 7 slik den lyder vel kunne påberopes som hjemmel for departementet til også å endre disse typer vedtak, blir dette aldri gjort selv om departementet ikke er enig i helserådets vedtak. Departementet har med andre ord i praksis fulgt den linje bare å påse at helserådet ikke misbruker sin myndighet til å gi unodige påbud eller forbud. (En annen ting er at departementet i slike tilfelle ber om flere opplysninger, henstiller til helserådet å ta opp til den fornyet behandling eller på annet vis mer eller mindre kan foranledige at helserådet endrer sin avgjørelse.)

IV

I sunnhetslovens forarbeider (O.No. 34/1860 side 6) pekes det på at intet helserådsvedtak vil bli betraktet som gyldig og opprettholdt av domstolen med mindre helserådet har hatt kompetanse i lov eller lovhemlet forskrift. Og så står det videre: «Men forsaa vidt det maate hænde, at en Beslutning af Sundhedscommissionen, skjont denne ikke havde overskredet som Competence, dog maatte ansees uehensigtsmessig eller urimelig, maa det utvilsomt erkjendes nødvendigt, at den gives en Instans, hvorhen man kan tye for at faa Beslutningen hævet eller forandret. I Mangel af en fuldstændigere organisation at Lære-Autoriteter, maa vedkommende Regerings-Departement eller fornøden Fal d Kongen være Appel-Instans i omspurgt Hensende, og dette har man således tilladt sig at foreslaae.» Mere står det ikke om i prgf. 7. Lovgivernes hensikt med den under III siterete paragraf var altså primært å sikre de som rammes av et helserådsvedtak ankeadgang (til høyere administrativ myndighet).

Denne ankeadgang har de imidlertid fastsatt på en indirekte måte, idet hverken ordet klage eller anke forekommer. Slik prgf. 7 lyder, innebærer den såvidt skjønns forst og fremst at et helserådsvedtak er unndratt omgjøring fra domstolens side, dersom det er lovhemlet. Også dette er imidlertid sagt indirekte «... Beslutning... kan alene av vedkommende Regeringsdepartement,... opphæves eller forandres».

Når det av lovens motiver fremgår at lovsgivernes hensikt med bestemmelsen i prgf. 7 var å instituere en ankeadgang til administrative myndigheter, er årsa-

ken muligens den at det allerede den gang (1860) var alminnelig antatt at domstolene ikke kunne prøve den skjønnsmessige side ved avgjørelse som i lov eller lovhemlet bestemmelse er tilslag administrativ myndighet.

Spørsmålet er imidlertid hvilken betydning sunnhetslovens prgf. 7 måtte ha for domstolenes kompetanse i dag. Professor Eckhoff peker i sin artikkel: «Domstolkontroll med forvaltningen i Norge» (Jussenes Venner nr. 1, 1964, side 25–26) på at domstolene i dette århundret har hatt en tendens til å skjerpe kontrollen med forvaltningens virksomhet, først og fremst ved at læren om myndighetsbuk har vunnet innpass og fått større anvendelsesområde. Og Arvid Frihagen nevner i sin bok: «Urikrite faktiske forutsetninger som ugyldighets- og omgjøringsgrunn ved forvaltningsvedtak» på side 211 at domstolene i de siste 10–15 år har ansett seg berettiget til å kjenne et forvaltningsvedtak ugyldig med den begrunnelse at vedtaket bygger på urikrite faktiske forutsetninger, og således har utvist sin prøvelsesrett (kompetanse) i forhold til tidligere teori og rettspraksis.

På bakgrunn herav kan det ha interesse å vurdere hvorvidt denne tendens også gjør seg gjeldende i relasjon til helserådsvedtak. Det har imidlertid ikke fallt noen høyesterettsdom som drofter sunnhetslovens prgf. 7 de siste 25 år, så det er vanskelig å trekke noen sikker konklusjon på grunnlag av rettspraksis.

I og med at prgf. 7 uttrykkelig fastsetter at lovmedholdelige fattede helserådsvedtak bare kan omgjøres av departementet, eventuelt Kongen, kan det neppe være tvil om at domstolenes kompetanse er begrenset til nettopp å fastslå om vedtaket er lovmedholdelig. I så måte må nemlig sunnhetslovens og enkelte andre lover som uttrykkelig avgrenser domstolenes kompetanse (f.eks. tjenestemannsloven av 15. februar 1918 prgf. 24) antas å stå i en særstilling. I allfall betviler jeg personlig at domstolene i dag uten lovendring ville utvide sin egen kompetanse på dette spesielle vedtakene til å omfatte helserådsvedtak. Uansett om den bestemmelse i helseforskriftene som vedtaket bygger på uttrykkelig overlater den skjønnsmessige vurdering til helserådet («Finner helserådet at en bolig... er helsekadelig....») eller bestemmelsen er mer objektiv formulert («Finnes en bolig... å være helsekadelig....»), mener jeg således at det er grunn til å tro at domstolene — som tidligere — vil bøye seg for den foretatte vurdering (forutsatt at vedtaket for øvrig etter domstolenes mening er lovmedholdelig).

Som nevnt (under II) fant førstvotende i Gassverkdommen at helserådets pålegg var uehensiktmessige og urimelige, men fant også å måtte respektere helserådets avgjørelse for så vidt. I Rt. 1930 side 1428 uttalte førstvotende: «Når denne (helserådsbeslutningen) er utferdiget i henhold til lovens regler maa man boie sig herfor, uansett om man finner beslutningen rimelig eller ikke i sitt forhold, og tilsvarende uttalelse er falt i flere andre dommer. (Rt. 1889 side 707, Rt. 1891 side 34, Rt. 1897 side 420, Rt. 1889 side 644, Rt. 1901 side 973 og Rt. 1913 side 663).»

Før ordens skyld presiseres at jeg med forvaltningsskjønns her bare sikter til

det skjønn helserådet utøver på det hygienisk/medisinske område. Under utøvelsen av sin myndighet må helserådet ofte foreta også skjønnsmessige vurderinger på andre områder. Hvis en bestemmelse i helseforskrift er begrenset til å gjelde områder som er tettbebygget, kan helserådet utøve et skjønn når det anvender bestemmelsen. Har helserådet vurdert feil i så måte, er det vedtak ikke «lovmedholdelig» (se f.eks. Rt. 1930 s. 1428 og dommer Hanssens volumn, Rt. 1934 s. 330).

Men om domstolene ikke kan prøve helserådets medisinsk-hygieniske skjønn, er det mulig prøvelsesretten på andre områder går lengre enn tidligere antatt. Meget taler for at den av Eckhoff og Frihagen antydet endring i rettspraksis, i retning av mer kontroll med forvaltningsavgjørelser enn tidligere, vil komme til uttrykk også hvis spørsmålet om et helserådsvedtak lovmedholdelighet må ville bli bragt inn for Høyesterett. Høyesteretts flertall har i tidligere dommer etter min mening ved bedømmelsen av lovligheten i påfaldende grad bare koncentrert seg om å kontrollere saksbehandlingen og andre forhold som også med rimelighet kan tillegges vekt ved vurdering av et vedtaks lovmedholdelighet. Jeg skal nevne to eksempler:

Rt. 1877 side 177 (Gassverkdommen).

En av disserterende dommere fant at vedtaket ikke var lovmedholdelig fordi helserådets rett til å skrive inn i angeldende bestemmelse (se ovenfor s. 18) er betinget av at vedkommende fabrikk er skadelig for helbreden — at røyken medfører ulempor er altså ikke nok — og det ikke fremgikk av saken at helserådet hadde vurdert virksomheten som skadelig for arbeiderne eller de omboendes helse. Helserådet hadde bare henvist til paragrafene 24 og 25. Jeg tror denne dommer ikke ville stått alene med sitt syn i dag. En ting er at domstolen er avskåret fra å avgjøre om de ulempor røyken fra en bedrift fører med seg er av en slik størrelsesorden at den må ansees som helsekadelig. Men domstolene må ha adgang til å erklære et helserådsvedtak for ulovlig når retten ikke finner det godtgjort at helserådet selv har vurdert røyken som helsekadelig.

I Gassverkdommen ble det fra forsvarers side prosedert på at helserådets pålegg bygget på «uriktige faktiske Forutsetninger» slik at det måtte være usørpliktende for tiltalte, men Høyesteretts flertall mente at pålegget måtte være gyldig, uansett den påberøpte svikt i helserådets forutsetninger, og at det derfor ikke var nødvendig å gå nærmere inn på dette. Denne side ved dommen er nærmere referert og kommentert av Arvid Frihagen, 1.c. side 48–49, 68, 82 og 96. Jeg viser til hans generelle konklusjoner, idet jeg ikke finner noen grunn til å anta at sunnhetslovens prgf. 7 står noen særstilling i denne relasjon.

Rt. 1901 side 873.

Prgf. 18 i helseforskriftene for Kristiania har bl.a. følgende bestemmelse: «Forefindes Næringsmidler, som er skadelige for Sundheden, skal disse efter Beslutning af Sundhedskommissionen enten blive at bortskaffe, tilintetgjøre eller paa ander Maade gjøres uskadelige. Vedkommendes Bekostning.»

Helserådet fattet først et vedtak sådanne: «Da Sundhedskommisionen anser en Tilsætning af svovelsyrligt Natron til Konservering af Kjødvarer for sundhedsskadelig, har Sundhedskommisionen i Henhold til Sundhedsforskrifternes prgf. 18 besluttet, at Kjødvarer, hvori denne Tilsætning findes, bliver at beslaglægge, og noen måneder senere: «Man besluttede at forbryde Tilsætning af Konserveringsmidler (saasom Sozolith), der indeholder svovelsyrligt Natron, til Kjødvarer, som frembydes til Salg. Overtrædelse af dette Forbud vil blive paatalt».

Med 6 mot 1 stemme ble en kjøtt-handlere i Høyesterett for tilsladesettsel av dette forbud. Den dissenterende dommer fant at helserådets vedtak (om forbud mot tilsetning som nevnt) var «holdt i en saadan almindelighed at man ikke deraf kan slutte, at det er dens (Sundhedskommisionens) virkelige Mening, at det absolutt og bestandigt gælder, at Tilsætning af svovelsyrligt Natron skulde være sundhedsskadeligt». Han pekte bl.a. på at etter de opplysninger som forelå i saken er bruk av svovelsyrlig natron bare helsekadelig når det anvendes i en viss mængde og tilsettet kjøtt som ikke er helt friskt i forvejen. Han mente at såvel helseforskriften som sunnhtsloven er slik å forstå at det må være gitt at næringssmidlet er helsekadelig, for at helserådet skal kunne gripe inn. Han antok at selve begrebet «sundhedsskadelig» er et begreb, hvis nærmere definisjon hører under domstolen.

Etter min mening var helserådets vedtak ikke lovmedholdelig. Sakens kjerne synes imidlertid ikke å være berørt i dommen, nemlig spørsmålet om helserådet hadde hjemmel i den siterte bestemmelse til å utferdige et generelt forbud. Generelle forskrifter skal jo nemlig utferdiges av kommunestyret på den måte som omhandles i sunnhtslovens prgf. 4. Til støtte for dette syn kan vises til

Rt. 1930 side 434.

I helseforskriftene for Oslo var innatt en bestemmelse som delegerer til helserådet å gi nærmere regler angående «renhold av rum brugstjeneste og transportmidler». Helserådet hadde gitt regler som bl.a. etablerte generelle forbud mot melkeutsalg å omsette annet enn visse sorter varer, oppregnet i reglene. Tiltalte som hadde overtrådt forbudet, ble frifunnet i Høyesterett, da det ifølge sunnhtslovens prgf. 4 er komunestyret som med kongelig approbasjon er tillagt myndighet til å utferdige generelle regler, og omhandle delegasjonsbestemmelser angående renhold ikke ga helserådet hjemmel til å utferdige generelt forbud mot omsetning av

visse sorter varer fra melkeutsalg (se også Rt. 1873 side 605).

Den dissenterende dommers votum i saken fra 1901 har spesiell interesse, for så vidt som han antok at begrepet «sundhedsskadelig» er et begrep hvis nærmere definisjon hører under domstolen. For en jurist i helseadministраsionen er det meget vanskelig å forstå dette synspunkt. Men et lignende syn kom også til uttrykk i en høyesterettsdom i 1939:

Rt. 1939 side 28.

I henhold til bestemmelse i helseforskrift om at bedrifter som kan volde sanitære ulempen skal være underkastet helserådets tilsyn, hadde helserådet nedlagt forbud mot hundehold til en eiendom som lå nær et sykehuse. Høyesterett fant at vedtaket ikke var lovmedholdelig.

Både herretsretten og Høyesterett droftet vedtakets lovligghet. Herredsretten fant at hvorvidt «sanitære ulempen» omfatter støy er et rettsspørsmål. Retten bemerket at helseforskrifter har til formål å forebygge skadelig innvirkning på friske og syke menneskers helse. Hva som kan ha skadelig innvirkning på menneskers helse, må bero på hva den hygieniske og medisinske vitenskap til enhver tid mener. Herredsretten fant at larm og støy av en viss styrke må sidesettes med andre forhold som kan virke til å skade menneskers helse, f.eks. smittefarlighet, urenslighet, røyk, damp.

Herredsretten droftet ikke spørsmålet om hundehyl og hundegjøring og representerer larm og støy av en viss styrke (og dermed er å betrakte som en sanitær ulemp). Det synes å være grunn til å tro at herredsretten fant dette spørsmålet å tilhøre den kategori skjonnspørsmål som sunnhtslovens prgf. 7 har utelukket fra domstolenes kompetanse. Dette bestyrkes ved at retten peker på at tiltalte ikke har forelagt helserådets forbud for departementet, men at adgangen hertil muligens fremdeles er åpen.

Høyesterett, som opphevet herredsretts dom, berører ikke spørsmålet om støy i sin alminnelighet omfattes av «sanitære ulempen», men fastslår at den støy tiltalen gjelder, nemlig gjøring og hyl av hunder, ikke kan betegnes som en «sanitær ulemp» i helseforskriftenes forstand. Førstvoterende viser til at eksemplene som er nevnt i sunnhtslovens prgf. 3 ikke har noen likhet med den i saken omhandide støy.

Denne dom er, så vidt jeg kan se, den første og eneste høyesterettsdom som fastslår at vurderingen av et hygienisk/medisinsk begrep som «sanitære ulempen» hører under domstolene. Og man kan for så vidt betegne den som en forløper for den nye rettspraksis som

Eckhoff og Frihagen har konstantert har funnet sted i etterkrigstiden på andre områder.

Skulle jeg våge å kommentere denne dommen, måtte det være å antyde at domsresultatet var riktig, men premisse lite heldige (fallfall sett fra helsemyndighetenes synspunkt). Det synes meg derfor meget beklagelig at herredsretten forslag om å anke helserådets vedtak om forbud mot hundeholdet til departementet ikke ble fulgt. Spørsmålet er nemlig om ikke departementet i så fall hadde opphevnet vedtaket. Både av herredsretten og Høyesterett premisser framgår nemlig at hundegjøring ikke hadde sjeneret de omkringboende naboen synderlig, bortsett fra sykehuset. Førstvoteret i Høyesterett peker på at ed bedømmelsen av en ulemp må det være avgjørende hvilke ulempen folk i alminnelighet kan være utsatt for. At der er et sykehusanlegg i nærheten, kan ikke i og for seg antas å medføre noen særlig innskrenkning i hans rett til å drive denne virksomhet. — I allfall mener jeg at det er grunn til å tro at departementet i dag hadde delt dette syn — og opphevnet vedtaket.

V

Forvaltningskomiteen anfører i sin innstilling (13. mars 1958) side 382, annen spalte, at sunnhtslovens prgf. 7 medfører «en positiv begrensning av domstolenes prøvelsesrett. Helserådets avgjørelse kan imidlertid oppheves eller endres av Kongen eller departementet, og det er således i siste instans disse myndigheters rettsanvendelsesskjønn som ikke kan prøves av domstolen».

Selv om jeg som det vil ha fremgått, er helt enig i at prgf. 7 medfører en positiv begrensning av domstolenes prøvelsesrett, og således har vanskelig for å akseptere Høyesteretts premisser i dommen av 1939 (Rt. 1939 side 28, omtalt foran), kan jeg ikke trekke den samme konklusjon heras som komitéen. Da det bare er lovmedholdelige helserådsvedtak som ifølge prgf. 7 alene kan oppheves eller endres av de overordnede administrative organer, gjelder rettsanvendelsesskjønnet. En annen ting er at nevnte myndigheter også har anledning til å utøve rettsanvendelsesskjønnet, hvilket har dem fordelen at rettsapparatet kan spares for unødig saker.

Det er som nevnt ikke avgjort noen høyesterettsdom som berører domstolenes kompetanse i relativ til helserådsvedtak etter siste verdenskrig. Arsaken hertil er formodentlig at det er blitt mer vanlig enn tidligere å forelegge helserådsaker for departementet, og at departementet ikke bare har vurdert forvaltningsskjønnet (helserådets hygienisk/medisinsk vurdering), men kan

skje først og fremst har vurdert vedtakets lovmedholdelighet (rettsanvendelsen), og derved har «silt av» en del saker som ellers ville gått til domstolene. Departementet har således opphevnet, endret eller på annen måte gitt uttrykk for at vedtaket ikke kan gis medhold, ikke bare i de tilfelle man ikke er enig i den hygienisk/medisinske vurdering helserådet har lagt til grunn ved sin avgjørelse — eller ikke har funnet vedtaket lovhemlet — men også når det har funnet vedtaket bygger på uriktige faktiske forutsetninger, eller ikke har funnet det godtgiort at saken har vært betryggende behandlet eller det har funnet avgjørelsen urimelig eller i strid med likhetsprinsippet (f.eks. fordi helserådet har nektet å gi godkjenning/dispensasjon eller nedlagt et forbud-gitt påbud bare overfor den ankende og ikke overfor andre i samme situasjon.)

Man kan kanskje si det slik at departementet har forsøkt å sette seg i domstolens sted. Departementets uttalelse har derfor ofte gått ut på at det (departementet) antar at vedtaket ikke er lovmedholdelig, og at man således må regne med at det ikke vil bli respektert i en eventuell rettssak.

I denne forbindelse er det naturlig å nevne den nye bestemmelse som ble tatt inn i tvml. prgf. 437 første ledd ved lov av 9. februar 1962, og som bl.a. sier at soksmål om lovliggheten av en avgjørelse i offentlig tjeneste ikke kan reises for vedkommende part har nyttet den adgang han har til å klage over avgjørelsen. Denne bestemmelse må imidlertid antas ikke å få noen særlig praktisk betydning på det område som er behandlet her, idet spørsmålet om helserådsavgjørelsers lovmedholdelighet som regel kommer for domstolene i forbindelse med straffesaker. Det er derfor et spørsmål om det ikke også er behov for en bestemmelse i enten straffeprosessloven eller i annen lov, som i så fall måtte gå ut på at straffesak for overtrædelse av forbud eller neglisjering av påbud, gitt av helseråd i medhold av bestemmelse i helseforskrift, ikke kan inndeles for vedtaket har vært overprøvet av departementet.

1 Jeg sikter bl.a. til Innstilling fra Komiteen til å utrede spørsmålet om mer betryggende former for den offentlige forvaltning (Justisdepartementet 1958) og Arvid Frihagens foreløpige utgave av: Uriktige faktiske forutsetninger om ugyldighets- og omgjøringsgrunn for forvaltningsvedtak (stensiert, Institutt for statsrett og folkerett, april 1965).

2 Alle uthvelser i sitat og lov, forskrift eller uttalelser skriver seg fra forfatteren.

3 Sitatene er fra ekstraordinær assessor, professor Aschehougs votum!



Godt nytt år — Hygienekontor

Jeg vil gjerne på denne måten få sende en spesiell hilsen til våre sentrale offentlige helsemyndigheter og ønske dem et bedre nytt år i 1974.

Jeg hadde i 1973 følgende korrespondanse med Hygienekontoret, Helsedirektoratet, ang. Prevensjonsveiledning/orientering:

8.februar

Vennligst send meg følgende brosjyrer, ca. 100 av hver:

1. Orientering om "P-pillen" siste utgave.
2. Prevensjonsveiledning. Det lille hvite heftet på 5 sider.

Finnes det annen form for veiledning om enkelte former for prevensjon, f.eks. om "mini-pillen" og om "spiral"?

Vennligst hils overlege Aud Blegen Svindland fra meg og minn henne på at hun skulle se på dette med refusjon for svangerskapskontroll inntil 6 ganger på trygdekassen, hun har bedt meg om å minne henne på det.

Takk for hjelpen.

Vennlig hilsen.....

Intet skjedde.
Derfor nytt brev:

11.april

Jeg viser til vedlagte fotostatkopi av brev sendt av meg for 2 måneder siden, og som jeg ikke har fått svar på, og heller ikke har jeg mottatt de bestilte brosjyrer.

Jeg ville være takknemlig for en noe snarligere reaksjon på dette brevet, og ønsker Dem en riktig god påske.

Jeg forsøker igjen: Takk for hjelpen.

Vennlig hilsen.....

Dette resulterte ikke i noe skriftlig svar, men brosjyrerne kom.

Jeg gikk imidlertid snart nærmest tom igjen, og skrev i god tid:

7.oktober Vennligst send meg:

1. 200 stk. Orientering om "P-pillen",
2. 250 stk. Opplysningsblankett - "P-pillen",
3. 200 stk. Prevensjonsveiledning. (Det lille hvite heftet på 5 sider).

Hvis det finnes andre veiledningshefter innenfor prevensjon, ville jeg gjerne høre om det. På forhånd takk.

Da det flere ganger tidligere har hendt at mine henvelsler ikke er blitt besvart på flere måneder, tør jeg bare snarlig svar.

Vennlig hilsen.....

Hva hendte så?
Mitt neste brev forteller det:

10.desember

Jeg viser til ovenstående fotostatkopi av mitt brev av 7.10.73. Som svar på dette brevet fikk jeg fra Statens trykksaksekspedisjon til - sendt 250 stk. Opplysningsblankett - "P-pillen" og ca. 250 stk. Legeerklæring om dødsfall, samt et notat om "Prevensjonsveiledning finnes ikke i STE".

Jeg takker for ekspedisjonen, dødsberetningene ble vel mange, men jeg savner altså fortsatt ønske nr. 1. 200 stk. Orientering om "P-pillen" og ønske nr. 3. 200 stk. Prevensjonsveiledning, som vedlagte prøve. Håper å få snarlig svar, og jeg ventar spent på hvilke trykksaker jeg får denne gang!

Med "levende hilsen".....

Intet skjedde videre i 1973, men den 2. januar 1974 kom ønske nr. 3, Prevensjonsveiledningen, i posten. Jeg tror at også ønske nr. 1 vil bli oppfylt i 1974.

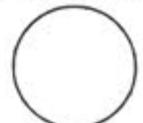
Og refusjonsordningen for svangerskapskontrollene ble, om enn noe sent, ordnet i 1973. (Jeg vet positivt at overlege Svindland ikke er skyld i den forsinkelsen. Takk for det.)

Altså: Godt nytt år!

Med "preventiv"-hilsen
Ivar U. Rosenberg



PÅMINNELSE

<p>Sendt av: _____</p> <p>ADR.: _____</p> <p>KRONER ØRE</p> <p>50. —</p> <p>ÅRSABONNEMENT 1974</p> <p>— PORTOGO KONTO 347823</p> <p> </p> <p>BL. 560 DATOSTEMPEL</p>	<p>POSTGIRO - INNBETALINGSKORT Sendt av: _____</p> <p>ADR.: _____</p> <p>KRONER ØRE</p> <p>50. —</p> <p>TIL UTPOSTEN ADR. 6420 Aukra</p> <p>— PORTOGO KONTO 347823</p> <p>INNBETALINGSHNUMMER _____</p> <p>DATOSTEMPEL</p>	<p>TIL FRIMERKE Porto 40 øre</p> <p>KVITTERING  DATOSTEMPEL</p> <p>KRONER ØRE</p> <p>50. —</p> <p>er innbetalt til UTPOSTEN FOR 1974 6420 Aukra.</p> <p>— PORTOGO KONTO 347823</p> <p><small>Ved reklamasjon med De vise kvittering</small></p> <p>INNBETALINGSHNUMMER _____</p> <p>PORTO SIGNATURE</p>
---	--	--



**Så smiler
vi litt —**

Hans: Noen mener det er mye brennbart stoff i UT-
POSTEN.

Per: Ja, jeg vet ikke. Jeg samler alle UTPOSTENE mine i en stor samleperm.

Per: Men, du Hans. I de derre legemiddelrekla-
mene er det mye brenn-
bart stoff. Det kommer vel med i disse olje-
knappe tider.

Innsendt.

Akutt lungeødem

Impugan
(furosemid)

til intravenøs injeksjon —

2 og 4 ml brekkampuller

For utførlig informasjon: Se Felleskatalogen

DUMEX

ELI OG OLA BRATLIE
LEGESENTERET
6060 HAREID

En tablet i kveld kan forebygge allergi i morgen **Phenergan®**

Phenergan ved sengetid gir i de fleste tilfelle god sovn 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.



pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor Sandviksveien 12, 1322 Hovik